



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Wie der Klient/die Klientin es sieht – Eine
Annäherung an das Erleben des Klienten/der Klientin
in der Personenzentrierten Psychotherapie“

Verfasserin

Katrin Erber

gemeinsam mit

Gabriele Abpfolter

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Pädagogik

Betreuerin / Betreuer:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer

Ehrenwörtliche Erklärung

Wir erklären, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und uns auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient haben.

Weiter versichern wir, dass wir dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt haben

Diese Arbeit stimmt mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit überein.

Ort, Datum	ABPFOLTER Gabriele
-------------------	---------------------------

Ort, Datum	ERBER Katrin
-------------------	---------------------

Danksagung

Abpfolter Gabriele

Allen voran sei an dieser Stelle meiner Kollegin und Freundin Katrin, die mit mir gemeinsam diese Arbeit verfasst hat, gedankt. Danke für deine Geduld und Motivation während des ganzen Diplomarbeitsprojektes.

Weiter möchte ich mich bei Hrn. Prof. Dr. Robert Hutterer, für die interessanten und hilfreichen Inputs bei der Betreuung unserer Diplomarbeit bedanken.

Großer Dank gilt auch meinen Eltern und Brüdern für die Unterstützung und den Rückhalt zu jeder Zeit.

Danke auch an alle Freunde und Wegbegleiter, die mir in den letzten Jahren zur Seite standen und meine Studentenzeit zu einem unvergesslichen Erlebnis gemacht haben.

Erber Katrin

Ich möchte mich besonders bei Gabi bedanken, die mit mir diese Arbeit, auch über schwierige Phasen hinweg, mit viel Engagement realisiert hat.

Ein besonderer Dank gilt natürlich auch Herrn Prof. Dr. Hutterer, der die Betreuung dieser Arbeit übernahm, Begeisterung und Interesse für unