„WAS HAT MIR GEHOLFEN?“ – WIRKELEMENTE IM THERAPIEPROZESS AUS PATIENTEN-SICHT[1]

Ein Beitrag zur Psychotherapie-Prozessforschung

Astrid Görtz

Im vorliegenden Beitrag wird vorerst auf grundlegende Überlegungen zur Wirksamkeitsforschung in der Psychotherapie eingegangen. Im empirischen Hauptteil der Arbeit werden auf Basis von rückblickenden Gesprächen bzw. strukturierten Interviews die Wirkelemente von drei existenzanalytischen Psychotherapie-Prozessen bei unterschiedlichen Diagnosen mit Schwerpunkten in verschiedenen existentiellen Grundmotivationen analysiert. Ausgangspunkt ist die Patientinnen-Sicht, die auf induktivem Weg zu subjektiven Antworten auf die Fragen „Was hat sich durch die Therapie verändert?“ und „Was hat mir geholfen?“ gefasst wird. Eine hermeneutisch-phänomenologischen Analyse aus Therapeuten- bzw. Forscher-Perspektive verdichtet die Patientinnen-Aussage zu einer intersubjektiven Aussage hinsichtlich der Wirkelemente in der existenzanalytischen Psychotherapie. Die fallbezogenen Erkenntnisse werden bei zwei Patientinnen mit quantitativen Selbsteinschätzungen in Beziehung gesetzt.
Für das Verständnis der Therapie-Wirkungen werden als theoretischer Rahmen die existentiellen Grundmotivationen und die Personale Existenzanalyse herangezogen. Anhand dieser Fallvergleiche wird die therapeutische Arbeit mit der Personalen Existenzanalyse in Hinblick auf die klinischen Bilder theoretisch spezifiziert. Schließlich resultieren daraus allgemeine Überlegungen zu adäquaten Forschungszugängen in der qualitativen Einzelfall- bzw. Prozessforschung.

SCHLÜSSELWÖRTER: qualitative Einzelfall-Forschung, Prozess-Forschung, induktive Forschung, allgemeine Wirkfaktoren, Therapierückblick

„WHAT HELPED ME?“ – EFFECTIVE ELEMENTS IN THERAPY-PROCESS FROM THE PATIENT'S POINT OF VIEW
A contribution to research on the process of psychotherapy

The following contribution begins with a discussion of substantial considerations in the research of effectiveness of psychotherapy. In the empirical part of the main study, the effective elements of three existential analytical psychotherapy processes with different diagnoses and the focus on several existential fundamental motivations are analyzed on the basis of retrospective conversations or structured interviews. Point of departure is the perspective of the patient which is captured inductively with subjective answers to the questions “What has changed through therapy?” and “What helped me?” A hermeneutic phenomenological analysis from the perspective of therapists and researchers intensifies the statements of the patients in terms of an inter-subjective statement on the effective elements of existential analytical psychotherapy. The case related insights from two patients with quantitative self-evaluations are correlated.
Existential fundamental motivations and Personal Existential Analysis are used as theoretical framework for the understanding of therapy effects. In regards to clinical images, therapeutic work with Personal Existential Analysis is theoretically specified with these case comparisons. Finally, general considerations on adequate approaches of research in qualitative individual case or process research result thereof.

KEYWORDS: qualitative individual case research, process research, inductive research, general effective factors, retrospection of therapy

Allgemeine Wirkfaktoren in der Prozess-Forschung

Auf der Suche nach Wirkfaktoren von Psychotherapie-Prozessen hat sich die Unterscheidung zwischen Beziehungs- und Setting-orientierten, allgemeinen Faktoren einerseits und spezifischen, an der therapeutischen Technik orientierten Faktoren andererseits etabliert. Die so genannten „common factors“ wurden erstmals von Rosenzweig beschrieben, und zwar als „unverbalized aspects of therapeutic relationship“ (Rosenzweig 1936, 413). Im Einzelnen nannte Rosenzweig „Katharsis“, „Persönlichkeit des Therapeuten“, insbesondere die Eigenschaften „stimulating“ und „inspiring“ (ebd.), weiters die „formale Konsistenz“ der therapeutischen Doktrin sowie „alternative psychologische Interpretationen“ (besser bekannt als „Reframing“). Rosenzweig war der Ansicht, dass diese unspezifischen Faktoren einen weitaus höheren Anteil an der Wirksamkeit einer Psychotherapie haben als die spezifischen Faktoren, wie sie von verschiedenen therapeutischen Schulen formuliert worden sind.
Auch Frank setzte sich in seinem als Klassiker zu bezeichnenden Buch „Die Heiler“, das erstmals 1961 erschienen ist, mit der Frage nach allgemeinen Wirkfaktoren auseinander. Er stellte die Praktiken von Schamanen, religiösen Heilern und Psychotherapeuten in eine historische Linie und beobachtete vier Wirkprinzipien, die gleichermaßen für alle heilenden Verfahren von Bedeutung sind:

[1] Zur besseren Lesbarkeit wird im Text das generische Maskulinum verwendet. Im empirischen Teil handelt es sich ausschließlich um weibliche Patienten. Diese werden an der entsprechenden Stelle als Patientinnen bezeichnet.

Das erste Wirkprinzip ist die **Art der Beziehung zwischen dem Patienten und dem Helfer**. Das wesentliche Element ist dabei, dass der Patient auf die Kompetenz des Therapeuten und seinen Wunsch, ihm zu helfen, vertraut. Dies schließt ein, dass auch der Therapeut den Patienten in seinem Leiden aufrichtig akzeptiert und an den Patienten gleichzeitig glaubt, dass dieser seine Probleme meistern wird. Zweitens beschreibt er einen Faktor, der alle Heiler einschließlich der Psychotherapeuten auszeichnet, nämlich die **gesellschaftliche Auszeichnung ihrer Behandlungsorte als Stätten der Heilung**. Schon die Rahmensituation weckt demnach im Patienten eine Hilfserwartung – wir würden das heute als **Setting** bezeichnen. Ein dritter Aspekt ist die **Behandlungstheorie**, der so genannte **Mythos, der eine Erklärung von Krankheit und Gesundheit, Abweichung und Normalität einschließt**. Frank sieht seelische Heilung vor allem als Kampf gegen Demoralisierung des Menschen an – insofern ist hier vor allem eine optimistische Philosophie der Menschennatur gemeint, die hinter der Behandlung zu stehen hat. Ein viertes Element aller Formen von Psychotherapie wie auch von traditionellen Heilverfahren ist eine **Aktivität oder ein Verfahren**, das auf Basis der Theorie verordnet wird. Als wesentlichsten Wirkfaktor, der durch die vier beschriebenen Elemente unterstützt wird, bezeichnet Frank, den Patienten zu **ermutigen und in ihm die Hoffnung zu stärken, an seine Gesundung zu glauben** (vgl. Frank 1985). Schon Freud sprach von der Wirkkraft einer Heilungserwartung: „Den größten Anspruch an unser Interesse hat der seelische Zustand der Erwartung … die hoffnungsvolle und gläubige Erwartung ist eine wirkende Kraft, mit der wir streng genommen bei allen unseren Behandlungs- und Heilungsversuchen zu rechnen haben." (Freud 1890, 287f) Eine Nähe zu dem in der Person-zentrierten Therapie genannten Wirkprinzip der Selbstaktualisierung ist ebenfalls erkennbar: Nach Rogers ist das Streben nach Selbstaktualisierung das grundlegende menschliche Bedürfnis, „sich auszuweiten, auszudehnen, zu entwickeln, autonom zu werden, zu reifen" (Rogers 2016, 49).

Im existenzanalytischen Verständnis ist der Mensch ein Antwortender. Viktor E. Frankl, der Gründer der Logotherapie und Existenzanalyse, bezeichnete diese Haltung des Sich-fragen-Lassens als „kopernikanische Wende": „Das Leben selbst ist es, das dem Menschen Fragen stellt. Er hat nicht zu fragen, er ist vielmehr der vom Leben her Befragte, der dem Leben zu antworten – das Leben zu ver-antworten hat." (Frankl 1971, 72) Der Schlüssel zur „erfüllten Existenz" wird von Alfried Längle, dem Begründer der neueren Existenzanalyse, in folgender Weise auf den Punkt gebracht: „Menschsein heißt ‚infrage stehen'. Leben ist Antwort geben." (Längle 2008, 99) Längle vollzog eine „existenzielle Wende" (1988), indem er den Menschen in einer **zweifachen** Offenheit – nach außen, auf die Welt hin, und nach innen, auf sich selbst hin – als gefragt und antwortend beschreibt. Der existentielle Schritt ist ein **Leben mit innerer Zustimmung**. Zustimmung als Akt der Bejahung gelingt durch den dialogischen Austausch – Existenzanalyse als Psychotherapie verhilft demnach dem Menschen, mit innerer Zustimmung zum eigenen Handeln und Dasein zu leben. Der Begriff der „Zustimmung" ist fundamental für das existenzanalytische Verständnis des Menschen und rückt zugleich die Freiheit des Menschen ins Zentrum. „Menschliches Sein ist entscheidendes Sein." (Frankl 1975, 312) Das Gefragt-Sein des Menschen beginnt schon vor der Geburt und hält ein Leben lang an. „Gibt die Person Antwort, so verwirklicht sie den Sinn der Situation und damit sich selbst – denn die Antwort hat die Person selbst in Händen, die Frage nicht." (Längle 2008, 101) Wir können ein Antwort-Geben-Können, das aus der Freiheit und Verantwortlichkeit des Menschen erwächst, auch als eine Form von „Selbstheilung" betrachten. Dieser in Freiheit und Verantwortung sich entwickelnde Prozess des Antwortens – der im Modell der Personalen Existenzanalyse als „personale Stellungnahme" bezeichnet wird (siehe weiter unten) – muss wohl, übertragen in den Rahmen der Wirksamkeitsforschung, als das zentrale Wirkelement existenzanalytisch verstandener Psychotherapie betrachtet werden.

Placebo-Effekt oder zentraler Wirkfaktor?

Natürlich muss in der Frage der Wirksamkeitsforschung von Psychotherapie auch die Kritik von naturwissenschaftlicher Seite angesprochen werden. Die provokanten Thesen des positivistisch denkenden Psychologen Eysenck (1952) zur relativen Unwirksamkeit von psychotherapeutischen Behandlungen wurden zwar längst entkräftet, jedoch wurden im Laufe der Geschichte der Psychotherapieforschung immer wieder neue Zweifel vor dem Hintergrund eines naturwissenschaftlichen Paradigmas geäußert. In den 1990er Jahren konstatierte Grawe die mangelnde Wirksamkeit der meisten Therapien, insbesondere der humanistischen und tiefenpsychologischen Verfahren im Vergleich mit der kognitiv-behaviouralen Therapie (Grawe et al. 1994). Letztere ging aus seiner viel diskutierten wie heftig umstrittenen Meta-Analyse als klarer Sieger hervor (zur Kritik an Grawe vgl. Tschuschke et al. 1994).

Wampold konnte im Wege von empirischen Untersuchungen zeigen, dass das bislang implizit angenommene

„medizinische Modell" inadäquat ist, um psychotherapeutische Prozesse zu beschreiben (Wampold & Imel 2015). Das medizinische Modell ist durch folgende Merkmale charakterisiert: a) Der Patient hat eine Krankheit (ein Problem), deren Symptome als Zeichen einer zugrunde liegenden Störung gelesen und in eine diagnostische Taxonomie eingeordnet werden; b) die Krankheit wird durch eine biologische (jedenfalls naturwissenschaftliche) Hypothese erklärt; c) der „Mechanismus" der Veränderung („Mechanism of Change") ist der Behandlung zugrunde gelegt; d) das therapeutische Vorgehen („Therapeutic Procedures") folgt der Erklärung der Krankheitsursache und e) es gibt spezifische Behandlungsprozeduren, die auch manualisiert werden können. Dem stellt Wampold das „Kontextmodell" als der Psychotherapie angemessener entgegen: a) Psychotherapie wird als emotional hoch besetzte Beziehungsform angesehen; b) der Patient glaubt – und diese Hoffnung wird nicht zerstört – , dass der Therapeut hilfreich handelt; c) es gibt einen Plan, eine Art „Mythos", eine plausible Erklärung für die Probleme und d) eine Prozedur oder ein Ritual, die Probleme zu bewältigen. Bei den letzten beiden Punkten greift Wampold auf Frank zurück. Wampold analysiert detailreich empirische Studien, die zeigen, dass Gespräche, die ohne Plan erfolgen und bei denen der „Therapeut" nicht an die Wirksamkeit seiner Behandlung glaubt – von Wampold als eine Art „Gequatsche" bezeichnet – nicht helfen. Demnach kann es in ernsthaft durchgeführten Therapien keine Placebo-Bedingung geben. Auch können die in Pharmastudien geforderten „Doppelblind"-Versuchsanordnungen nicht eingehalten werden – der „Therapeut" kann nicht „blind" gegenüber der von ihm verabreichten „Medizin" sein. Aus den genannten Gründen ist ein experimentelles Design für Wirksamkeitsuntersuchungen für den Bereich der Psychotherapie ungeeignet.

Fischer (2011) stellt fest, dass die oftmals attestierte Unwissenschaftlichkeit von Psychotherapie ein Artefakt des wissenschaftstheoretischen Zugangs ist und plädiert für eine Gegenstandsangemessenheit in der Psychotherapieforschung, um die vorherrschende „Rückbestimmung des Gegenstands durch die Methode" zu überwinden. Sowohl die biologische Psychiatrie als auch die experimentelle Psychologie verwenden eine an den Naturwissenschaften ausgerichtete Methodik. In der biologischen Psychiatrie werden Geisteskrankheiten als „Krankheiten des Gehirns" betrachtet, welche konsequenterweise mit biochemischen Mitteln, z.B. Psychopharmaka, zu behandeln sind. Auch die experimentelle Psychologie beruht auf einem funktionellen Verständnis, welches in ein experimentelles Forschungs-Programm mündet: Analog zum Experiment in der Physik soll durch systematische Variation der Experimentalbedingung(en) der Einfluss einer oder mehrerer Unabhängiger Variablen auf eine oder mehrere Abhängige Variable erfasst werden. Das Ergebnis wird meist wahrscheinlichkeitstheoretisch ausgedrückt – Idealziel ist jedoch, eine Kausalrelation zu erfassen (A ergibt B).

Fischer und Barwinski weisen auf eine Sprachverwirrung hin, die im Feld von Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie besteht und mit so genannten „Homonymien" zusammenhängt (z.B. „Hahn" kann „Wasserhahn" oder „männliches Huhn" bedeuten). Alle drei Disziplinen sprechen mit denselben Worten von Phänomenen, die sie jedoch vollkommen unterschiedlich verstehen (Fischer & Barwinski 2013). Streng genommen muss man noch weitere Bedeutungen zwischen den verschiedenen Psychotherapieschulen annehmen, wie das etwa am Phänomen der „Depression" gezeigt werden kann: Aus biologisch-medizinischer Sicht wird Depression als Mangel an Serotonin im Gehirn verstanden, aus verhaltenstheoretisch-psychologischer Sicht als gelernte Hilflosigkeit, aus tiefenpsychologischer Sicht als eine nach innen gewandte Aggression und aus humanistisch-existentieller Perspektive als nicht gelungene Trauer um einen verlorenen Wert. Konsequenterweise fordern Fischer und Barwinski von der Psychotherapie-Forschung, dass letztere die fatalerweise bislang unbemerkt gebliebene „Gegenstandsverwirrung" zu überwinden und die entstandenen spektakulären Missverständnisse aufzulösen versucht. Dies erfordert allerdings umfassende Übersetzungsleistungen zwischen den Disziplinen und ist ein recht aufwändiges Projekt.

Die zentrale Fragestellung der Wirksamkeitsforschung lautet: Wodurch unterscheidet sich echte Heilung von bloßer Suggestion, ja Manipulation bzw. einer durch Selbstsuggestion verursachten Besserung? Aber können wir die Selbstheilungskräfte des Patienten überhaupt klar von einer wissenschaftlich begründeten Heilmethode unterscheiden?

Exkurs: Placebos in der Psychotherapie – gibt es das überhaupt?

Für Therapien, die irrtümlich für wirksam gehalten werden, obwohl sie keine wissenschaftlich nachgewiesene Wirkung haben, wird der Begriff **Placebo** verwendet. Was bedeutete ursprünglich „Placebo"? Eine tiefere Bedeutung erlangte der Begriff durch das Alte Testament. Hier heißt es in Psalm 116, Vers 9: „Placebo domino in regione vivorum" (lat. für „Ich will dem Herrn gefallen im Lande der Lebenden"). Dieser Psalm wurde nach dem Breviarium Romanum zu Beginn der Totenvesper ge-

sungen. Im 13. Jahrhundert wurde die Totenvesper dann volkstümlich als „Placebo" bezeichnet. Die Totensänger – Priester, Mönche – haben mit Eifer gegen Bezahlung Gesänge angestimmt und waren auf diese Weise den Hinterbliebenen gefällig. Das gedankenlose Singen wurde bald zum scheinheiligen Singen. Aus der lateinischen Predigtliteratur des Mittelalters gelangte das Wort Placebo dann in den profanen Sprachschatz in der ironischen Redewendung „Placebo singen", wenn jemandem nach dem Munde geredet wurde. Im Englischen z.B. „to sing a placebo" oder „to play placebo", im Deutschen „Wer das Placebo domino nicht wohl singen kann, der bleibe vom Hofe" oder „Wo man das Placebo singt, da muss die Wahrheit zurückstehen". Placebo stand im Mittelalter für Schmeichler, Schmarotzer, Intriganten (vgl. Bundesärztekammer 2011).

Gehen wir dem Ursprung des Placebo-Gesangs phänomenologisch auf die Spur, können wir feststellen: Es geht um die *Echtheit der Gefühle*, welche den entscheidenden Unterschied ausmacht. Heuchlerischer Gesang wurde zu Recht verächtlich gemacht – und im Mittelalter gab es zur Genüge Auswüchse von Heuchlerei in höchsten kirchlichen Kreisen (worin letztlich die Ursprünge der Reformation liegen). Ein dem Traueranlass angemessener, von echtem Mitgefühl getragener Gesang – wäre das nicht vergleichbar mit mitfühlender therapeutischer Begleitung? Weder im Fall des Therapeuten noch im Fall des inbrünstig und empathisch singenden Trauer-Sängers ist eine reale Betroffenheit gegeben, aber sehr wohl eine Berührung aus der Begegnung mit dem/den Leidenden.

Sheldrake hat die Placebo-Problematik für die Medizin aufgearbeitet. Heute erklären Schulmediziner die Wirksamkeit traditioneller oder „unwissenschaftlicher" Heilmethoden sehr schnell als Placebo-Effekt. Sie sehen das Placebo-Phänomen gern bei anderen Fachrichtungen, während sie ihre eigene davon ausnehmen. Das hat sich schon in den 1970ern im Rahmen einer empirischen Untersuchung von Einstellungen zum Placebo-Effekt gezeigt. Chirurgen nehmen die Chirurgie aus, Internisten die medikamentöse Behandlung, Psychotherapeuten die Psychotherapie und Psychoanalytiker die Psychoanalyse (Näheres bei Shapiro 1970, zit. n. Sheldrake 1997). In der medizinischen Forschung wird der Placebo-Effekt meist als ärgerlicher Störfall angesehen. Aber das ist vielleicht ganz gut so, meint Sheldrake in seinem Buch „Sieben Experimente, die die Welt verändern könnten", denn die andere Seite der Münze ist ja der Glaube der Mediziner an die ganz besondere Wirksamkeit der eigenen Techniken, die dann auf Grund dieses Glaubens – das heißt durch den Placebo-Effekt – tatsächlich heilkräftig sind! Verringerte Erwartungen führen zu einem verringerten Placebo-Effekt. Offenbar geht es also auch in der Medizin um Begriffe wie Ernsthaftigkeit, Identifikation und Hoffnung auf Seiten des Arztes. Auch der Medizin täte eine Aufweitung des naturwissenschaftlich dominierten Verständnisses von Heilung gut!

In verschiedenen medizinischen Untersuchungen hat sich gezeigt, dass die Erwartungen des Patienten seine physiologischen Reaktionen so stark beeinflussen können, dass sie die pharmakologische Wirkung eines Medikaments umkehren. Sheldrake fasst in seinem Buch diverse empirische Studien zum Placebo-Effekt zusammen. Er bringt das Beispiel von Evans, dessen Studie ein erstaunliches Ergebnis bei Angina pectoris-Patienten brachte: Die übliche Behandlungsmethode ist das Legen eines Bypass (nämlich eine Verbindung einer Thorax-Arterie mit einem Herzkranzgefäß). Zum Austesten der Methode wurde bei einer Kontrollgruppe von Patienten nur der äußere Schnitt gelegt, die Operation selbst aber nicht durchgeführt. Das Ergebnis war, dass die Schmerzreduktion bei tatsächlich Operierten und bei den nur scheinbar Operierten gleich groß war. Bei beiden Gruppen zeigten sich auch physiologische Veränderungen, zum Beispiel eine Verringerung der negativen T-Zacken im EKG. Auf Basis seiner Zusammenschau empirischer Befunde zeigt Sheldrake auf, dass Placebos im Durchschnitt ein Drittel bis zur Hälfte der Wirksamkeit spezifischer Medikamente bei somatischen Erkrankungen wie Angina pectoris, Dermatitis, Rheumatoid-Arthritis und anderen Erkrankungen erreichen (vgl. Sheldrake 1997).

Das Placebo-Argument zur Widerlegung der Wirksamkeit von Heilbehandlungen geht also insgesamt ins Leere. Die Befunde der empirischen Forschung legen vielmehr die Möglichkeit nahe, dass die konservativen Paradigmen und Konventionen der Naturwissenschaft so manches Phänomen im Zusammenhang mit Therapiewirkungen eben nicht erfassen können. Wir brauchen hier einen wissenschaftstheoretisch neuen Zugang, wie ihn etwa Fischer herausgearbeitet hat, der sich unter anderem auf Eco beruft.

Verschiedene Wege zur Erkenntnis

Nach Umberto Eco (1993) gibt es zwei Kriterien für wissenschaftliches Arbeiten: erstens ein **systematisches Vorgehen bei der Erkenntnisgewinnung** und zweitens eine **intersubjektive Nachprüfbarkeit**. Beide Kriterien sind erfüllt, wenn der Forscher entweder schon vorhandenes Wissen überprüft – wie Forschung klassisch in den Naturwissenschaften bzw. in der quantitativen Forschung betrieben wird. Dies geschieht im **Kontext der Beweis-**

sicherung. Wissenschaftliches Vorgehen ist aber ebenso im **Kontext der Entdeckung** möglich, wie dies in den Geisteswissenschaften bzw. im Rahmen der qualitativen Forschung üblich ist. Letzterer erlaubt und erfordert einen wesentlich breiteren Zugang an Forschungsmethoden.

Fischer (2011) knüpft an Umberto Eco an, wenn er für die Psychotherapie-Wissenschaft einen kreativen Zugang fordert, der sich von den Vorgaben der angrenzenden Wissenschaften, nämlich von der biologischen Psychiatrie einerseits und der experimentellen Psychologie andererseits befreit. Fischer schlägt eine Kombination aus den beiden genannten Ansätzen vor, und zwar in Analogie zur Aufklärungsarbeit eines Detektivs, der einen Kriminalfall lösen soll. Dieser zieht einerseits Schlussfolgerungen aus Beobachtungen – dies bezeichnet man als **induktives Vorgehen** oder bottom up-Vorgehen. Und andererseits wendet er vorhandene – in diesem Fall kriminologische – Theorien an, in einem top down-Vorgehen oder auch **deduktiven Vorgehen**. In der Praxis muss der Detektiv – und in Analogie dazu der Psychotherapie-Prozessforscher – beide Vorgehensweisen kombinieren, um eine bisher vielleicht einzigartige Konstellation von Ereignissen aufzuklären. Dieses Vorgehen bezeichnet Fischer als **Abduktion** oder „Ableitung". Sie spiegelt den methodischen Zugang der Einzelfallforschung wider und entspricht auch dem psychotherapeutischen Vorgehen selbst, denn letztlich entwickelt ja der Therapeut für jeden einzelnen Patienten das therapeutische Vorgehen auf Basis seines theoretischen und klinischen Vorwissens in Abstimmung mit der individuellen Problemlage und den Ressourcen des Patienten jeweils neu.

Für die Suche nach Wirkelementen im psychotherapeutischen Prozess kann folgende Parallele gezogen werden: Das **deduktive Vorgehen** hat einerseits eine Entsprechung in den **quantitativ-nachprüfenden Methoden** der empirischen Psychologie bzw. der biologischen Psychiatrie, wobei von beobachtbaren Daten und Fakten, die als „Operationalisierungen" von „Variablen" auf Basis einer vorhandenen Theorie verstanden werden, mittels numerisch-statistischer Algorithmen auf die Theorie rückgeschlossen wird (im Sinne von „de-ducere", lat. = rück-führen).

Induktives Vorgehen entspricht einem **phänomenologischen Prozess**, wie ihn Alfried Längle in den Schritten der Personalen Existenzanalyse für Therapie und Beratung beschrieben hat. Die Personale Existenzanalyse (kurz: PEA) ist eine Methode zur Mobilisierung personaler Kräfte, welchen im existenzanalytischen Psychotherapieprozess zum Durchbruch verholfen werden soll. Unter „Person" wird in der Tradition der Existenzphilosophie das Geistige, das Freie und sich Verantwortende im Menschen verstanden (Frankl 1959, zit.n. Längle 1999). Die dialogische Denkweise hervorhebend wurde die Person im Rahmen der PEA auch als „das in mir Sprechende" bezeichnet (Längle 1993, 137). Als Charakteristika des Personseins werden drei spezifische Eigenschaften in den Vordergrund gestellt: „Als Person ist der Mensch **ansprechbar**, weil er von seinem Wesen her ein Sprechender, ein mit sich und mit Anderen Dialogisierender ist. Er ist ein Sprechender, weil ‚es in ihm spricht'. Als Person kann der Mensch **verstehen**, kann die Zusammenhänge und Beweggründe von anderen Menschen und von sich selbst finden, sich darin einfinden, sich daraus verstehen und darauf Bezug nehmen. Er ist befähigt zu verstehen, weil ‚es in ihm spricht', was ihm sein Wesen ins Bewusstsein bringt und damit das, was die anderen zu ihm sprechen, in der Tiefe des Gehalts (im Wesen) zugänglich ist. Der Mensch ist ein **Antwortender**, weil er als ein im Wesen Sprechender nicht bei sich bleiben will, sondern auf Kommunikation, Austausch, Begegnung und Andersheit angelegt ist. Er ist ein Antwortender, weil ‚es in ihm spricht' und sich dies in der Antwort mitteilen will, geben will. Analog zu diesen drei ‚Begegnungscharakteristika' der Person finden sich innere Vorgänge. Im subjektiven Erleben empfängt der Mensch dort, wo er angesprochen ist, einen **Eindruck**, führt ihn das Verstehen zu persönlichen **Stellungnahmen** und erlebt er sich im Antworten als sein Inneres zum **Ausdruck** bringend." (Längle 1999, 21) Die Schritte im Einzelnen sind (siehe Abbildung 1):

- **PEA 0** (Deskription der Daten und Fakten): Was liegt vor?
- **PEA 1** (Eindruck, phänomenologische Wesensschau): Welche Gefühle macht das? Welche Bewegung stellt sich spontan ein? Was sagt mir das (eigentlich)?
- **PEA 2** (Personale Stellungnahme): Verstehe ich mich? Was bewegt mich dabei? Verstehe ich den anderen? Was verstehe ich nicht? Was spüre ich im tiefsten Innersten dazu? Was halte ich grundsätzlich davon? Was sage ich persönlich dazu? Was würde ich da am liebsten und im Grunde tun wollen?
- **PEA 3** (Ausdruck, Handeln): Was davon will ich konkret tun? Wieviel davon mag ich preisgeben? Wem? Passt es bei diesem Menschen? Wie und mit welchen Mitteln mache ich es am besten? Bei welcher Gelegenheit?

Wenn Forschen als Erkenntnisprozess verstanden wird und im speziellen Einzelfall-Forschung als Prozess des Verstehens von Person(en) betrachtet wird, kann die PEA einen solchen Prozess im Detail beschreiben und anleiten (siehe Abbildung 2): Ausgehend von Daten und Fakten (PEA 0: Deskription) entwickeln Forscher bzw. Therapeut (am besten in Personalunion) und Patient im Weg

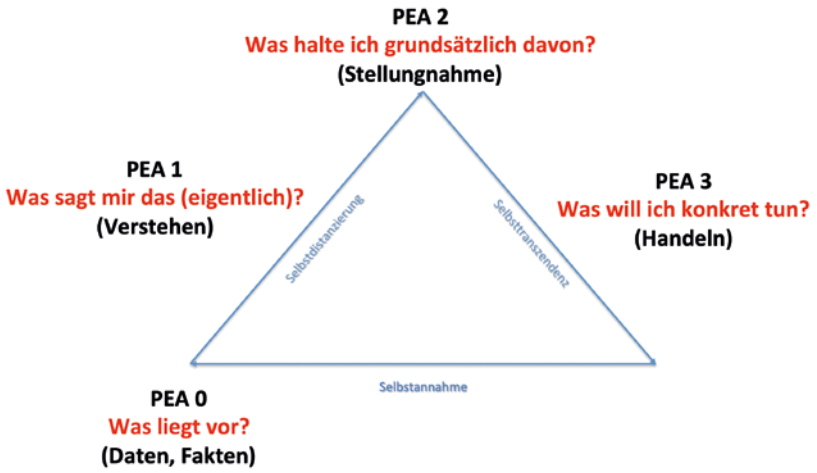

Abbildung 1: Personale Existenzanalyse (PEA) nach Längle

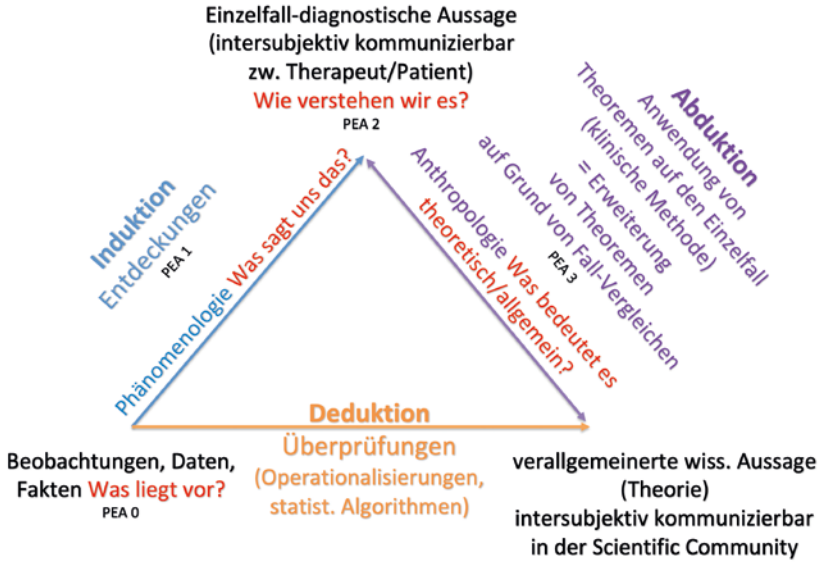

Abbildung 2: Forschen als Erkenntnisprozess

des Dialogs über den jeweils subjektiven Eindruck und über die phänomenologische Verdichtung desselben auf das Wesentliche hin (PEA 1: phänomenologische Wesensschau) ein gemeinsames, intersubjektiv abgesichertes Verständnis, das als diagnostische Aussage aufgefasst werden kann (in Analogie zu PEA 2: personale Stellungnahme – „so verstehen wir es“). Der letzte Schritt des induktiven Vorgehens wird im Kontext des Forschens als (Weiter-)Entwickeln anthropologischer Theoreme und Konzepte verstanden (in Analogie zu PEA 3: Handeln – „so kann es verallgemeinert werden“). So kann etwa die Erfindung und Entwicklung der existentiellen Grundmotivationen oder auch der Personalen Existenzanalyse selbst als Erkenntnisprozess durch Alfried Längle verstanden werden. Alfried Längle folgte vermutlich intuitiv diesen induktiven Schritten. Insgesamt beschreibt die PEA den kreativen Prozess des Forschers als Erfinder im eigentlichen Sinn.

Im Rahmen der Wirksamkeitsforschung wird induktive und deduktive Vorgangsweise zu einem **abduktiven Vorgehen** im Bereich von PEA 3 kombiniert. Einerseits geht der Therapeut bzw. Forscher immer dann abduktiv vor, wenn er vorhandene Theorien und Konzepte (z.B. Diagnosen, klinische Bilder, Muster von Coping-Reaktionen, etc.) auf den Einzelfall anwendet, dies bezeichne ich als **„klinische Methode“**. Kein Einzelfall wird zur Gänze in eine vorhandene Theorie passen, Diagnosen müssen phänomenologisch offen bleiben (dies erklärt unter anderem, weshalb Diagnose-Schemata im Laufe der Jahre immer wieder angepasst oder auch von Grund auf

erneuert werden). Andererseits greift der Forscher die auf induktivem Wege gefundenen diagnostischen Einzelfall-Diagnosen auf, um sie mit vorhandenen Theoremen in Beziehung zu setzen. Über Abduktion in Form von Fall-Vergleichen werden neue Kategorien erfunden, weil die vorhandenen Kategorien nie alle Fälle erklären können. Auf diese Weise werden vorhandene Theorien weiterentwickelt. Ein einfaches Beispiel wäre der fiktive Vergleich von Patienten, die an einer Angststörung leiden. Durch Fall-Vergleiche ließe sich leicht zeigen, dass sich Patienten mit einer „Erwartungsangst" deutlich von solchen unterscheiden, die an einer „Grundangst" leiden – obwohl vielleicht in einer ersten Diagnosestellung für beide der Begriff **„Angststörung"** zutrifft. Für eine weiter gehende Unterscheidung zeigt sich (abduktiv) unter Bezugnahme auf die existentiellen Grundmotivationen, dass es sich um deutlich unterscheidbare Störungsbilder handelt, die auch unterschiedliche therapeutische Strategien erfordern. So wäre einem Patienten mit einer **Grundangst** – die aus einem Defizit im Bereich des Grundvertrauens entsteht – mit einem **stützenden, haltgebenden Beziehungsangebot** in der Therapie zu begegnen, während ein Patient, der an einer **Erwartungsangst** leidet – die einem Defizit in der dritten Grundmotivation entspringt, also letztlich einem mangelnden Gesehen-Werden als Person – zur Überwindung seiner Angst die personale Stellungnahmen herausfordernde **Angst-Konfrontation** braucht. Insgesamt spiegelt diese Vorgangsweise die Arbeit des „forschenden Praktikers" wider, der sein klinisches Wissen durch Erfahrung ständig weiterentwickelt. Dass es in der psychotherapeutischen Prozessforschung letztlich keine Trennung von Forschung und Praxis geben kann, wurde schon von Freud als **Junktim von Heilen und Forschen** bezeichnet: „In der Psychoanalyse bestand von Anfang an ein Junktim zwischen Heilen und Forschen, die Erkenntnis brachte den Erfolg, man konnte nicht behandeln, ohne etwas Neues zu erfahren, man gewann keine Aufklärung, ohne ihre wohltätige Wirkung zu erleben. Unser analytisches Verfahren ist das Einzige, bei dem dies kostbare Zusammentreffen gewahrt bleibt. Nur wenn wir analytische Seelsorge betreiben, vertiefen wir unsere eben dämmernde Einsicht in das menschliche Seelenleben. Diese Aussicht auf wissenschaftlichen Gewinn war der vornehmste, erfreulichste Zug der analytischen Arbeit." (Freud 1927, 293)

Empirische Untersuchung: Therapierückblick mit drei Patientinnen[2]

Im Folgenden werden im Sinne der Prozess-Forschung Wirkelemente von existenzanalytischen Psychotherapien herausgearbeitet. Es wird bewusst von Elementen und nicht von Faktoren gesprochen. Damit soll betont werden, dass es sich um Bestandteile (Elemente) von Therapien und nicht um Gemachtes (lat. „factum") in einem eher technischen Sinn handelt.

Dazu werden Interview-Ausschnitte aus rückblickenden Gesprächen mit eigenen Patienten analysiert, und zwar vorerst in Hinblick auf die Frage „Was hat geholfen?". Die subjektive Wirkung aus Patienten-Sicht steht dabei im Fokus und wird durch den Blickwinkel der Therapeutin, die zugleich Forscherin in Personalunion ist, ergänzt. Die Auswahl der Interview-Themen orientierte sich vorerst am so genannten Change Interview nach Elliott (Elliott 1999). Im Sinn eines induktiven Vorgehens wurde die Art der Gesprächsführung an die Person des Patienten angepasst. Bei einer Patientin (Gianina) erwies sich die Auswahl und Reihenfolge der Themen als zu einengend. Bei den beiden anderen Patientinnen wurden die Gespräche in zwei Teile gesplittet: Im ersten Teil war es ein freier Rückblick mit spontan gestellten Fragen und im zweiten Teil ein halbstrukturiertes Interview nach dem Change Interview Protocol von Elliott (1999) (siehe Abbildung 3).

Die Gespräche wurden in der eigenen Praxis durchgeführt. Die Patientinnen wurden darauf angesprochen, ob sie zu Forschungszwecken ein rückblickendes Interview mit mir führen wollen. Alle drei Patientinnen gaben ihre Einwilligung in die Veröffentlichung der Gespräche samt daraus folgender Analysen. Die Gespräche fanden jeweils innerhalb der nächsten 14 Tage statt. Die Dauer lag bei 1:03 (Ursula), 1:06 (Felicia) und 0:45 Stunden (Paula). Alle Gespräche wurden mit Einwilligung der Patientinnen auf Tonträger aufgezeichnet.

Die Auswertung folgte den Prinzipien der Induktion sowie der Abduktion wie von Fischer (2011) beschrieben. Es handelt sich um eine induktive Textanalyse der subjektiven Erlebnisse von Betroffenen. Bei der Analyse der Gespräche bzw. der Interviews wurde nach einzelnen Schritten aus der hermeneutisch-phänomenologischen Methode von S. Längle (2015) vorgegangen. Längle sieht für die Auswertung von verbalen Äußerungen folgende methodische Schritte vor:

[2] Namen und biographische Einzelheiten der Patientinnen wurden zum Zweck der Anonymisierung verändert.

- Wie hat es sich im Allgemeinen angefühlt, in Therapie zu sein?
  Wie geht es Ihnen derzeit ganz persönlich?
- Wie würden Sie sich selbst beschreiben?
  Wie würden andere Sie beschreiben?
- Welche Veränderungen würden Sie an sich beschreiben seit Beginn der Therapie?
  Hat sich irgendetwas zum Schlechteren verändert?
  Gibt es etwas, das Sie noch verändern möchten?
- Für jede einzelne Veränderung schätzen Sie bitte ein, wie sehr Sie diese **erwartet** haben bzw. wie **überraschend** diese für Sie war (1-5).
  Für jede einzelne Veränderung schätzen Sie bitte ein, für **wie wahrscheinlich** Sie es halten, dass diese **ohne Therapie** stattgefunden hätten (1-5).
  Wie wichtig oder bedeutend waren diese Veränderungen für Sie? (1-5)
- Wodurch, glauben Sie, sind diese Veränderungen zustande gekommen?
- Was war insgesamt hilfreich in der Therapie?
- Was war hinderlich bzw. nicht hilfreich oder auch negativ oder enttäuschend?
  Gab es Dinge, die schwierig oder schmerzvoll waren, die aber O.K. sind oder vielleicht hilfreich waren?
- Haben Sie Vorschläge hinsichtlich der Forschung oder der Therapie?
  Gibt es noch irgend etwas, das Sie mir mitteilen möchten?

Abbildung 3: Client Change Interview nach Elliott

Erste Etappe: Beobachtungsebene
1. Deskription der Inhalte/Fakten mit erster Epoché
2. Beschreibung der Ausdrucksweise
3. Heben des Eindrucks

Zweite Etappe: Erkenntnisebene
4. Epoché einer affektiven Interpretation
5. Heben des phänomenalen Gehalts
6. Eidetische Reduktion und Wesensschau

Dritte Etappe: Überprüfung und Schlussfolgerungen
7. Kritische Überprüfung
8. Integration in die Theorie
9. Grundlage für weiteres Handeln

Die hermeneutisch-phänomenologische Methode wurde in begründeter Weise abgewandelt. Anders als S. Längle, die in ihren Arbeiten mit der vollständigen Auswertung in von ihr entwickelten neun Schritten der grundlegenden Fragerichtung nach dem *personalen Seins-Verständnis* mit den Erfahrungen, Vorstellungen, Hoffnungen und Streben der Patienten nachgeht (vgl. S. Längle 2007, 2015, S. Längle & Häfele-Hausmann 2016), geht es hier um die **Beantwortung einer therapiebezogenen Fragestellung**, und zwar „Was hat geholfen?“ Dies führt zu einer Verkürzung auf folgende Schritte:
Vorerst wurde der transkribierte Text gelesen. In einem ersten Schritt wurden die Inhalte, die eine Antwort auf die Fragestellung „**Was hat geholfen**?“ in Form von Originalaussagen der jeweiligen Patientin im Text angestrichen. Bald zeigte sich, dass eine zweite Fragestellung damit vermischt war, nämlich die Frage „**Was hat sich verändert?**“ Auch diesbezüglich wurden die Aussagen im Text markiert. Im Einzelfall ließen sich die beiden Fragen nicht immer trennen, da sie von den Patientinnen inhaltlich überlappend beantwortet wurden. Dieser erste Schritt entspricht der „**Deskription der Inhalte/Fakten mit erster Epoché**“ nach S. Längle. In einem zweiten Schritt wurde gleich zum „**Heben des phänomenalen Gehalts“** (Schritt 5 nach Längle) übergegangen. Dies erfolgte über das mehrmalige Hören des Ton-Mitschnitts sowie auch über das wiederholte Lesen des Transkripts. Die übersprungenen Schritte „Beschreibung der Ausdrucksweise“ (Schritt 2), „Heben des Eindrucks“ (Schritt 3) und „Epoché einer affektiven Interpretation“ (Schritt 3) wurden im Nachhinein in Gruppen mit Studierenden des Master-Studiums „Existenzanalyse“ eingeholt. Es ergaben sich keine nennenswerten Unterschiede zu den Ergebnissen der Auswertung durch die Autorin.[3] Der besseren Lesbarkeit halber wird das Heben des phänomenalen Gehalts an den Schluss jeder einzelnen Fallbesprechung gestellt. Schritt 6 „Eidetische Reduktion und Wesensschau“ wurde hier ebenfalls übersprungen bzw. ist implizit im therapeutischen Prozess enthalten. Für die Forscherin und Therapeutin in Personalunion ist die Wesensschau immanenter Bestandteil der therapeutischen Arbeit mit der Personalen Existenzanalyse. Sie fließt an

[3] Da diese Auswertungsschritte den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würden, werden sie hier nicht eingehender dargestellt, sondern bleiben einer späteren Publikation vorbehalten.

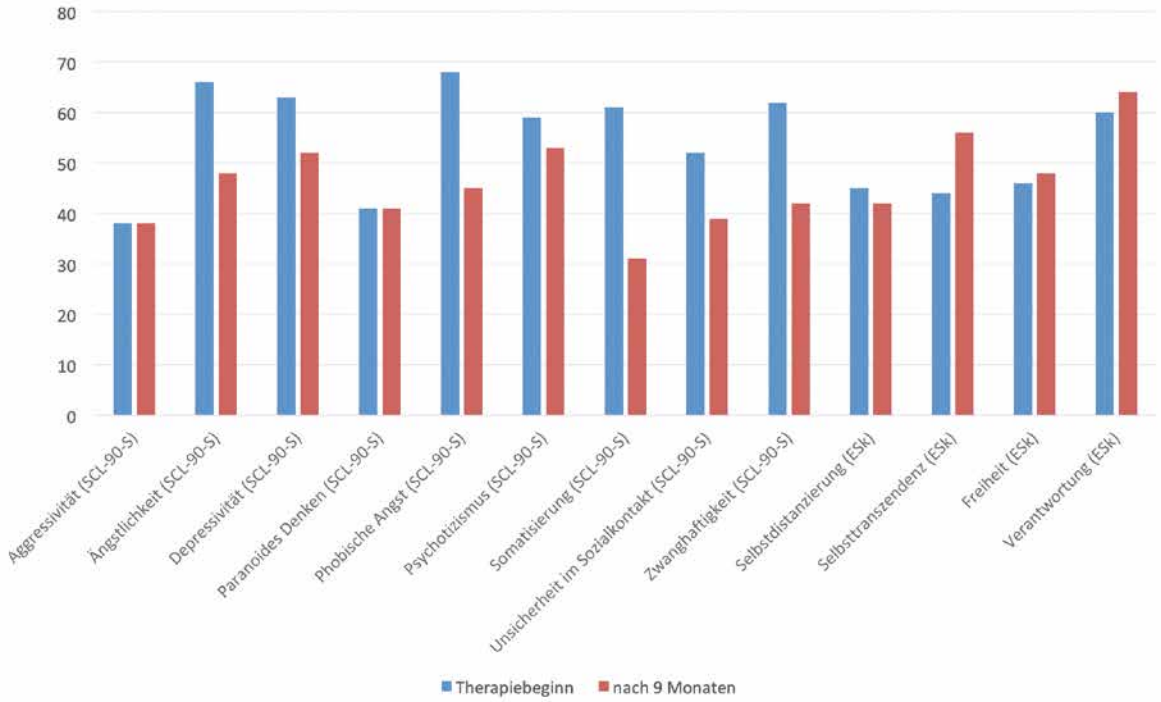

Abbildung 4: Symptombelastung (SCL-90-R, Franke 2014) und Personalität/Existenzialität (ESk, Längle et al. 2000) bei Patientin Ulrike (Angaben in T-Werten, MW=50)

verschiedenen Stellen – über die Therapeutenperspektive – in die Analyse ein. Schritt 7 „Kritische Überprüfung" wurde im Nachhinein, und zwar über die Anwendung des HSCE-Designs nach Elliott (2002) mit Studierenden durchgeführt.[4] Dabei wurden die Wirkelemente des Therapieprozesses in zwei Gruppen diskutiert: Eine „pro"-Gruppe argumentierte für die Wirksamkeit der Therapie, die „contra"-Gruppe brachte Gegenargumente ein. Für die vorliegende Arbeit wird direkt zu Schritt 8 „**Integration in die Theorie**" übergegangen. Dieser wird vorerst auf die **Beantwortung der Fragestellungen** hin konkretisiert: „**Was hat sich verändert?**" und „**Was hat geholfen?**" Zu diesem Zweck wurden die resultierenden Einzelfall-bezogenen Stellungnahmen zu Kategorien zusammengefasst und mit vorhandenen Theoremen aus der existenzanalytischen Anthropologie in Beziehung gesetzt (Schritt der Abduktion). Darüber hinaus werden jene **neuen Erkenntnisse** gehoben, die auf induktivem Weg gefunden wurden und die sich einerseits auf die **Forschungsmethodologie** und andererseits auf die **klinische Methode** beziehen. Man könnte dies dem Schritt 9 nach Längle zuordnen (Grundlage für weiteres Handeln).

Patientin Ulrike (34 Jahre)

Zu Therapiebeginn und nach neun Monaten ersuchte ich Ulrike, einige Selbsteinschätzungs-Fragebögen auszufüllen[5]. Die Testergebnisse zeigen eine deutliche Reduktion von Ulrikes Symptomen, vor allem in den Bereichen Ängstlichkeit, phobische Angst, Somatisierung und Zwanghaftigkeit. Im Bereich der personal-existentiellen Fähigkeiten zeigte sich eine Zunahme vor allem im Bereich der Selbsttranszendenz.

Das Interview fand neun Monate nach Therapiebeginn statt. Die Therapie ging noch über ein Jahr weiter.

Die klinische Diagnose lautete „generalisierte Angststörung". Ulrike litt unter starken Angstsymptomen mit körperlicher Anspannung, die sich zu richtigen Angstanfällen steigern konnten. Sie ging nicht mehr aus dem Haus und konnte nicht allein sein. Der Mann, selbstständiger Innenarchitekt, richtete seinen ganzen Tagesablauf nach seiner Frau. Es gibt auch einen damals achtjährigen Sohn, um den sich ebenfalls der Vater kümmerte. Ulrike war über einige Wochen stationär psychiatrisch behandelt worden, bevor sie zu mir in die Praxis kam.

Wichtig ist zu wissen, dass Ulrike vor ca. 10 Jahren auf

[4] Die Darstellung dieses Auswertungsschritt bleibt einer späteren Publikation vorbehalten.

[5] Die Testungen wurden im Rahmen einer Wirksamkeitsuntersuchung, einem Forschungsprojekt der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse, durchgeführt. Die Testungen erfolgten nach Information und mit dem Einverständnis der Patientinnen.

Grund einer Entzündung des Sehnervs die Diagnose „Multiple Sklerose“ gestellt bekam. Ulrike hatte seither keinen weiteren Schub.

Therapiewirkungen aus Patientinnen-Sicht

Im ersten Teil des Gesprächs, im freien Rückblick, wurden der Patientin unter anderem folgende Fragen gestellt:

- Sie haben gesagt, Sie stellen sich für so ein rückblickendes Gespräch zur Verfügung, dass wir einfach miteinander schauen, was ist in dem Jahr gelaufen? Wie haben Sie die Therapie erlebt? Was sind da für Fortschritte passiert?
- Schauen wir mal, wie war das, wie Sie gekommen sind? Können Sie sich noch erinnern, wie es Ihnen denn damals gegangen ist?
- Dann schauen wir mal, das ging ja über Weihnachten, ins neue Jahr hinein. Würden Sie sagen, es war eine kontinuierliche Veränderung oder gab es Phasen, Wendepunkte, die Sie noch speziell in Erinnerung haben?
- Wir haben dann auch begonnen, uns … mit der Geschichte Ihrer Ängste auseinanderzusetzen. Eben, wie sich das entwickelt hat… Wir haben da ja auch ein bisschen in die Biografie geschaut, ist das für Sie wichtig gewesen?
- Schauen wir noch einmal, was Sie selber jetzt im Rückblick sehen, wo waren wichtige Themen oder Phasen?
- (bezogen auf Schwindel und Taubheitsgefühle in den Beinen) Wie würden Sie es heute einschätzen? War das eine MS-Symptomatik oder wie sehen Sie das?
- Ich habe in Erinnerung so ein Thema, da würde ich Sie gern dazu fragen, wie Sie das heute sehen. Da war das mit der Familie, mit dem Bruder, mit dem Haus, mit dem Vater, dieses Gespräch. Wie ist das aus Ihrer heutigen Sicht, hat das eine Rolle gespielt, auch gegen die Angst?
- Schauen wir weiter. So im Verlauf vom Frühling, was waren da für Ereignisse oder für Markierungspunkte in der Entwicklung?
- (bezogen auf eine konkrete Sorge bezüglich des Alkoholkonsums des Mannes) Wie gehen Sie jetzt um mit dieser Sorge?
- Ich habe noch in Erinnerung, da war der Zeichenkurs, mit dem Bruder zusammen. … Ist das jetzt noch für Sie eine Erfahrung, über die Sie kurz etwas sagen wollen?

Die im ersten Schritt „Deskription der Inhalte/Fakten mit erster Epoché“ gefundenen Aussagen der Patientin werden im Folgenden aufgelistet und gleich zu Kategorien in Hinblick auf die Beantwortung der Fragestellung zusammengefasst.

Zur Fragestellung „Was hat geholfen“ nannte Ulrike folgende Themen:

- **Reden** („*das Reden hat mir immer gut getan*“)
- das **Aushalten der Angst** („*Bis zu dem Zeitpunkt dann, wo ich das irgendwie offenbar kapiert habe, dass ich das annehme und aushalte. … Das war der Knackpunkt. … und durch dieses Gefühl, … da haben Sie gesagt, wie, wie fühlt sich das an? Das Aushalten … in den Beinen ist so, wie so eine Spannung. … dann … habe ich irgendwie* ***kapiert,*** *das hilft mir. Und dann habe ich mir das immer vorgesagt, dieses „Ich kann“, „Ich nehme die Ängste an“ und kann die Symptome aushalten. Und das hat mir total geholfen. … auch … der Herzschlag, plötzlich war ich beruhigt.“*
- Bestärkung durch die Therapeutin („*und da haben Sie mir immer gesagt [lacht], Sie halten das aus.“*
- ein **gedanklicher Mechanismus**, der ihr zur Verfügung stand („*von da habe ich es dann kapiert. … [hab‘ ich] wirklich einen* ***Mechanismus*** *gehabt, der mir geholfen hat.“*
- die **Ressourcen-Übung „inneres Team“**, die sie mit einer anderen Imaginations-Übung aus der Therapie kombinierte („*wo ich mir vorgestellt habe meinen Vater, die Frau Merkel, den Löwen und mich als alte weise Dame mit weißem Haar … das habe ich mir oft her geholt.. Wo ich dann diese Treppe in diesem Haus runtergehe, wo es wohlig warm ist, und wo diese vier Figuren dann auf mich warten und … mir gut zureden.“*)
- Eine hilfreiche **Aktivität**, die sie etwa zwei Monate nach Therapiebeginn außerhalb der Therapie entdeckte und entwickelte, war das Besticken von Postkarten („*Und da habe ich gewusst, ich brauche diese Vormittage, um das zu machen.“*)

Auf die Frage nach dem Verlauf der Veränderung – kontinuierlich oder in Form von Wendepunkten – beschreibt sie eine weitere **kontinuierliche Verbesserung** im Zusammenhang mit alltäglichen Themen (Freundinnen, Beziehung, Arbeit) und dem **Erkennen ihrer Muster**. Letzteres ist ein entscheidendes Wirkelement. In der Reflexion entwickelte sich daraus eine Analyse, wie alles angefangen hat („*Ich habe ja* ***Angst gekriegt, wie ich heimgekommen bin****. … Ich habe mir gedacht, was tue ich zu Hause, da* ***bin ich wieder in dieser alten, meiner alten Umgebung, die mir ja auch die Angst gebracht hat.*** *… Da hat alles angefangen, zuhause. Und jetzt … mit dem Mechanismus, ich nehme die Ängste an und ich kann das aushalten, ist es … besser geworden.“*)

Im Anschluss wurden die Fragen aus Elliotts Change Interview gestellt. Die Auswertung folgte denselben Schritten wie jene des freien Therapierückblicks. Dabei zeigt sich, dass die strukturierte Befragung bei Ulrike die Wirkelemente noch prägnanter fassen kann. Die vorgegebene Struktur des Interviewleitfadens (teilweise mit Quantifizierungen) scheint Ulrike Halt zu geben und entspricht ihrer eher ängstlichen Persönlichkeit. Auch die quantitativen Fragebögen können Ulrikes Therapiewirkung recht gut abbilden.

Im Change Interview wiederholte Ulrike die meisten der bereits analysierten Wirkelemente. Folgende Wirkung ist zentral:

I: Welche Veränderungen würden Sie an sich beschreiben, seit Beginn der Therapie? U: „*Die Angst … habe ich in den Griff bekommen.*"

Außerdem nennt Ulrike neue Themen. Auffallend ist die Klarheit und Präzision von Ulrikes Formulierungen. Sie benötigen keine weitere Zusammenfassung*:*

> *„Dann, diese Veränderung,* ***zu sehen, wie andere ticken****, das zu erkennen und damit zu arbeiten oder* ***selbst zu überlegen, was spielt sich da ab****. … Das beinhaltet auch, dass ich,* ***dass ich für mich Grenzen setzen kann****, ja.* ***Dass ich nicht alles reinlasse.*** *… Ich bin ich jetzt* ***sensibel oder hellhörig****, ich weiß, ich muss bei Freundinnen aufpassen, und das ist schon ganz gut. … Dann, ich bin in gewissen Dingen …* ***lockerer geworden****. Dann habe ich auch bemerkt, dass man* ***das Gehirn auch steuern kann****, also dass das recht schnell geht, dass man eigentlich da so eine neue Bahn ziehen kann. Dann* ***was ich für eine Kraft ich habe****, die ich ja anderes nutzen kann. Wenn ich die Kraft habe oder das Potenzial, mir selbst Krankheiten oder Taubheit in den, in den Beinen zuzufügen, wie könnte ich das positiv nutzen? … Also* ***dass ich mehr ins Positive gehe*** *… Dann,* ***mit meiner Familie, dass ich da hoffentlich weiterhin offener reden kann****. Dass ich mich traue, Dinge anzusprechen, wenn es, wenn es verlangt ist. [Ich sag mir oft:]* ***‚So, versuche im Jetzt zu sein'*** *und das intensiv wahrzunehmen, ob das jetzt Fleisch schneiden ist, kochen, was auch immer.* ***Wenn etwas auf mich zukommt, zu schauen, wie, wie geht es mir damit einmal …*** *und nicht gleich irgendwie reagieren ins Außen, sondern* ***genau versuchen zu überlegen, was spielt sich jetzt in mir ab oder wie geht es mir damit****. … ich finde, ich bin ganz anders, also es hat sich viel getan. … [Ich bin]* ***entspannter und aufmerksamer****."*

I: Wodurch, glauben Sie, sind diese Veränderungen zustande gekommen?

> *U: „Da waren einmal diese* ***Mechanismen, die man anwenden kann****, ob jetzt, dass man sich* ***mit beiden Händen beschäftigt*** *bis zu über, also bis* ***diese Reise****, ja, mit, oder dieses,* ***diese Überlegungen mit diesen vier Figuren, die einem helfen,*** *ja. [die Übung „Inneres Ressourcen-Team", Anmerkung d. Verf.] Dann … offen reden, also das waren einmal die Veränderungen, mit denen wir die kleinen Schritte bearbeitet haben. Dann* ***dieser große Schritt, die Angst anzunehmen und auszuhalten****, die Symptome – das war total der Knackpunkt.*
>
> *Dann … auch diese* ***Beschäftigungen*** *über den Tag … da habe ich vergessen, dass ich Chi Gong mache. Dann gehe ich in die Schule für drei Stunden arbeiten. Dann kommt eh mein Sohn, da bin ich eh beschäftigt. Also diese Beschäftigungen,* ***dass ich einen Auftrag habe****. Dann über das, etwas selbst gefunden … das mit der Stickerei, die mich dann beschäftigt hat. Dann über diese … alltäglichen Dinge, die ich hier besprochen habe, wo ich dann erkannt habe ‚Aja, so könnte das laufen' (lacht) oder so sind die Muster meiner Freundinnen, wie auch immer und ich verstehe sie."*

I: Was war insgesamt hilfreich in der Therapie?

> U: „*Das* ***Erkennen, dass diese kleinen Schritte helfen****. Also diese* ***Mechanismen****, dass die helfen. Dass es mir immer leichter wird, dass es mir besser geht. …* ***zu erkennen, dass ich mir selbst da helfen kann****.* <u>*Genau*</u> *das ist es. Mit, diesen Geschichten, Mechanismen, dass ich mir selbst, helfen kann. … Dass man sagt ‚o. k., ich schaffe das irgendwie', wenn ich jetzt … mit beiden Händen arbeite, ja,* ***dann komme ich von dieser Gedankenschleife weg****, also das zu erkennen, dass ich mir da auch helfen kann. Dann eben auch das anzunehmen und auszuhalten. Also, das, genau also das ist eigentlich* ***entscheidend, dass man selber auch was dazu tun kann.*** *(…)*"

Wirkelemente aus dem Blickwinkel der Personalen Existenzanalyse (PEA) und der Grundmotivationen (GM)

Im Folgenden werden die auf induktivem Weg gewonnenen Kategorien den Theoremen der Existenzanalyse – den Grundmotivationen und der Personalen Existenzanalyse – deduktiv zugeordnet. Dabei wird die **inhaltliche Ebene** von der **phänomenalen Ebene** (bezogen auf das **Wie** und auf die **Struktur** von Ulrikes Aussagen) unterschieden. Vorerst geht es um den Inhalt. Die phänomenologische Betrachtung wird im nächsten Kapitel behandelt.

Auf einer **inhaltlichen Ebene** nennt Ulrike bezüglich **Veränderungen an sich selbst** vor allem eine **veränderte Wahrnehmung** (sensibel, hellhörig, Schutz ihrer Grenzen im Sinn von nicht alles reinlassen, intensiv im Jetzt wahrnehmen, aufmerksamer, Erkennen von Mu-

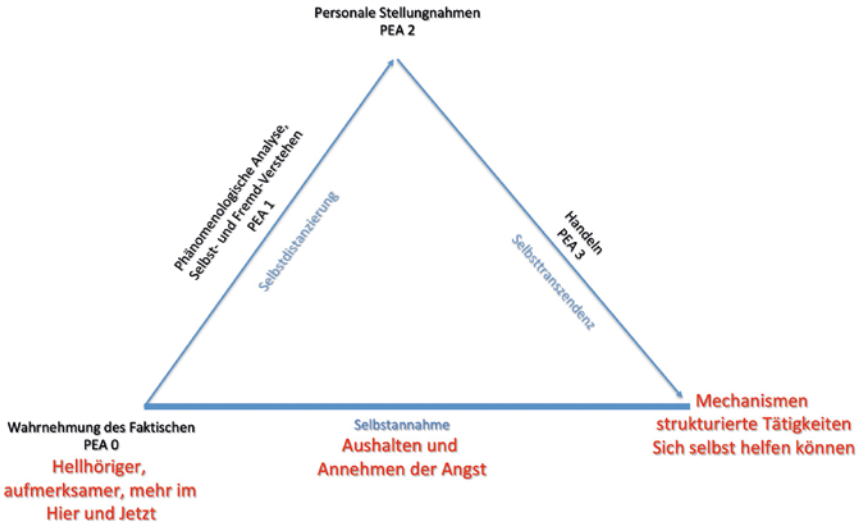

Abbildung 5: Veränderungen und Wirkungen bei Ulrike (Therapie der 1. GM) aus Perspektive der PEA

stern). Auch bezüglich der körperlichen Symptome zeigt sie eine veränderte Wahrnehmung im Sinne eines größeren Abstands zu ihren Ängsten (auch wenn sie dies selbst nicht so bezeichnet).

Auf die Frage nach dem **Zustandekommen dieser Veränderungen** beschreibt sie gedankliche wie reale **Handlungen** (Mechanismen, imaginierte Reise, Beschäftigungen) sowie das **Reden** (über ihre alltäglichen Schwierigkeiten). Der Knackpunkt war das **Aushalten und Annehmen der Angst**. Insgesamt hilfreich war es, **sich selbst helfen zu können**.

Die Therapie hat Ulrike vorwiegend in den Bereichen Wahrnehmen (PEA 0) und Handeln (PEA3) gestärkt. Die Schritte PEA 1 und PEA 2 bringt Ulrike als Kompetenzen selbst mit (siehe Abbildung 5).

Andererseits wird deutlich, dass es vorwiegend um eine Förderung in den Bereichen der ersten Grundmotivation ging. In der Betonung von Selbsthilfe sehen wir eine Stärkung der Fähigkeiten der dritten Grundmotivation als Ausdruck von Selbstständigkeit und Autonomie, allerdings wieder angebunden an das Sein-Können (1. GM). Dieses Vorgehen entspricht den theoretischen über existenzanalytische Therapie von Ängsten, insbesondere im Kontext von Grundangst.

Der hier vorgestellte Abschnitt der Therapie mit Schwerpunkt in der 1. GM hatte einerseits **das Wahrnehmen im Hier und Jetzt** und andererseits **das Handeln** im Fokus. Diese waren – aus Perspektive der PEA betrachtet – die wichtigsten Wirkelemente.

Heben des phänomenalen Gehalts

In der phänomenologischen Betrachtung erscheinen Ulrikes Antworten als nüchterne und klare, kognitiv betonte, emotional wenig angereicherte Stellungnahmen, so wie dies Ulrikes eher nüchterner rationaler Persönlichkeit entspricht. Emotionen zeigt Ulrike öfters in einem inhaltlich eher unpassenden Lachen, das von einer Gruppe von studentischen Auswertern als „unsicher, nach Bestätigung suchend“ bezeichnet wurde. Auch Ulrikes Gesprächsstil, Worte oftmals zu wiederholen, macht den Eindruck von Unsicherheit. Ulrike greift die Worte der Interviewerin immer wieder auf und bestätigt diese mit einem wiederholten zustimmenden „ja“. Es wirkt, als versuche sie, möglichst möglichst nah an der Vorgabe zu bleiben. Dies mag der Grund sein, weshalb das strukturierte Interview Ulrike besser entspricht als das freie Gespräch – die vorgegeben Struktur dürfte ihr entgegenkommen, sie gibt Stabilität, Orientierung und Halt.

Wie lässt sich nun diese spezifische Umgangsweise mit ihren Themen aus dem Blickwinkel der Personalen Existenzanalyse verstehen? Ulrike findet zu Stellungnahmen (PEA 2), jedoch sind diese sehr kognitiv gehalten. Das emotionale Mitschwingen (PEA 1) ist nicht durch Verstrickungen oder Belastungen gekennzeichnet. Ulrike kennt sich aus in ihren Gefühlen und leidet nicht an ihnen. Jedoch erscheint es, dass Ulrikes Mitschwingen von einer Nüchternheit gekennzeichnet ist – die Gefühle wirken wie „leichtgewichtig“ und wenig „geerdet“, so als ob sie die Gefühle mehr als Gedanken und weniger als körperliche Empfindungen erfährt. Diese quasi „schmale“ Fundierung der Emotionalität könnte man als Charakteristikum einer Grundangst-Störung betrachten. Die Grafik (Abbildung 6) veranschaulicht die Schwäche der quasi „verkürzten“ Basis-Linie in der PEA (mangelnde Selbst-

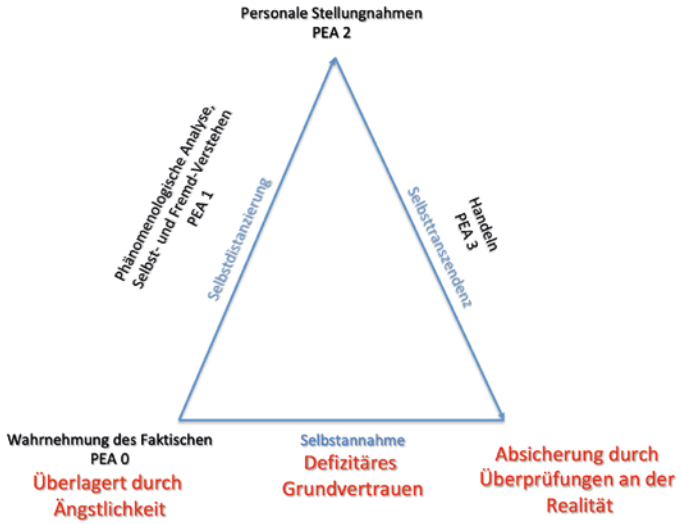

Abbildung 6: Defizitäre Ausgangslage bei Ulrike (Grundangst-Störung) aus Perspektive der PEA

annahme durch defizitäres Grundvertrauen). Daraus resultiert eine insgesamt „schlecht abgestützte" PEA, mit dem „Schwerpunkt" zu stark in der Kognition. Sowohl PEA 1 als auch PEA 2 gelingen zwar, jedoch ist das Wahrnehmen (PEA 0) von Ängsten eingeschränkt. Das Handeln (PEA 3) ist unfrei, da für Realitäts-Prüfungen im Sinne von Absicherungen funktionalisiert. Dies ergibt das klinische Bild einer Grundangst-Störung.

Die Therapie setzte dem entsprechend beim Fokussieren der Wahrnehmung – auf Basis einer annehmenden, stützenden therapeutischen Beziehung, wodurch sie erfuhr, dass sie die Angst aushalten konnte – und beim übenden Handeln sowohl im Alltag als auch in der Imagination an. Insgesamt wurde an der „Verbreiterung der ontologischen Basis" gearbeitet.

Eine weitere Passage erschließt sich vor allem aus der phänomenologischen Betrachtung. Dazu sollen vorerst folgende Informationen zu Ulrikes Lebenssituation gegeben werden: Ulrike ist Innenarchitektin wie ihr Mann und hat in den letzten Jahren neben der Aufgabe als Mutter bei ihrem Mann in der Firma mitgeholfen.
Ulrike spricht über die Entstehung ihrer Ängste:

> U: *„**Die Einsamkeit**, also, ja, **wenn ich schon Jahre** (lacht) **zuhause sitze**. ... Weil es mir vor Augen hält, ich habe mich nicht weiterentwickelt, ich bin eine Hausfrau, o.k. ich bin für mein Kind da, das wollte ich ja. ... ich bin halt in der Entwicklung stehen geblieben. ... das hat mich fertiggemacht ... **Oh mein Gott. Jahre, jetzt so viele Jahre zu Hause.**"*

Im Heben des phänomenalen Gehalts wird eine **tiefe Erschütterung** spürbar (vor allem aus den Worten „Oh mein Gott" und aus dem Tonfall) – eine **Erschütterung, zu wenig gelebt zu haben**. Das Lachen passt auf den ersten Blick nicht zur Erschütterung. Es ist ein **abschwächendes Lachen**[6], das die Wucht der Erkenntnis etwas abzumildern und tragbar zu machen vermag.
Dann folgt wieder eine kognitive Erklärung zur Entstehung der Ängste. In der Betonung der Worte „gar nichts" liegt ein erstes, zaghaftes emotionales Sich-Aufbäumen:

> *„[In der Familie ist] mir ja eigentlich **nicht zu viel zugetraut worden** ... da habe ich eigentlich nie selber kämpfen müssen ... Und die Ängste sind auch daraus entstanden, dass die Mutter, die einem immer das eingeredet hat, ihre Angst vor [Krankheiten]. Sie hat ja Krebs gehabt und hat ja nie darüber geredet. Und **daraus [sind] auch meine Ängste vor Krankheiten entstanden**, weil ja in der Familie nichts besprochen wurde. Gar nichts."*

In der Erschütterung und im Sich-Aufbäumen kommt sich Ulrike näher, sie lässt sich auf ihre Gefühle ein und kommt damit zu Stellungnahmen, die in der Emotion gegründet sind und damit robuster gegen Anflutungen von Ängsten.
Eine weitere wichtige Veränderung ist Ulrikes gelassenerer Umgang mit ihrer chronischen Erkrankung Multiple Sklerose – hier könnte der wesentliche Auslöser für die starke Angstsymptomatik zu Therapiebeginn gelegen sein. Hier wechselt die Fragestellung zu „**Was hat sich verändert?**"
Die wichtigste Veränderung: Die Therapie hat ihr ermöglicht, in eine Distanz zur **Angst vor der MS zu kommen** und andere Ursachen für ihre Symptome zuzulassen. Die

[6] Die Bedeutung des Lachens wurde in einer Reflexion mit Studenten des Masterstudiums „Existenzanalyse" intersubjektiv abgesichert.

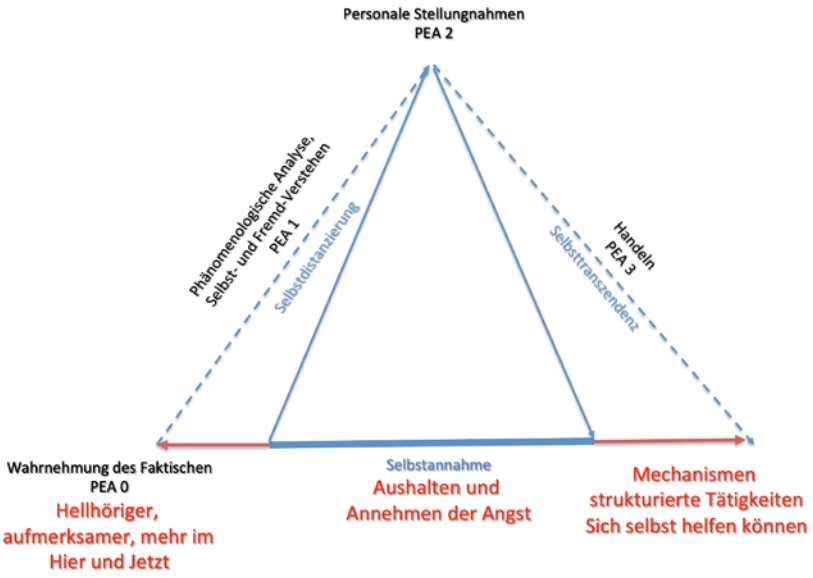

Abbildung 7: Verbreiterung der ontologischen Basis durch Therapie der 1. GM bei Ulrike

folgende Passage erwies sich als maßgeblich für das **Verstehen des gesamten Therapieprozesses**. Aus der Analyse des Interviews erwuchs die (induktive) Erkenntnis, dass Ulrikes Angststörung in erster Linie aus der MS-Diagnose resultierte und dass ihre Symptome möglicherweise somatoformer Natur sind – die Diagnose MS muss unter dieser neuen Betrachtungsweise angezweifelt werden. Auf Nachfrage im Anschluss an die Forschungsarbeit berichtete Ulrike, dass eine Ärztin bereits vor Jahren genau diese Vermutung geäußert hatte. Die Forschung hat einen wichtigen Impuls für weitere therapeutische Schritte gegeben und geht hier in die **klinische Methode** über.

Um diesen Schritt nachvollziehen zu können, wird hier eine längere Textpassage wiedergegeben.

> U: „*Noch ein Thema mit der Angst ist diese chronische Erkrankung, die ich habe.* ... *Weil das ist, immer* ***wie so ein Damoklesschwert*** *und immer wieder, wenn ich jemanden im Rollstuhl sehe, denk ich mir ‚oh mein Gott, MS' ... Wenn man eine Erkrankung hat die, wo man nicht weiß wie der Verlauf immer sein könnte, kann ja alles sein. ... Es waren ja auch* ***die Angst-Symptome, sind ja genau dorthin gefahren, wo die MS ihre Symptome hinlegt, also in den Beinen, Taubheitsgefühle, Schwindel****. ... So hat das eigentlich angefangen.*
>
> I: Und wie würden Sie es heute einschätzen? War das eine MS-Symptomatik oder wie sehen Sie das?
>
> *A: Vielleicht, sagen wir, war es ein kleiner Schub. Aber ...* ***das mit diesen körperlichen Symptomen, das waren die Ängste. Weil sie genau dort, Angst vor Rollstuhl, also vor Taubheit und die sind da reingefahren. Also, das glaube ich, hat wirklich meine Psyche gemacht. Da bin ich mir sicher. Vielleicht war es ein Hauch, ein Schub, ich bin nicht sicher. Also rückblickend auf die Jahre, wo ich dann und wann einen Schwindel gehabt habe, waren vielleicht auch Ängste. Also damals, wo das Cortison teilweise gar nicht geholfen hat.***"

Die Veränderung ihrer Einstellung in Bezug auf die MS-Erkrankung ist sicher die stärkste Veränderung im Laufe der Therapie. Insgesamt könnte man sagen, dass Ulrike durch die Therapie ein vertieftes Verständnis für sich selbst entwickelt und **größeren Abstand zu ihren Ängsten** gewonnen hat.

Gänzlich anders verhält es sich bei der nächsten Patientin.

Patientin Gianina (42 Jahre)

Das Interview wurde mit Gianina etwa zwei Jahre nach Therapiebeginn geführt. Anders als bei den beiden anderen Patientinnen wurde die Zweiteilung in freies und strukturiertes Gepräch nicht durchgehalten. Das Vorgehen nach der von Elliott vorgegebenen Struktur erwies sich hier als störend. Während des Gesprächs wurde spontan entschieden, dass Fragen übersprungen wurden, da die Themen im freien Gespräch bereits ausgiebig behandelt worden waren.

Vorerst eine kurze Falldarstellung aus Therapeutinnen-Sicht: Gianina meldete sich nach einem Früh-Abortus in der 7. Woche telefonisch zum Erstgespräch. Sie zeigte Symptome einer mittelschweren depressiven Episode mit somatischem Syndrom. Darüber hinaus wurde eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Wegen meines bevorstehenden Urlaubs entschied Gianina sich nach dem Erstgespräch für eine Aufnahme auf eine Ab-

teilung für innere Medizin, wo sie 14 Tage stationär blieb. Auf Grund einer beginnenden Tranquillizer-Abhängigkeit (die Tranquillizer wurden ihr im KH verordnet) nahm sie danach ambulante Betreuung an einer psychiatrischen Abteilung in Anspruch. Die fortlaufende Psychotherapie begann erst vier Wochen nach dem Erstgespräch.

Gianina litt unter starken depressiven Symptomen – Antriebslosigkeit, intensive Schuldgefühle, Versagensängste, ständiges Grübeln – mit somatischen Begleitsymptomen (Schmerzen im Brustbereich, Kopfschmerzen sowie Nacken- und Rückenschmerzen). In der Nacht plagten sie Albträume. Auf Grund ihrer zeitweise totalen Erschöpfung war sie an manchen Tagen unfähig, aus dem Bett aufzustehen. Sie bekam von der Fachärztin zwar ein Antidepressivum verschrieben, wollte dieses jedoch nicht nehmen, sondern lediglich pflanzliche Präparate. Auf Grund ihres schlechten psychischen Zustands kam Gianina zu Beginn der Therapie auf eigenen Wunsch mehrmals wöchentlich, manchmal 2–3x/Woche. Die Therapie-Intervalle wurden allmählich auf eine Sitzung pro Woche reduziert. Gianina war für ein halbes Schuljahr nicht arbeitsfähig als Lehrerin, danach mit einer halben Lehrverpflichtung. Das erste halbe Jahr war vor allem dem Annehmen ihrer Erschöpfung und Schwäche und dem Sammeln der Kräfte gewidmet. Psychoedukation zum Thema „Trauma“ und Trauma-Reaktion sollte ihr ermöglichen, ihren Zustand besser zu verstehen. Der weitere Therapieverlauf war der Bearbeitung der biographischen Verletzungen und dem Erarbeiten von Selbstfürsorge gewidmet. Dies führte zu einem (Wieder-)Entdecken von Lebendigkeit. Dieser Abschnitt der Therapie dauerte ca. ein Jahr. In der Schlussphase, die sich wiederum fast über ein Jahr erstreckte, ging es um ihre verstärkte Abgrenzung und Positionierung gegenüber Berufskollegen und innerhalb der Partnerschaft. Schließlich konnte sie den Wunsch nach einem leiblichen Kind loslassen und sich gemeinsam mit ihrem Mann zum Beginn eines Adoptionsprozesses entschließen.

Am Beginn und am Ende der Therapie wurden Gianina einige Selbsteinschätzungs-Fragebögen vorgelegt. Gianina erlebte subjektiv eine sehr deutliche Verringerung von Ängstlichkeit, von phobischen Ängsten und Somatisierung, weiters eine starke Abnahme von Depressivität und Zwanghaftigkeit. Die personal-existentiellen Kompetenzen sind im Bereich Selbstdistanzierung besonders stark und in den Bereichen Selbsttranszendenz und Verantwortung immerhin deutlich gestiegen (siehe Abbildung 8).

Therapiewirkungen aus Patientinnen-Sicht

Gianinas Antworten sind inhaltlich nicht so klar und eindeutig wie bei der vorigen Patientin Ulrike.

Die im Folgenden genannten **hilfreichen Veränderungen durch die Therapie** sind das Ergebnis einer hermeneutisch-phänomenologischen Verdichtung, bezogen

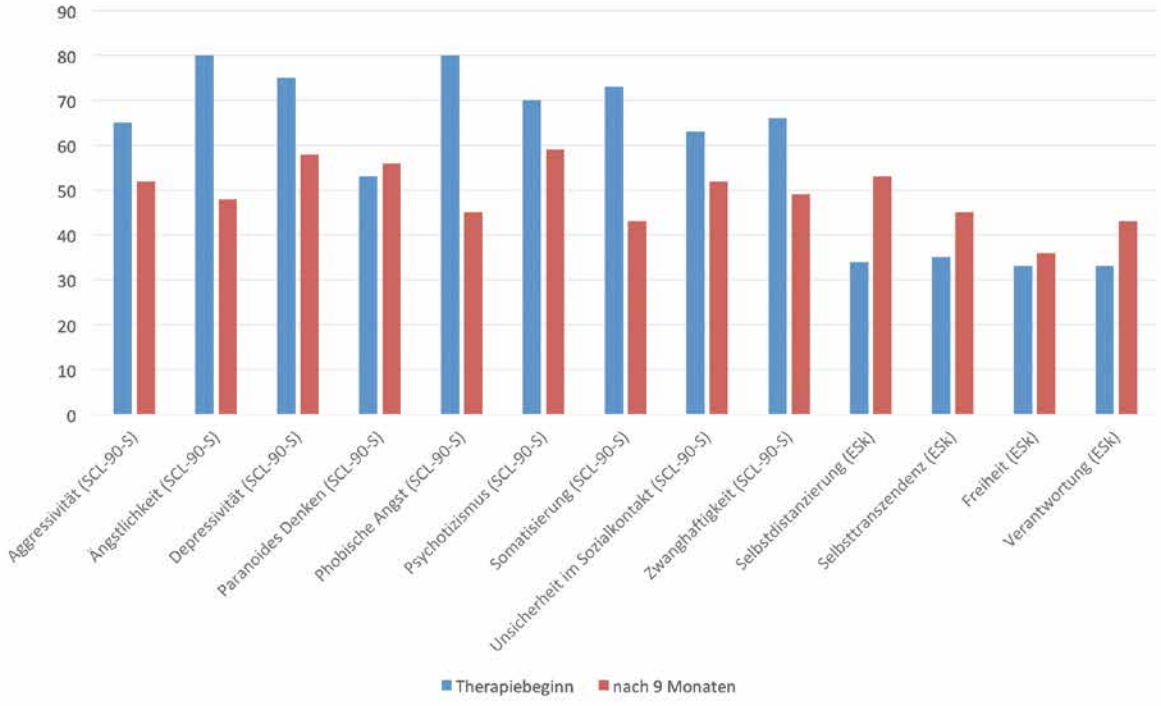

Abbildung 8: Symptombelastung (SCL-90-R, Franke 2014) und Personalität/Existenzialität (ESk, Längle et al. 2000) bei Patientin Gianina (Angaben in T-Werten, MW=50)

auf den Inhalt von Gianinas Aussagen.[7]

- das **Ankommen** in der Therapie, Boden unter den Füßen und eine gewisse Ruhe zu bekommen („*körperlich war mir so schlecht, ich konnte einfach nicht aufstehen, und dann habe ich mich alleine entschieden, … ich suche jemanden … ich hatte Glück, dass das gepasst hat … dann bin ich hier gelandet … Ich hatte das Gefühl, dass ich nichts Festes unter meinen Beinen, meinen Füßen habe. Ich hab aber nicht gewusst oder geglaubt, oder ich habe keine Ahnung gehabt, ob das mir helfen wird oder nicht, aber das war meine letzte Lösung sozusagen. Ja. Und so bin ich da angekommen und ich erinnere mich an jedes Detail im Zimmer und so aber auch, dass bei mir nichts stimmte. Das kann ich mich erinnern… Trotzdem habe ich eine gewisse Ruhe bekommen.*“)

- **Halt und Stütze** durch die regelmäßigen Termine in der Anfangszeit („*Wenn mir so schlecht war, dann haben wir zwei und manchmal drei Termine die Woche gehabt. Jetzt, wenn ich hier hineinschaue, ich denke mir, es war jeder Termin für mich wie ein Stützpunkt.*“)

- das **Verstehen** des eigenen Zustandes („*Und was mir noch immer geholfen hat, das war das Verstehen von was mit mir passiert.*“)

- **das Beantworten von Fragen** und die gegebenen **Erklärungen** („*Und dann ich hatte auch wieder Glück, dass Sie haben mir immer wieder geantwortet, obwohl meine Fragen wahrscheinlich immer wiederholt waren, und Sie haben mir auch bestimmte Erklärungen gegeben*“)

- das **Verstehen** anderer Personen, die sie verletzt haben („*Und natürlich hab ich als Stützpunkt für meine eigene… wie soll ich.. meine eigene… mein eigenes Verstehen habe ich dann natürlich mir erklären können, was passiert mit den Menschen, die mich verletzt haben in meiner Umgebung, dann konnte ich anders akzeptieren – obwohl, wahrscheinlich ist das nicht ganz akzeptieren, aber anders akzeptieren durch Verstehen.*“)

- ein anderes **Verständnis für ihre Bezugspersonen** („*Ich schaue anders an meine Schüler, meinen Mann, meine Welt – meine ganze Welt hat sich ein bisschen geändert, weil ich ein anderes Verstehen bekommen habe.*“)
- das **Verstehen** der eigenen Verletzungen, das sie zu einem anderen Umgang mit sich selbst brachte („*Dadurch bin ich ein bisschen eine andere… bin ich zurück zu mir gekommen, weil ich dann die Verletzungen gesehen habe, die Ursachen gesehen habe, dann kann ich mit mir ein bisschen anders umgehen … Also bei mir bleiben ist mir jetzt das Wichtigste.*“)

- ein **Verstehen** nicht nur mit dem Kopf, sondern **mit dem Gefühl** („*Ich freue mich, dass ich eine andere Logik bekommen habe … Das ist nicht so: jetzt hab ich verstanden; das ist nicht so einfach. … jetzt hab ich verstanden und jetzt reagier ich so und das war‘s – nein. Es ist, das sieht man, es ist ein Prozess, nicht nur verstehen, sondern gleichzeitig reif werden in diesem Verstehen und klarer werden, weil es ist nicht immer klar.*“) – auf das Verstehen als ein zentrales Wirkelement wird weiter unten eingegangen

- sich **Zeit** für sich zu nehmen, sich zu entspannen und Pausen zu gönnen, bis sie sich wirklich gut fühlt („*bis jetzt hab ich nie aufgehört. In allem – nie aufgehört. Jetzt höre ich einfach auf. … Es geht nicht mehr, es ist alles zu, es ist Pause. Und ich gebe mir so viel, bis dass die Pause weg ist. … ich lasse so weit, dass ich mich kuriere oder dass ich mich entspanne, bis das am Ende ist. Ich mache keinen Stress, das mach ich mir nicht mehr.*“)

- mehr **Fröhlichkeit**, mehr **Genießen** („*Es ist mir bis heute im Hinterkopf geblieben, wenn mir ganz schlecht war und Sie haben gesagt: du sollst machen, was du magst, das tut dir gut! Und ich habe nicht gewusst, was ich mag. Wahrscheinlich war das ein Höhepunkt. Jetzt habe ich mich wieder erinnert Gott-sei-Dank und ich mag sehr Vieles – und das mach ich, das erlaub ich mir. Mit Freundinnen Urlaub zu machen, ohne schlechtes Gewissen… ich weiß es nicht… was ich mag, das nehme ich für mich – und das ist schon eine Änderung, das hab ich nicht gemacht. Ich mach mir selber Geschenke und das hab ich auch anders mal gemacht, aber jetzt ist es mehr. Jetzt genieße ich das besser…*“)

- sie erfüllte sich einen **Wunsch seit Kindertagen** und nahm sich eine **Katze** („*Ich hab nicht gewusst, wie weit der Horizont, der seelische Horizont einer Katze machen kann; Ich bin weiter erstaunt, wie das weiter… aber es ist wunderbar das zu entdecken! Ich habe nicht gewusst… und ich durfte das nie als Kind haben. Jetzt hab ich mir das erlaubt, aber nicht weil… wahrscheinlich auch wegen Kindheit, aber das*

[7] Auch in diesem Fall wurde eine kritische Überprüfung mit der HSCE-Methode nach Elliott durchgeführt.

glaub ich nicht unbedingt so – ich habe mir einfach gewünscht, mit Angst vielleicht, dass ich das nicht schaffe… aber sie hat uns reich gemacht. Das heißt reich: eine Katze und ein Leben zusammen mit einer Katze macht reich.“)

- die **Beziehung** zu ihrem Mann hat sich verstärkt („*Meine Beziehung hat sich verstärkt. Das hätte ich ehrlich gesagt nicht geglaubt. … Eine Zeit lang hat es nicht so ausgeschaut, das möchte ich auch sagen. Ich glaube nicht an diese ewigen Beziehungen… also ich kann grundsätzlich das nicht glauben, dass das… leider habe ich diesen Optimismus oder Naivität nicht, ja, und dass kann reif werden und sich entwickeln so zusammen oder getrennt, aber ich glaube, kein Weg ist schlechter oder besser als der andere. Kann werden… Also in diesem Fall – und bis jetzt – hat es sich ein bisschen geändert und gestärkt, aber das ist durch meine eigene Stabilität*“)

- beim Thema „Migration“ hat sich etwas verbessert, das Thema ist aber noch nicht abgeschlossen („*Was ich noch brauchen würde… es ist … das Thema ‚Ausland‘ und das Thema ‚Migration‘… das hat sich auch verbessert, muss ich schon sagen, aber ich glaube, es ist noch nicht am Ende… und in einer anderen Gesellschaft sich besser zu verwurzeln, das ist schon ein Thema, das mich getroffen hat… man redet über den Komplex des ‚Ostmenschens‘ … ich habe auch diesen Komplex, der Mensch, der aus dem Osten kommt … Das würd ich gern irgendwie verbessern oder damit besser umgehen können.*“)

- durch das Hinschauen auf ihre Mutterbeziehung in der Kindheit, das auch schmerzlich war, ist etwas heil geworden („*Jetzt weiß ich, dass in der Therapie das Thema ‚Mama‘ sehr wichtig war, nicht theoretisch, sondern dass ich das durchgelebt habe [lacht]…überlebt habe, ja! Das war schon sehr heftig für mich … und eine Welt ist gefallen, plötzlich gefallen und das hat sehr, sehr wehgetan. Und ich wollte meine Mutter schimpfen und alles und alles und hab nie geglaubt, dass ich werde wieder so eine ruhige Beziehung zu meiner Mutter… aus meiner Sicht, ja, aus meiner Richtung, ja, weil meine Mama versteht das nicht oder nicht so wie ich. Dann ist die Welt komplett gefallen und das war extrem schwer, aber das war ein bekannter Schmerz, aber nur hab‘ ich nicht gewusst, was ist. … I: Wäre es besser gewesen, das wäre nicht passiert? G: Nein, das wäre nicht besser gewesen. Es gibt nur diese einzige Antwort. Es wäre nicht besser gewesen. Ich hab‘ das Gefühl, dass sich irgendwo etwas gekehrt, sich etwas saniert hat.*“)

- das Vertrauen in die Therapie war wichtig („*Das war sehr viel Vertrauen, aber ich sage Ihnen, ich kann bis heute mir… also jetzt im Nachhinein… dieses Vertrauen steigt. Es ist fest, es ist stabil, es ist sehr… aber damals… ich bin erstaunt, wie viel Vertrauen ich gehabt habe, ja. Ich hab‘ das nicht… es war mir nicht bewusst oder nicht… ich weiß es nicht… hat einfach gut funktioniert und deswegen vielleicht auch sofort Vertrauen.*“)

Auf die Wirkelemente konkret angesprochen („**Was hat geholfen?**“), nennt Gianina folgende:

- die Therapeutin als **Spezialistin** („*Sie haben als Spezialistin das Passende für mich gefunden, also für mein Thema.*“)

- die **Passung** mit der Therapeutin als Mensch („*Ich glaube ganz stark, dass das gepasst hat. … es ist wie in Liebe: wenn du einen Mann magst, dann magst du ihn, wenn nicht, dann magst du ihn nicht… ich glaube bei dem Therapeut ist das genauso … Sie haben mir auch weiter was vermittelt, was ist in meiner Sprache, in meiner inneren Sprache. … und das ist gut in Resonanz mit mir gekommen*“)

- der **Baum** im Therapiezimmer, ein Ficus Benjamin („*Ich weiß nicht, ob ein Baum eine Methode ist… Sie haben eigentlich mich konfrontiert mit mir, immer wenn ich diesen Baum gesehen habe*“)

- dass es keinen vorgegebenen Plan, kein Rezept gegeben hat, die **menschliche Dimension** („*das ist mir ganz wichtig, dass hier… es gibt keinen vorgegebenen Plan. Das ist mir wichtig! Ich erinnere mich, ich habe irgendwo einen Korb gesehen, mit Steinen, mit schönen Wörtern auf den Steinen, ich habe irgendwo Therapie gehabt, ja – ich könnte mir sowas bei Ihnen nicht vorstellen [lacht]… Also, dass es hier keine Rezepte gibt. Das kann ich sehr gut schätzen, das würde ich immer weiterempfehlen. … Es wird genau wie das Leben. Ich würde… also, ich würde sagen, dass die Therapeutin … ist ein Mensch, wie (es) gehört. Es ist menschlich. Sie ist dort nicht in der… sie ist in der Praxis, natürlich, sie ist in der Arbeit, natürlich… aber es gibt noch die menschliche Dimension.*“)

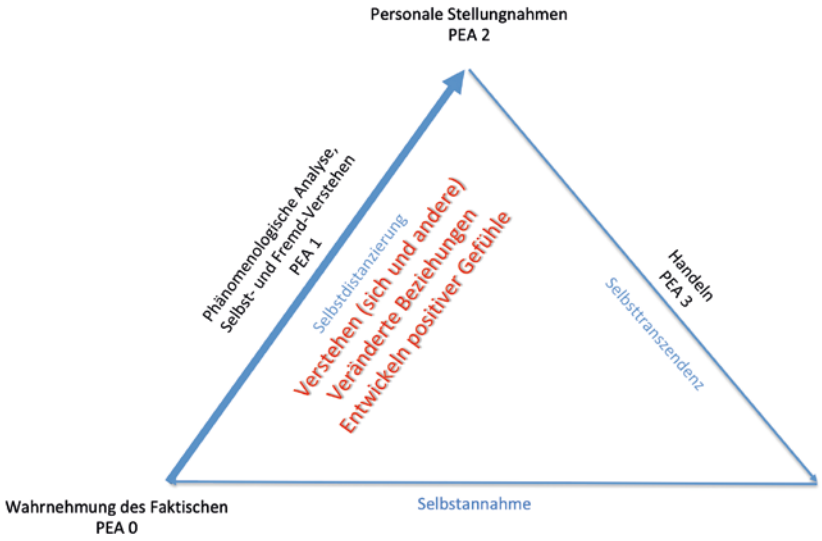

Abbildung 9: Wirkelemente bei Gianina (Therapie der 2. GM) aus Perspektive der PEA

Wirkelemente aus dem Blickwinkel der Personalen Existenzanalyse (PEA) und der Grundmotivationen (GM)

Die von Gianina im Rückblick **inhaltlich geäußerten Themen** beziehen sich auf das **Entwickeln positiver Gefühle** (Fröhlichkeit, Genießen), auf **veränderte Beziehungen** und auf das **Verstehen von sich selbst sowie von anderen Menschen**.

Es lässt sich herausarbeiten, dass Gianina in der Therapie **Verständnis, Zeit und menschliche Nähe** (die zentralen Themen der 2. Grundmotivation) erfuhr – über die **therapeutische Beziehung** konnte der Keim einer liebevollen Beziehung zu sich selbst aufgehen, wachsen und sich entfalten. Der Schwerpunkt der Therapie lag insgesamt in der Stärkung ihrer Defizite der 2. Grundmotivation (siehe Abbildung 9).

Im freien Gespräch schildert Gianina die Therapie als einen **Prozess des Selbst- bzw. Fremdverstehens** in Bezug auf ihr Leiden, auf ihre Biographie und auf die Beziehungen zu anderen Menschen. Dieser Prozess hatte Auswirkungen auf das Finden von Klarheit und einer klaren Stellungnahme bezüglich des Themas „unerfüllter Kinderwunsch“ und ermöglichte ihr erste Schritte im Handeln. Somit werden hier auch die Auswirkungen der Therapie auf ihr Leben als eigenständiges Wirkelement sichtbar (siehe Abbildung 10).

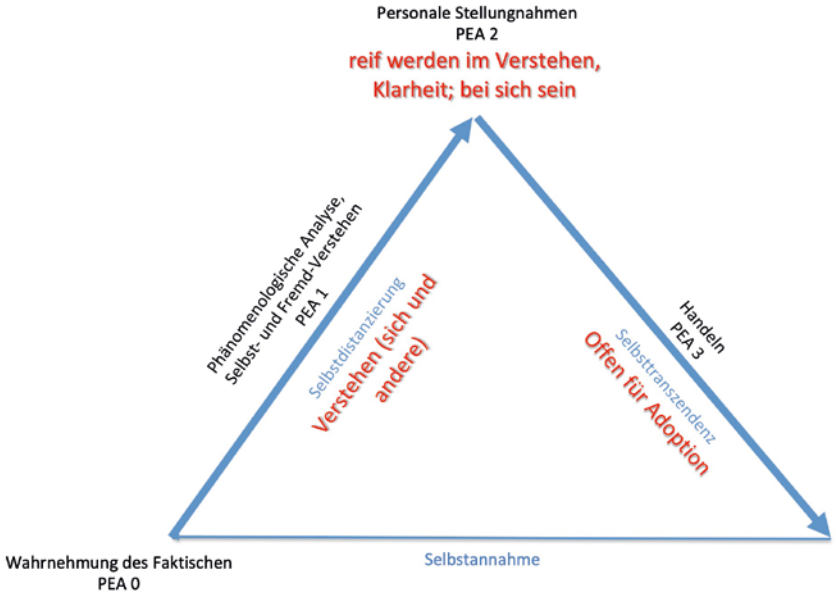

Abbildung 10: Veränderungen und Auswirkungen der Therapie bei Gianina aus Perspektive der PEA

Heben des phänomenalen Gehalts

Schauen wir mit einem hermeneutisch-phänomenologischen Blick auf die Prozessmerkmale des Interviews selbst, zeigt sich folgendes Muster: Gianina erzählt ihre Geschichte, und zwar in einem Wechselschritt von Schilderungen des Erlebens in Form einer recht emotional getönten Erzählung mit darauffolgender Stellungnahme aus heutiger Sicht.

Erzählung: „*Ich habe gemerkt, dass sich bei mir sehr viele Sachen gesammelt haben, … ich war in einer wirklich sehr komplizierten Verzweiflung und dann hab' ich nicht mehr gewusst, was ich mit mir machen soll. … körperlich ging es mir so schlecht, ich konnte einfach nicht aufstehen … ich habe gesagt, ich suche jemanden – obwohl, das habe ich nur intuitiv gemacht*."

Stellungnahme: „*Ich hatte Glück, dass das gepasst hat, weil das wäre möglich anders gewesen, glaub ich. … Ich habe keine Ahnung gehabt, ob das mir helfen wird oder nicht, aber das war meine letzte Lösung sozusagen.*"

Dann folgt wieder einer Schilderung des Erlebens: „*Ja. Und so bin ich da angekommen und ich erinnere mich an jedes Detail im Zimmer und so aber auch, dass bei mir nichts stimmte. Das kann ich mich erinnern… Trotzdem habe ich eine gewisse Ruhe bekommen.*"

Und auch bei der nächsten Passage – zuerst eine Schilderung des real Erlebten: „*Wir haben im Herbst angefangen, genau. Im Herbst haben wir angefangen, aber ich hab' wieder eine Panik bekommen und dann bin ich das zweite Mal ins Spital gegangen.*"

Und gleich darauf eine Stellungnahme aus heutiger Sicht: *„Also heute …wenn ich mich heute seh', wenn es mir so schlecht ginge – das wünsch ich nicht mehr – ich könnte das zusammen mit Ihnen anders erledigen und nicht mehr dann ins Spital. Ja. Also das weiß ich sicher jetzt."*

So geht es weiter. Erlebnisschilderung: „*Wenn mir so schlecht ging, dann haben wir zwei und manchmal drei Termine die Woche gehabt.*"

Stellungnahme: „*Jetzt, wenn ich hier hineinschaue, ich denke mir, es war jeder Termin für mich wie ein Stützpunkt.*"

Dieses Muster des Sprechens zeigt, dass sie noch mit dem Finden einer Stellungnahme beschäftigt ist. In Begriffen der Personalen Existenzanalyse bewegt sie sich zwischen PEA 1 und PEA 2. Dementsprechend ist die von ihr erlebte stärkste Veränderung durch die Therapie das **verbesserte Selbst- und Fremdverstehen** (Abschluss von PEA 1, Übergang zu PEA 2). Die folgende Passage zeigt, wie Gianina an einem Punkt um das Verstehen ringt:

> G: „*Und was mir noch immer geholfen hat, das war das Verstehen von was mit mir passiert. Obsessiv kommen mir bis heute Fragen ‚Wieso ist das? Wieso ist das passiert? Was ist eigentlich? Was war das?' Also das kommt immer wieder. Ich brauche das, … immer mehr Klarheit – wahrscheinlich, wenn man das Gehirn versteht, dann kann ich das besser akzeptieren. Das Akzeptieren ist das Schwierigste an dieser Geschichte für mich. Das Akzeptieren und das Verstehen.*"
>
> I: Wollen Sie da etwas davon auch sagen, wie Sie das verstanden haben?
>
> G: „*Zuerst möchte ich sagen, es ist mir weiter nicht klar, was das war. Wenn ich das nicht akzeptiere, dann nenne ich für mich ‚Burnout'. … Und dazu kam noch eine Frage, die ich nicht gewusst habe bis heute: was wirklich ein Trauma ist. Und jetzt ist mir klarer geworden, was ein Trauma ist bzw. eine sehr schwere Verletzung … [das hat] Depressionen generiert – Verletzungen von früher – und die entwickeln einen Stau irgendwo hinein und einmal kommt ein Grund oder ein bestimmter Moment, wenn mehrere Gefühle, die eingefroren sind und die in einem Stau waren in einer…*
>
> I: Erstarrung …
>
> *G: „Genau"*
>
> I: …durch die Erstarrung der Trauer…
>
> *G: „und was ich noch weiter verstehe, ist, dass es keine Menschen ohne Traumata gibt, … und auch in unserer Umgebung, auch meine Mama… dann konnte ich natürlich meine Erfahrungen anders interpretieren, wenn ich verstanden habe, was mit mir passiert ist. Und natürlich hab ich als Stützpunkt für … mein eigenes Verstehen … mir erklären können, was passiert mit den Menschen, die mich verletzt haben in meiner Umgebung, dann konnte ich anders akzeptieren – obwohl, wahrscheinlich ist das nicht ganz akzeptieren, aber anders akzeptieren durch Verstehen. … ich schaue anders auf meine Schüler, meinen Mann, meine Welt – meine ganze Welt hat sich ein bisschen geändert, weil ich ein anderes Verstehen bekommen habe. Natürlich ist das nicht die höchste Wahrheit und hat keinen wissenschaftlichen Wert, aber für mich ist wichtig, dass ich glaube, dass es so funktioniert. … dadurch bin ich ein bisschen eine andere… bin ich zurück zu mir gekommen, weil ich dann die Verletzungen gesehen habe, die Ursachen gesehen habe, dann kann ich mit mir ein bisschen anders umgehen … Also bei mir bleiben ist mir jetzt das Wichtigste. … Es ist eine sehr starke Veränderung und ich freue mich, dass ich eine andere Logik bekommen habe. Eigentlich diese Erfahrung war sehr schwer, aber ich habe davon sehr viel… möchte ich nicht ‚gelernt' sagen, aber sehr viel genommen für mich. Und auch für die anderen!*
>
> I: Also ein Verstehen, wie Ihre Gefühle, womit sie zusammenhängen, Ihre Befindlichkeiten zusammenhängen und auch ein anderer Umgang, sagen Sie – sich selbst ins Zentrum zu stellen, sich wichtiger zu nehmen.

Abbildung 11: Defizite in der 2. Grundmotivation bei Gianina aus Perspektive der PEA

> *G: „Ja. Das ist sehr wichtig, das vergess' ich natürlich immer wieder… und wie soll ich sagen? Das ist nicht so: jetzt hab' ich verstanden; das ist nicht so einfach. Das ist nicht so einfach: jetzt hab ich verstanden und jetzt reagier ich so und das war's – nein. Es ist, das sieht man, es ist ein Prozess nicht nur verstehen sondern, gleichzeitig* ***reif werden in diesem Verstehen und klarer werden****, weil es ist nicht immer klar."*
>
> I: Es ist kein reines Verstehen im Kopf…
>
> *G: „Ja genau, genau"*
>
> I: …sondern ein gefühltes…
>
> *G: „sowas"*
>
> I: …ein Verständnis nach innen eigentlich, wenn Sie mir das so beschreiben
>
> *G: „Ja, ja. Und deswegen bin ich sehr offen geworden zum Thema… sehr offen… [dass wir, mein Mann und ich ein Kind adoptieren wollen]"*

Vor dem Hintergrund des existenzanalytischen Strukturmodells betrachtet, bringt Gianina Defizite in der zweiten Grundmotivation in die Therapie mit. Auf die Interview-Frage „Wie würden Sie sich selbst beschreiben?" nennt sie als erstes ihre „zu große Empathie", die sie oft in Schwierigkeiten bringt. Die akut unbewältigbare Trauer über den Verlust des Kindes, die unerfüllte Sehnsucht nach Nähe und Wärme bei der Mutter, später in der Fremde, ohne tiefere Beziehung am Arbeitsplatz im „Speckgürtel" Wiens, wo sie als „Ausländerin" oft distanziert und abwertend behandelt wird – diese vielfältigen Zurückweisungen werden gerade bei dieser sehr warmherzigen, Empathie-begabten Frau dazu beigetragen haben, dass sie depressiv geworden ist. Und so war es für den Therapieerfolg entscheidend, dass die Therapeutin Gianina in einer Haltung des empathischen Mitschwingens und der emotionalen Zuwendung begegnet ist. Diese Beziehungserfahrung dürfte dazu geführt haben, dass Gianinas Gefühle wieder ins Schwingen kommen konnten – die Voraussetzung dafür, dass sie ein besseres Selbst- und Fremdverstehen entwickeln konnte. So gelang ihr zunehmend die emotionale Aufarbeitung der Verluste – mit Hilfe ihrer wiedererlangten Fähigkeit zu fühlen und zu trauern. Dieser Prozess entspricht den Konzepten einer Therapie mit Schwerpunkt in der zweiten Grundmotivation. Anders als bei Ulrike wurden kaum konkrete Übungen durchgeführt oder Alltagshandlungen vorbesprochen. Kompetenzen in den Bereichen PEA 2 bringt sie zur Genüge selbst mit, ihre Selbsttranszendenz ist überdurchschnittlich ausgeprägt (vgl. auch die Testergebnisse). Auch PEA 0 ist nicht ihr Problem. Sie nimmt die Realität gut wahr, ist geradezu eine Realistin. Dies zeigt sich zum Beispiel in der recht unromantischen Einschätzung von Paarbeziehungen allgemein. In erster Linie ist ihre Fähigkeit zur Selbstdistanzierung beeinträchtigt[8]. Sie ist zu Beginn der Therapie in einem Zustand eines emotionalen Verstrickt-Seins und Belastet-Seins durch Schuldgefühle (die vorerst nur körperlich wahrgenommen werden). Dies wirkt sich auf den gesamten PEA-Prozess aus. Abbildung 11 veranschaulicht die „Schieflage" durch das nur mangelhaft erlebte emotionale Mitschwingen. Die Stellungnahme ist geprägt von sozialen Normen und einer Leistungsorientierung, da der eigene Wert als Person zu wenig gefühlt werden kann („Zuwendung über Leistung verdienen"). Dies ergibt das klinische Bild einer Depression.

Durch die Therapie entwickelte Gianina vorerst ein Verstehen, gelangte auf diesem Weg der emotionalen Klärung zu einer Stellungnahme und wurde entschieden und offen für das Handeln (siehe Abbildung 12).

[8] Die Testwerte in der Existenzskala sind – im Vergleich zur Symptomliste – generell nieder, was auch am Messinstrument liegen mag. Innerhalb der Existenzskala zeigte die Selbsttranszendenz jedoch den höchsten Wert an.

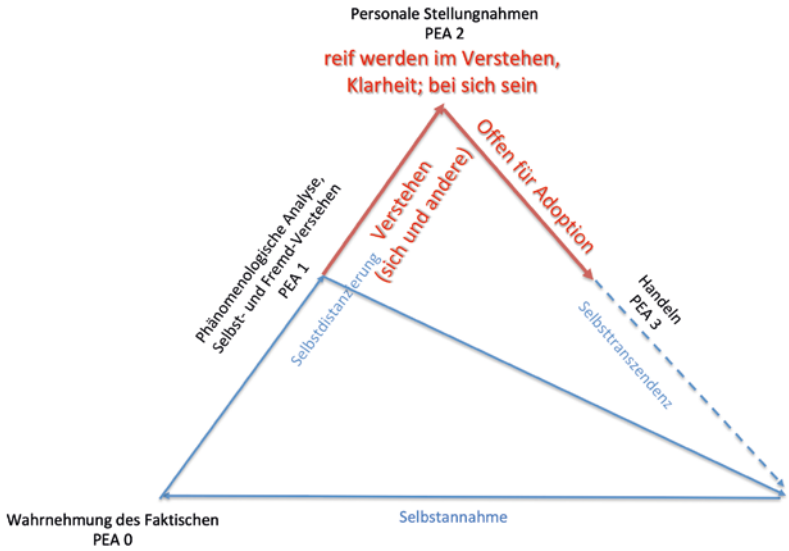

Abbildung 12: Emotionale Klärung durch Therapie der 2. Grundmotivation bei Gianina

Patientin Paula (21 Jahre)

Über Paula wurde an zwei Stellen ausführlich berichtet (Görtz 2016a, 2016b). Bei ihr ging es um die Aufarbeitung eines Aktual-Traumas der Vergewaltigung im Alter von 19 Jahren, das zum Zeitpunkt des Therapiebeginns ein Jahr zurücklag.
Bei Paula wurden keine Selbsteinschätzungs-Fragebögen vorgegeben. Das Interview wurde wie bei Ulrike in zwei Teilen durchgeführt, beginnend mit einem freien Rückblick, gefolgt vom Change Interview nach Elliott.

Therapiewirkungen aus Patientinnen-Sicht

- Raum in Form der **persönlich verankerten Selbstbestimmung**, **Abgrenzung** zum Schutz der verletzten Grenzen („*Mir war auch wichtig, dass ich online hab nachschauen können, wer ist das, wo geh ich hin. So ein bisschen die Person kennenlernen, mit der man dann so viel teilt. Und dann war's auch gut, dass ich nicht anrufen musste und irgendetwas erklären, sondern ein email schreiben konnte. Das hat es viel leichter gemacht. … Dann hat's mir begonnen zu gefallen, weil ich bemerkt hab, dass ich nichts machen muss, über nichts reden muss, was ich nicht reden will. Wenn ich will, dann geht's, wenn nicht, dann kann ich über's Wetter reden, und das war sehr angenehm. … Nach dem Übergriff hatte ich das Bedürfnis, mir alles sehr genau einzuteilen. Besonders am Anfang war das so: Am liebsten hätte ich auf die Sekunde genau gewusst, was wann passiert. Mit der Zeit hat das dann nachgelassen – aber es war mir sehr wichtig, dass keiner mehr über mich bestimmt, dass es meine Entscheidung ist.*" Im weiteren Gesprächsverlauf, auf die Frage nach Wendepunkten in der Therapie: „*Ein wichtiger Schritt war auf jeden Fall, in die Therapie zu kommen. Dass ich gesagt habe, jetzt bin ich so weit, dass ich bereit bin, über alles zu reden oder zumindest irgendwann – jetzt beginn ich damit, aufzumachen und jemand Fremden an mich heranzulassen, das war sehr schwierig. Ich war dann an einem Punkt, da hätte ich's auch nicht getan für die Mama. Weil der Mama war das eigentlich sehr wichtig. Ich hab' gewusst, es tät ihr besser gehen, wenn ich in Therapie bin. Aber ich wollt ihr das nicht geben, denn ich hab' ihr schon alles gegeben, was ich konnte, nämlich dass ich weiterlebe. Aber wie ich weiterlebe, ist jetzt meine Entscheidung. Und das hat ihr natürlich wehgetan.*")

- das In-den-Dialog-Kommen, der **innere Dialog** mit sich selbst (I: Wenn Sie von heute aus zurückschauen: Was war das, was Ihnen in den Gesprächen geholfen hat? *P: „Ich habe gelernt, mit mir selbst zu sprechen."*) Auffallend ist, wie klar und prägnant Paula den für sie entscheidenden Wirkfaktor angibt.

- **weicher**, **offener** geworden, **ein Sich-selber-Mögen** („*Ich war damals in einem Zustand, wo ich total hart war mir selbst und allen anderen gegenüber. Das Leben hat keinen Spaß mehr gemacht, das Essen hat nicht geschmeckt – ich hab geatmet, weil man muss, einfach so dahinvegetiert. Jetzt erkenn' ich mich selbst nicht mehr wieder vor einem Jahr. Ich bin jetzt ganz anders. Ich bin weicher geworden, offener. Ich hab Freude am Leben, ich esse gerne, ich red' gern. Ich mag mich und das ist gut.")*

- langsam **zu sich finden** („*Was auf jeden Fall geholfen hat, ist langsam den Weg zu mir zu finden.*“)

- das **Einordnen** eigener Themen in eine Art wissenschaftlichen Rahmen („*Ich hab‘ in die Therapie immer so ein, zwei Themen mitgenommen, wo ich mir vorgenommen habe darüber zu sprechen – ich hab erzählt und während der Sitzung haben wir das immer gemeinsam einordnen können. Und bei gewissen Dingen nachforschen, nicht nachbohren. Es war dann immer, wie wenn ich selbst draufgekommen wäre. Obwohl ich‘s zu Beginn allein nicht können hätte. Es hat auch geholfen, das Ganze in eine Art wissenschaftlichen Rahmen zu rücken, das Ganze irgendwie einordnen zu können.*“)

- das gemeinsame **Herausfinden der Umstände des Tathergangs**, die auch ihre **eigene Beteiligung** einschlossen und woraus sie eine neue Stärke entwickelte („*Womit ich zu kämpfen gehabt habe, war, warum hab ich mich nicht gewehrt. Irgendwie so ein Schuldgefühl. Wir haben dann gemeinsam herausfinden können, ich konnte mich nicht wehren. Einerseits weil ich betrunken war, andererseits weil ich psychisch damals nicht in der Lage war, mich zu wehren. Das haben wir einfach gemeinsam herausgefunden … Wir haben auch nicht nur herausgefunden, warum das war, sondern auch, was ich tun kann – nämlich dass ich stark werde, dass ich einen guten Draht zum Leben zurück finde. Und dass ich einfach gerne lebe. Das ist einfach die Lösung dafür: dass ich mein Leben wieder gernhabe. Ich glaub heute, das könnte nicht mehr so passieren. Einerseits bin ich körperlich wieder stärker, weil ich mich gern beweg‘ und mich wieder trau, Bewegung zu machen und meinen Körper zu spüren. Und andererseits auch, weil ich psychisch einfach stark geworden bin. Ich hab‘ jetzt einfach in mir eine Stärke gefunden, ein Licht gefunden und ich würde auch das, was ich jetzt hab, nicht mehr so bereitwillig aufgeben.*“)

- **Freude** am Leben, Buntheit im Gegensatz zum Grau von früher (I: Was ist heute anders geworden? *P: … ich steh jeden Morgen auf und bin einfach total zufrieden und glücklich. Das Leben ist auf einmal bunter und wie wenn es besser schmecken würde. Ich genieß jetzt einfach viel mehr, ich hab‘ die Lust am Leben wieder entdeckt. Früher war alles so grau, irgendwie nur eine Last. Es hat nur wehgetan zu leben, es waren nur Schmerzen. Es hat auch einen Punkt gegeben, da hab‘ ich ehrlich gesagt keinen Sinn mehr darin gesehen, für mich zu leben. Und da hab‘ ich dann tatsächlich nur noch weitergelebt, weil ich eine Familie hab‘, der ich nicht antun wollte, dass die Tochter weg ist. Das hätt‘ ich irgendwie unfair gefunden. … Und ich war auch sehr zynisch. Eine Freundin hat letztens gesagt, Paula du hörst dich ganz anders an als vor einem Jahr, dir geht es wirklich gut, oder? Ich sag ‚Ja, mir geht es wirklich richtig gut.* “)

- die **aktive Mitwirkung** an der Therapie, die Übernahme des therapeutischen Dialogs in den **inneren Dialog** („*Was ich auch gemacht habe, [ist,] dass ich keine Angst davor gehabt habe, mich Herausforderungen zu stellen. Ab dem Zeitpunkt, wo ich in Therapie gegangen bin, hab‘ ich immer versucht, an mir zu arbeiten. Ich wollt nicht, dass das unnötig ist, dass ich da her gehe, nur zum Plaudern. Ich hab‘ wirklich versucht, viel weiterzubringen, und ich hab immer versucht, wie wenn ich eine Hausübung gehabt hätte, mich zu ermahnen und wenn ich in ein Tief gefallen bin, hab ich versucht darüber nachzudenken wie in den Sitzungen, warum ist es jetzt so, warum empfinde ich so, was passt grad nicht und was kann ich besser machen.*“)

- ein **beruhigendes inneres Sprechen**, das gegen die Angst hilft („*Und ich hab‘ auch den Übergriff betreffend versucht, Fortschritte zu machen. Ich hab‘ mir gedacht, ich möchte nicht mein ganzes Leben lang damit zu kämpfen haben. Ich möchte nicht zu jemandem werden, der deshalb irgendwie nicht lebt, nicht rausgeht, keinen Spaß hat. Ich bin fortgegangen, obwohl ich Angst gehabt hab, ich hab‘ halt ganz einfach versucht, alles bewusst wahrzunehmen, mir gedacht, es ist in Ordnung. Ich hab‘ aber auch mit mir geredet. Ich muss keine Angst haben, es ist alles O.K. Ich kann jederzeit nach Hause gehen, ich bin Herr meiner Sinne.*“)

- Linderung des seelischen Schmerzes durch **selbstverletzende Handlungen** („*Und so im neuen Jahr war dann auch eine schwierige Phase. Da hab‘ ich dann psychische Schmerzen gehabt. Ich hab‘ wirklich darunter gelitten, das war so ein Schmerz innen drin, den man nicht angreifen kann. … Es war jeden Tag. Und nach Wochen mit dem Schmerz hab‘ ich nicht mehr gewusst, wie ich damit umgehen soll. Und dann hab‘ ich festgestellt, und das hat ganz langsam begonnen, wenn ich mir selbst wehtue, dann hört der Schmerz ganz kurz auf, weil der Geist mit dem körperlichen Schmerz beschäftigt ist. Körperliche Schmerzen, mit denen kann man irgendwie umgehen.*“)

- trotz selbstverletzender Handlungen ein **umsichtiger Umgang mit sich**, eine verantwortungsvolle Beziehung zu ihrem zukünftigen Ich („*Und gleichzeitig hab' ich auch gewusst, dass das wie eine Sucht ist. Ich hab' auch immer stärkere Schmerzen gebraucht. Ich hab' aber immer im Hinterkopf gehabt, dass ich irgendwann einmal wieder glücklich sein will. Und mein glückliches Ich soll nicht ständig die Erinnerungen am Körper tragen müssen, dass es einmal anders war. Deshalb habe ich immer darauf geachtet, dass es nie ausartet, dass es nie so schlimm wird, dass ich Spuren davon hab. Ich hab' das nicht lange gemacht. Zwei Monate oder so. Und ich hab' einfach gemerkt, dass es einfach nicht gut ist, dass es immer mehr wird und dass das in eine Richtung führt, die ich nicht will. … Ich wollte nie jemand sein, der Narben am Handgelenk mit sich führt. Das wollt' ich nicht sein. Ich wollt nicht jemand sein, dem man ansieht, von dem man gleich erkennt ‚aha, schwach'. Ich bin froh, dass ich diese Vernunft in mir gehabt habe und irgendwann aufgehört hab.*“)

- **Lebenswille und Glück** als Auswirkung der Therapie („*Mir geht's besser als noch davor und ich bin glücklicher, als ich jemals in meinem Leben war. Aber ich bin langfristig glücklich. Ich glaub nicht, dass das nur so ein Hoch ist, in dem man sich kurz befindet oder eine Phase. Das ist einfach so eine Zufriedenheit, so ein Lebenswille.*“)

- ein nachhaltiger **Lernprozess über sich selbst**; wissen, was sie will in einer Beziehung („*Ich hab' einfach sehr viel über mich selbst gelernt. Auch die Beziehung mit M. einfach wirklich abzuschließen und festzustellen, dass ich so etwas nicht will. Dass das zu wenig war, dass das irgendwie nicht echt genug war. Ich hab' mich einfach so viel weiter entwickelt. Dass das, glaube ich, nie wieder etwas für mich wäre, so eine Art der Beziehung zu führen. … einfach eine Beziehung, wo ich nicht so glücklich bin.*“)

Noch prägnanter fallen die Antworten zu wirksamen Veränderungen im Change Interview nach Elliott aus:

- **Selbstreflexion, Ich-Werdung** (I: Welche Veränderungen würden Sie an sich beschreiben seit Beginn der Therapie? P: „*Auf jeden Fall die Selbstreflexion. Und es ist eine Veränderung um 180 Grad, wie wenn ich ein anderer Mensch geworden wäre. Also nicht ein anderer, wie wenn ich ICH geworden wäre.*“)

- der Wille, sich ein Leben lang **weiterzuentwickeln** („*Ich glaub, das ist so ein lebenslanger Prozess. Und ich möchte nie sagen können von mir selbst, ich hab' mich aufgehört zu entwickeln. Es gibt immer wieder Dinge, die ich an mir bemerk, wo ich mir denk, nein, da möcht ich mehr daraus machen, damit bin ich noch nicht zufrieden. Ich stell eigentlich sehr hohe Maßstäbe. Ich mein, ich bin mittlerweile sehr geduldig mit mir selbst geworden. Aber trotzdem bin ich irgendwie bereit, mich zu entwickeln, mehr zu machen. Und wenn ich Fehler mache, vor allem im sozialen Verhalten, dann versuch ich darüber nachzudenken. Warum hab' ich das gemacht, wie könnt ich's besser machen? Ich will mein Leben lang mich weiterentwickeln.*“)

- **Einordnung** als zentrales Wirkelement der Therapie (I: Was war insgesamt hilfreich in der Therapie? P: „*Die Einordnung … Ich bin immer gekommen mit einem Problem, und das war wie ein Wollknäuel, das irgendwie total verknotet ist. Und in der Therapie hab ich's dann irgendwie so auffädeln können und ordnen. Die roten Fäden gehören hierhin und die anderen gehören dahin. Und einfach auch zu verstehen, wie ist es dazu gekommen, dass die roten und grünen Fäden vermischt worden sind.*“)

- Die Aufarbeitung schmerzlicher Ereignisse (I: Gab es Dinge, die schwierig oder schmerzlich waren? P: „*Natürlich. Einfach die ganze Aufarbeitung von dem Übergriff im Sommer. Das ist nicht schön und auch die Aufarbeitung meiner letzten Beziehung, die sehr schmerzhaft war. Das war alles andere als angenehm. Aber das war notwendig.*“)

- **Zufriedenheit und Glück** als unerwartete Auswirkungen der Therapie („*Ich hätt' nie damit gerechnet, derart glücklich zu werden. Weil ich an einem Punkt war, wo alles schwarz war. Und ich hätt mir gedacht, … dass ich ganz zufrieden bin mit meinem Leben. Aber ich hätt' nicht damit gerechnet, dass ich derart glücklich werd'.*“)

Wirkelemente aus dem Blickwinkel der Personalen Existenzanalyse (PEA) und der Grundmotivationen (GM)

Diagnostisch gesehen litt Paula an einer posttraumatischen Belastungsstörung, unabhängig davon brachte sie eine Selbstwert-Problematik auf neurotischem Niveau mit. Die Therapie bezog sich demgemäß hauptsächlich auf Themen der dritten Grundmotivation, wenn auch zu Beginn viele psychoedukative Elemente im Sinne der

Trauma-Therapie dabei waren.

Aus dem Therapierückblick geht hervor, dass die Fähigkeit zur Selbstreflexion durch die Therapie wesentlich gestärkt wurde. Insbesondere das Thema „Beziehungen" stellte zu Beginn so etwas wie einen „blinden Fleck" dar. Das Trauma und seine Aufarbeitung boten Paula eine Chance, sich ihren persönlichen Themen noch viel tiefer zu widmen, als sie dies ohne Therapie vermutlich jemals getan hätte.

In Hinblick auf ein existenzanalytisches Trauma-therapeutisches Vorgehen können wichtige Schlüsse gezogen werden. Paula spricht von einer **Struktur**, die ihr zu Beginn der Therapie geholfen hat, die ihr **Halt im Sinne der ersten Grundmotivation** vermittelt hat: „Ohne ein Gegenüber, der den traumatisierten Menschen sieht und die Struktur für ihn hält, kommen diese Menschen kaum mehr aus dem Teufelskreis [von Selbsthass und Selbstentwertung] heraus" (Längle 2005, 19). Paula konnte den therapeutischen Dialog offenbar gut in den inneren Dialog mit sich selbst übernehmen.

Entscheidend war der selbst getroffene Entschluss, in Therapie zu gehen, der auf eine Phase der Verweigerung folgte. Ihre Verweigerung ist als Haltung gegen die Ohnmacht und als ein wichtiger Schutz für das verletzte Selbst zu sehen. Längle schreibt in diesem Zusammenhang: „In einer PTBS beginnt der Mensch existentiell wieder ‚wie von vorne' und bedarf daher der anderen, um den Zugang zu sich zu finden, Vertrauen in den eigenen Körper aufzubauen, die Gefühle wieder als die seinen zu erkennen, eine neue Identität aufzubauen und in die Zukunft zu ziehen. Traumatisierte durch Missbrauch brauchen im besonderen Maße verlässliche, wohlwollende, schützende Begegnungen, in der sie ihre eigenen personalen Kräfte gespiegelt sehen, um selbst wieder einen Zugang zu sich zu gewinnen und sich sehen zu können. Gerade Missbrauchspatienten haben neben dem zerstörten Bild der Welt, wie es z.B. eine Naturkatastrophe mit sich bringt, auch noch ein auf direkterem Wege **zerstörtes Selbstbild**: was von ihnen gesehen wurde, wie mit ihnen umgegangen wurde, läuft jeder möglichen Form von Selbstannahme zuwider. Darum verlieren sich diese Patienten immer wieder, sehen sich nicht mehr, geraten augenblicklich in denselben Selbstverlust, den sie akut erlebt haben … Neben diesen Wahrnehmungsstörungen in Bezug auf sich selbst können auch heftige psychodynamische Gegenreaktionen durch diese ständigen Verluste von sich selbst entstehen." (ebd.)

Auf Paula bezogen: „Auch wenn es sich bei der Weigerung, in Therapie zu gehen, um eine psychodynamische Gegenreaktion handelte, ist darin doch der personale Kern erkennbar – nämlich sich selbst in ihrer Freiheit zu ergreifen, indem sie ihre eigene Entscheidung getroffen hat." (Görtz 2016b, 115)

In einer bestimmten Phase der Therapie fanden die Folgen des Traumas konkreten Ausdruck in Form von sich in den Arm Ritzen. Auf Basis eines sicheren Halts in der therapeutischen Beziehung beginnen die Gefühle wieder zu fließen. „Nun wird der Schmerz in seiner Unerträglichkeit spürbar. Paula schildert, wie sie immer wieder den Impuls verspürt, sich mit einer Rasierklinge in den Unterarm zu ritzen und wie ihr dies Erleichterung verschafft – der seelische Schmerz kann so gelindert werden, beschreibt sie. Gleichzeitig sieht sie sich dabei zu und wundert sich über ihre Impulse und ihr Verhalten. Sie wirkt darin wie aufgespalten in zwei Teile. Aus der Literatur ist die Coping-Reaktion der Spaltung oder Dissoziation als Trauma-Folge bekannt (vgl. Längle 2005). Im Kontext des guten Therapieverlaufs ist es nahe liegend, dass es sich dabei um ein vorübergehendes Symptom handelt (was sich auch bewahrheitet hat). Paula leidet nicht an einer Borderline-Persönlichkeit – aber es ist doch erstaunlich, wie sehr auch eine Person mit einer relativ stabilen Grundpersönlichkeit dieselben Symptome zeigen kann, also eine durch ein Trauma hervorgerufene Phase der Selbstverletzung durchlebt. Die massive Grenzverletzung erzeugt den Impuls zur Selbstverletzung. […] Paula scheint innerlich mit dem Aushalten und Annehmen des Schmerzes beschäftigt." (ebd. 108)

Der entscheidende Wendepunkt in Paulas Entwicklung geschah durch die im Therapieverlauf recht frühzeitige Auseinandersetzung mit dem Trauma – in der Traumatherapie oftmals als „Trauma-Konfrontation" bezeichnet. Vor allem das Herausarbeiten ihrer eigenen Beteiligung am Tathergang – die innere Schwäche, in der sie sich nach der Trennung von ihrem Freund befunden hatte, die zu dem Sich-Betrinken mit anschließendem Kontrollverlust geführt hat – wurde von Paula hilfreich und entlastend erlebt. „Dies war möglich auf Grund ihrer doch recht stabilen Ichstruktur. Paula erkannte, dass sie sich in einer Haltung der Gleichgültigkeit sich selbst gegenüber befunden hatte. Diese Selbstwahrnehmung führte zu einem vertieften Verständnis für sich selbst und stärkte sie in der Selbstannahme." (ebd. 113f)

Insgesamt zeigt der Therapierückblick mit Paula: In der Traumatherapie – sowie insgesamt in Therapieprozessen, die sich vor allem mit **Defiziten der dritten Grundmotivation** befassen – kann es kein bestimmtes, vorgegebenes oder gar manualisiertes Vorgehen geben. Die Person ist einmalig, einzigartig und frei und sie ist durch das authentische Gegenüber-Sein des Therapeuten ansprechbar. Diese Haltung drückt das Kernstück der existenzanalytischen Anthropologie aus. Es brauchte das Gespür der Therapeutin auf Basis einer phänomenologisch offenen Haltung, wann der richtige Zeitpunkt gekommen war, in

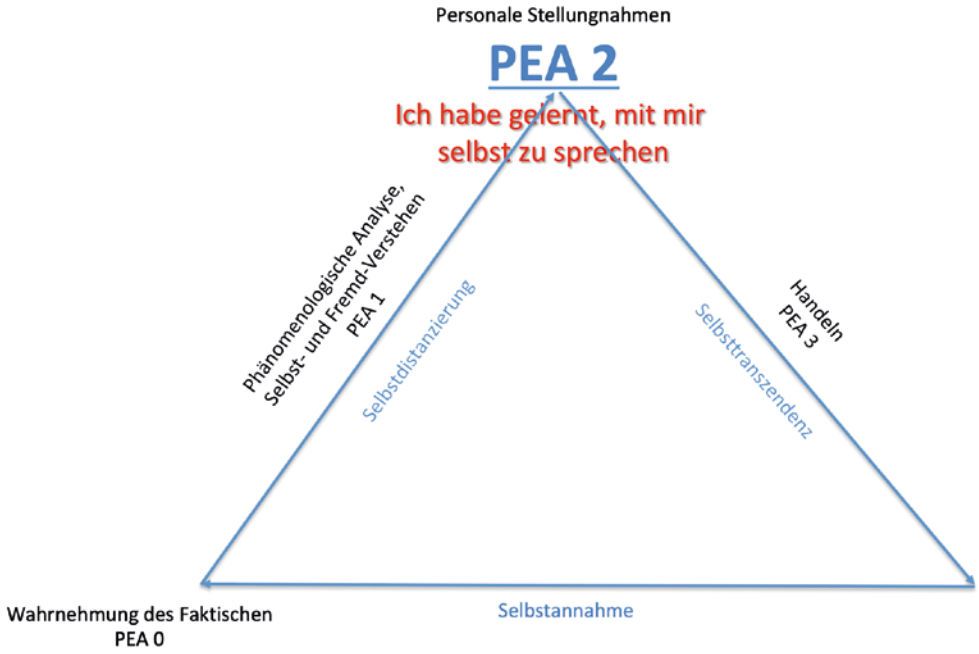

Abbildung 13: Therapiewirkung bei Paula (Therapie der 3. GM) aus Perspektive der PEA

die Auseinandersetzung mit dem Trauma zu treten. Nur durch das Ernst-genommen-Werden in ihrer Eigenverantwortlichkeit konnte Paula schließlich zu ihrer eigenen personalen Stellungnahme finden (PEA 2) – und wurde nicht neuerlich zum „Opfer" einer gut gemeinten, aber bevormundenden therapeutischen „Rettungsmaßnahme".

Heben des phänomenalen Eindrucks

Paula ist eine überaus reflektierte Person. In aller Klarheit und Prägnanz benennt sie die wichtigste Veränderung durch die Therapie: **Ich habe gelernt, mit mir selbst zu sprechen.** Dem ist nichts mehr hinzuzufügen. Der innere Dialog ist ein spezifischer Wirkfaktor existenzanalytischer Therapie. Es handelt sich um ihre klare personale Stellungnahme – so wie das gesamte Interview Paulas Stellungnahmen zum Therapieprozess wiedergibt, die keiner weiteren Interpretation bedürfen (Abbildung 13). Wir haben es so zu nehmen, wie sie aus ausspricht – auch wenn sie etwa an einer Stelle sagt „ich bin glücklicher als jemals zuvor." Sie beantwortet die Fragestellung klar und eindeutig. Dieses Ernstnehmen der Äußerungen des Patienten, welches die psychotherapeutische Prozessforschung insgesamt auszeichnen sollte, wird an Paulas Beispiel in besonderer Weise deutlich. Ihre Aussagen lassen sich direkt mit den Theoremen der existenzanalytischen Traumatherapie bzw. mit der Anthropologie der Existenzanalyse in Beziehung setzen und veranschaulichen diese in eindrücklicher Weise. Es braucht hier kaum noch deduktive Schlüsse und ermöglicht schon gar keine quantitativen Überprüfungen. Eine Therapie mit dem Schwerpunkt in der dritten Grundmotivation lässt sich durch „Operationalisierungen" von „Variablen" nicht evaluieren. Denn die Person als das Freie im Menschen entzieht sich der Vergleichbarkeit und Verallgemeinerbarkeit. Dazu Längle: „Die Phänomenologie ist der einzige systematische, wissenschaftliche Weg, der einen angemessenen (d.h. sich der Person annähernden und nicht bloß deskriptiven) Zugang zu dem ermöglicht, was sich per se sowieso nie ganz fassen lässt, weil es das Freie per definitionem darstellt: zur Person." (Längle 2008, 89) Hier gibt es nichts zu operationalisieren! Psychodynamische Aspekte (wie die Bearbeitung der besprochenen Trauma-bezogenen Coping-Reaktionen) können hermeneutisch-phänomenologisch gut erfasst werden – jedoch stellen diese nicht das zentrale Wirkelement dar: nämlich dass die Person (im wiederholten Durchlaufen schmerzlich bruchstückhafter PEA-Prozesse) zum Vollzug kommen kann.

Abschließend sei auf die grafische Darstellung zur Ausgangslage von Paulas Verletzung in der dritten Grundmotivation (im Person-Sein, im So-sein-Dürfen) durch die traumatische Grenzverletzung hingewiesen (Abbildung 14).

Durch die Verletzung im Selbst-Sein als Folge des Traumas (oder auch des Nicht-gesehen-Werdens bei entwicklungsbedingten Selbstwert-Störungen) ist sich die Person verloren gegangen und erfährt sich als entfremdet. Authentische Stellungnahmen gelingen nicht (PEA 2). Der PEA-Prozess bleibt bruchstückhaft und schmerzlich unterbrochen. Diese „Lücke" wirkt einerseits auf das emotionale Mitschwingen (PEA 1) zurück – die Affekte bleiben oberflächlich und von der Person losgelöst, sie werden nicht zu integrierten Emotionen auf Basis der

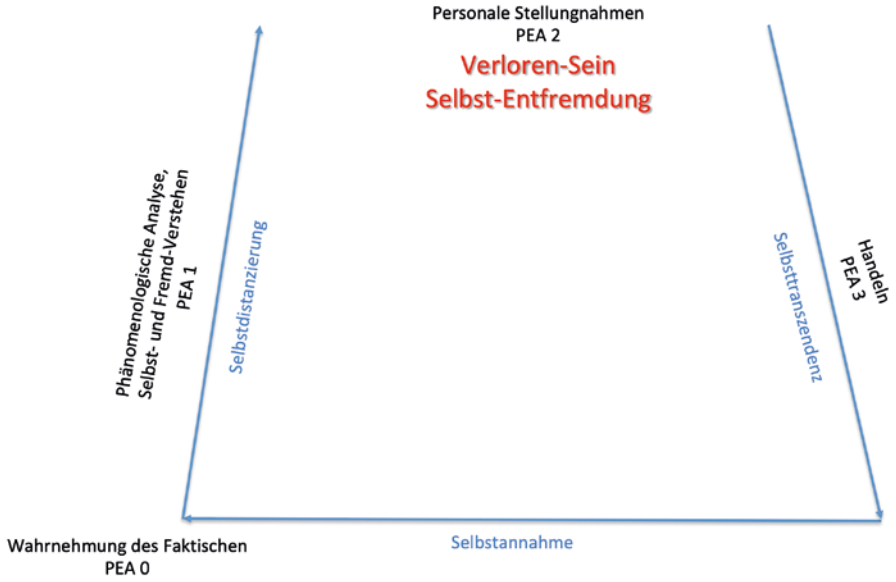

Abbildung 14: Defizit in der 3. Grundmotivation bei Paula aus Perspektive der PEA

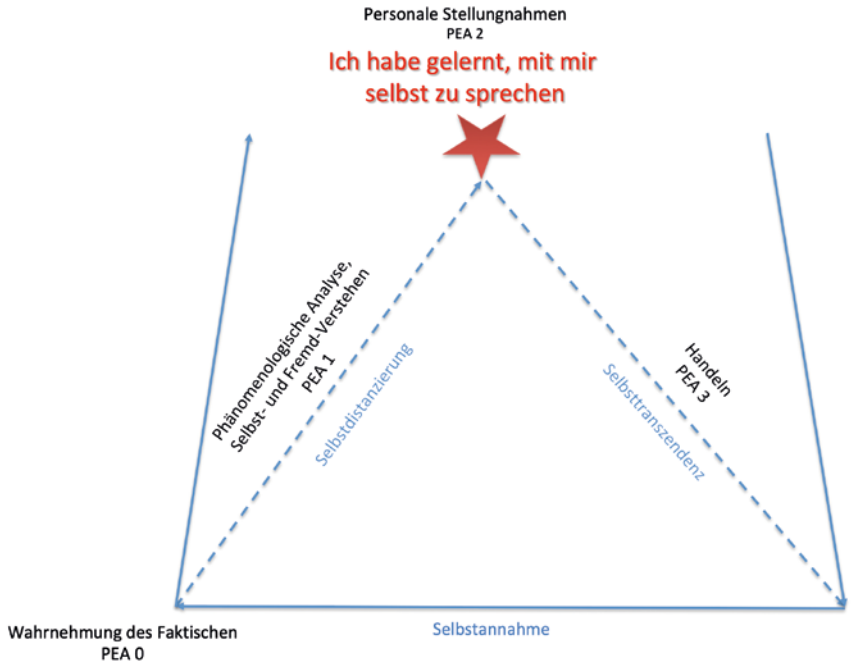

Abbildung 15: Finden der Stellungnahme durch Haltung des Gegenüber-Seins (Therapie der 3. GM) bei Paula

Selbstdistanzierung. Auch das Handeln (PEA 3) entbehrt einer Verantwortungsübernahme im Sinne der Selbsttranszendenz und ist eher ein Agieren (eine typische Coping-Reaktion der 3. GM). Auch die Selbstannahme ist betroffen. Sie stellt sich als ein Selbst-Verhaftet-Sein heraus, weil sie nicht durch einen PEA-Prozess laufend überprüft, weiterentwickelt und erneuert wird. Durch die Haltung des Gegenüber-Seins greift der Therapeut die Potentialität der Person auf. Er stellt sich quasi der „Spitze der Dreiecks“ gegenüber, spricht von dort die Person an und fordert sie zu Stellungnahmen heraus, die auf diese Weise zu sich findet – in Paulas Worten: dass ich ICH geworden bin (siehe Abbildung 15).

Zusammenfassende Reflexion der Wirkelemente

Wie lässt sich an Hand der geschilderten Einzelfall-Analysen die Frage nach den heilenden Aspekten und den Wirkelementen existenzanalytischer Psychotherapie beantworten? Da diese Fragen im Text bereits sehr aus-

führlich beantwortet wurden, wird hier nur noch kurz zusammengefasst.

Ulrikes Erfahrungen lassen sich auf zwei Begriffe verdichten: „Aushalten der Angst“ und „Handeln“ (gedanklich und real) – zwei Aspekte des „**Könnens“.** Das Sein-Können ist das zentrale Thema der ersten Grundmotivation (vgl. z.B. Längle 2013). Dieses empirisch gefundene Wirkelement entspricht somit sehr gut der existenzanalytischen Theorie der Therapie einer „Generalisierten Angststörung“, welche aus psychopathologischer Sicht der **ersten Grundmotivation** zuzuordnen ist.

Gianinas Erfahrungen verdichten sich in dem Begriff **„Verstehen“** (sich selbst, andere Menschen, das Leiden, Veränderungen und Entwicklungen im Leben – Verstehen mit dem Gefühl, nicht bloß mit dem Kopf). Das Verstehen ist der PEA 1 zuzuordnen (vgl. Längle 1993), es führte Gianina zu einem freieren Schwingen der Emotionalität („Verstehen mit dem Gefühl“), zum Mögen („Genießen“) und zur Pflege der Beziehungen (zu sich, zu anderen, zu ihrem Leben) – zentrale Themen der **zweiten Grundmotivation**. Dieses Wirkelement entspricht der depressiven Problematik auf Grund der nicht vollzogenen Trauer über biographische Mängel und Verluste.

Paula benennt ihre Erfahrung selbst als ein „mit sich selbst Sprechen“, einen **„inneren Dialog“** – dadurch hat sie Folgendes erreicht: zu sich gefunden zu haben, zu sich zu stehen, Zufriedenheit, langfristiges Glück. Die innere Stellungnahme (PEA2), der innere Dialog, ich selber sein, zu mir stehen – dies sind Themen der **dritten Grundmotivation**. In der Therapie erfolgte eine Arbeit am Selbstwert, der durch die Traumatisierung verletzt worden war. Neben der dritten schwingt auch die **vierte**, die zukunftsgerichtete **Grundmotivation** mit: Glück als etwas, das wohl viel mehr als ein Therapieziel ist (Abbildung 16).

Die gefundenen Wirkprinzipien weisen aber auch Parallelen zu den „allgemeinen Wirkfaktoren“ auf, wie sie von Frank (1985) beschrieben worden sind:

Die **bestimmte Art der Beziehung zwischen dem Patienten und dem Helfer** wird vor allem von Gianina als wichtiger heilender Aspekt betont. Dieses zentrale Thema der zweiten Grundmotivation spielt naturgemäß speziell in ihrer Therapie mit Fokus in der 2. GM die wichtigste Rolle. Wir müssen annehmen, dass er auch in den anderen beiden Therapien wichtig war. Jedoch ist das Wie der Beziehung von entscheidender Bedeutung für den Therapieprozess. Ist es eine stützende, strukturierende Beziehung wie in Ulrikes Fall, eine mitschwingend-empathische Beziehung wie bei Gianina oder eine Beziehung mit einer anfragenden, auch konfrontierenden therapeutischen Haltung? Frank führt nicht näher aus, welche „bestimmte Art“ von Beziehung bei welchen Patienten gemeint ist. Da Psychotherapie ein Beziehungsgeschehen ist, zumindest nach dem neueren Kontext-Modell von Wampold & Imel (2015), ist diese Aussage zwar grundlegend, aber zugleich nicht besonders aussagekräftig für die Praxis. Die existentiellen Grundmotivationen nach Längle können hier wesentlich zur Differenzierung und Klärung beitragen.

Die **gesellschaftliche Auszeichnung ihrer Behandlungsorte als Stätten der Heilung,** das **„Setting“** wird von zwei der drei Patientinnen mehr oder weniger deutlich erwähnt. Gianina beschreibt den Raum als Ruhe vermittelnd, vor allem aber auch den Baum, der im Therapiezimmer steht.

Paula erwähnt die Form der Kontaktanbahnung mit der Therapeutin über das Internet – online nachschauen können, ein e-mail schreiben – als wichtige Voraussetzung, um sich anvertrauen zu können. Ulrike spricht kaum darüber – dennoch scheint die Regelmäßigkeit der Termine wichtig gewesen zu sein. Das Reden hat ihr geholfen – damit könnte auch das *regelmäßige* Reden gemeint sein. Der Aspekt des Settings ist Patienten selten bewusst und kann nicht immer über direkte Befragung

Abbildung 16: Wirkungen und Auswirkungen des existenzanalytischen Therapieprozesses aus Perspektive der PEA

erhoben werden. Wiederum wird deutlich, dass es gänzlich unterschiedliche Setting-Faktoren waren, die als hilfreich erlebt wurden. Ohne das Verständnis auf Basis der Grundmotivationen wäre unklar geblieben, wie diese im Einzelnen geholfen haben.

Der dritte Aspekt, die **Behandlungstheorie, der Mythos**, scheint für Paula und Gianina eine besonders wichtige Rolle gespielt zu haben. Hier leuchtet die Nähe zum **Verstehen** auf, das in beiden Therapien bedeutsam war. Für Ulrike war dieser Aspekt weniger wichtig. Um die Angst zu überwinden, musste Ulrike nicht unbedingt verstehen, woher die Angst kam. Vielmehr hätte das Nachdenken über den Ursprung der Angst diese sogar verstärken können. Sie brauchte vielmehr ein (kognitives) Durchschauen der Mechanismen – dies ist etwas anderes als ein (emotionales) Verstehen. Erst im späteren Verlauf der Therapie, als sie die Angst gut im Griff hatte, ging es zunehmend um ein Verstehen von sich selbst und ihrem Geworden-Sein. Erst jetzt konnte sie die daraus resultierende Erschütterung über das zu wenig Gelebt-Haben aushalten.

Als viertes Element aller Formen von Psychotherapie wie auch von traditionellen Heilverfahren nennt Frank eine **Aktivität oder ein Verfahren**, das auf Basis der Theorie verordnet wird. Diese **Aktivität bzw. Methode** spielt für Ulrike in besonderer Weise eine Rolle. Bei ihr lag der Fokus im übenden Handeln zur Stärkung der ersten Grundmotivation. Gianina hingegen betont, dass es ihr gerade wichtig war, dass es keinerlei offensichtliche Techniken und Methoden gegeben hat. Und auch bei Paula spielt der Aspekt des Verfahrens nur am Beginn der Therapie eine Rolle, in der Anwendung von stabilisierenden Traumatherapie-Methoden. Sie spricht zwar von „aktiver Mitarbeit wie eine Hausübung" – jedoch hat sie sich diese Hausübungen selbst gestellt. Gerade die eigenständige Übernahme des therapeutischen Dialogs in den inneren Dialog ist ja charakteristisch für die Therapiewirkung bei Paula und kann nicht verordnet oder angeleitet werden.

Auf Basis der vorliegenden Fallstudien muss die Allgemeingültigkeit der von Frank postulierten Wirkfaktoren relativiert werden. Die Schwerpunkte sind je nach Fokus der Therapie anders gelagert. Wie aus den vorangegangenen Ausführungen hoffentlich deutlich geworden ist, kann die existenzanalytische Anthropologie mit den existentiellen Grundmotivationen und der Personalen Existenzanalyse ein grundlegenderes und umfassenderes Verständnis von „allgemeinen Wirkelementen" anbieten, als dies bislang in der Literatur vorgefunden wurde.

Ausblick

Die vorliegende Arbeit sollte deutlich machen, dass ein phänomenologisch offener Forschungszugang in Form eines freien rückblickenden Gesprächs, der im Wege einer hermeneutisch-phänomenologischen Auswertung die Wirkelemente in den theoretischen Rahmen der existenzanalytischen Theoreme stellt, den Fragestellungen der Prozess-Forschung gerecht wird und diese um substantielle Erkenntnisse zu bereichern vermag.

Eine phänomenologisch-hermeneutische Analyse von Inhalt einerseits und Gesprächsstil bzw. Gesprächsstruktur andererseits kann weiterführende Erkenntnisse sowohl in Bezug auf einen Zugewinn an klinischem Wissen als auch hinsichtlich einer angemessenen Forschungsmethode zutage fördern. Der Anfang einer spezifisch existenzanalytischen (Einzelfall-)Forschungsmethode wurde bereits von Silvia Längle gemacht und sollte hiermit eine Fortsetzung finden. Nun gilt es, die gefundenen Erkenntnisse an weiteren Einzelfällen zu präzisieren und die Forschungsmethoden immer besser an unsere Patienten anzupassen.

Literatur

Bundesärztekammer (Hg) (2011) Placebo in der Medizin. Köln: Deutscher Ärzteverlag

Eco U (1993) Wie man eine wissenschaftliche Arbeit schreibt. Doktor-, Diplom- und Magisterarbeit in den Geistes- und Sozialwissenschaften. Heidelberg: UTB

Elliott R (1999) Client change interview protocol. http://www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/changei.html

Elliott R (2002) Hermeneutic Single-Case Efficacy Design. Psychotherapy Research 12,1, 1–21 http://vvp.nl/2002%20-%20Robert%20Elliott.pdf

Eysenck HJ (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation. Journal of Consulting Psychology 16, 5, 319–324

Fischer G (2011) Psychotherapiewissenschaft. Einführung in eine neue humanwissenschaftliche Disziplin. Gießen: Psychosozial Verlag

Fischer G & Barwinski R (2013) Quo vadis Psychotherapie? Ein Studium der Psychologie und Psychotherapiewissenschaft als „dritter Weg". Psychotherapie-Wissenschaft, 1, 41–49

Frank JD (1985) Die Heiler. Über psychotherapeutische Wirkungsweisen vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien. München: dtv/Klett Cotta (engl. Originalausgabe: Persuasion and Healing. Baltimore: John Hopkins University Press 1961)

Franke GH (2014) Symptom-Checklist-90-Standard (SCL-90-S). Göttingen: Hogrefe

Frankl VE (1971) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Wien: Deuticke, 8°

Frankl VE (1975) (1990) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. München: Piper (Neuausgabe)

Freud S (1890) Psychische Behandlung (Seelenbehandlung). Gesammelte Werke, 5, Frankfurt: S. Fischer, 287–315

Freud S (1927) Nachwort zur „Frage der Laienanalyse". Gesammelte Werke, 14, Frankfurt: S. Fischer, 207–284.

Görtz A (2016a) Ein Therapie-Rückblick aus existenzanalytischer Sicht als Methode der qualitativen Psychotherapieforschung. Existenzanalyse 33, 1, 4–13

Görtz A (2016b) „Ich hab's akzeptiert … aber es wird mich ein Leben lang begleiten". Verarbeitung einer Erfahrung sexualisierter Gewalt im jungen Erwachsenenalter. In: Längle S & Gawel B (Hg). Themen der Existenz – Existenz in Themen. Ein Lesebuch zur Existenzanalyse. Wien: Facultas, 105–120
Grawe K, Donati R, Bernauer, F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe
Längle A (1988) Wende ins Existenzielle. Die Methode der Sinnerfassung. In: Längle A (Hg) Entscheidung zum Sein. Viktor E. Frankls Logotherapie in der Praxis. München: Piper, 40–52
Längle A (1993) Personale Existenzanalyse. In: Längle A (Hg) Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Wien: GLE-Verlag, 133–160
Längle A (1999) Die anthropologische Position der Personalen Existenzanalyse (PEA). Existenzanalyse 16, 1, 18–25
Längle A (2005) Persönlichkeitsstörungen und Traumagenese. Existenzanalyse traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. Existenzanalyse, 22, 2, 4–18
Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A & Holzhey-Kunz A (Hg) Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: Facultas, 30–179
Längle A (2013) Lehrbuch zur Existenzanalyse – Grundlagen. Wien: Facultas
Längle A, Orgler Ch, Kundi M (2000) Die Existenzskala. Göttingen: Hogrefe
Längle S (2007) Phänomenologische Forschung in der Existenzanalyse. Existenzanalyse 24, 2, 54–61
Längle S (2015) Methode zur Praxis hermeneutisch-phänomenologischer Forschung. Existenzanalyse 32, 2, 64–70
Längle S & Häfele-Hausmann S (2016) Übungen zur phänomenologischen Forschungsmethode. Existenzanalyse 33, 3, 65–74
Rogers CR (2016) Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart: Klett-Cotta, 20°
Rosenzweig S (1936) Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. American Journal of Orthopsychiatry, 6, 412–415
Sheldrake R (1997) Sieben Experimente, die die Welt verändern könnten. München: Goldmann (dt. Originalausgabe Bern: Scherz 1994)
Tschuschke V, Kächele H, Hölzer M (1994) Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie? Psychotherapeut, 39, 281–297
Wampold BE & Imel ZE (2015) The great psychotherapy debate. New York: Routeledge, 2°

Anschrift der Verfasserin:

Mag.Dr. Astrid Görtz

Breitenfurter Straße 376/10/17

A – 1230 Wien

astrid.goertz@existenzanalyse.org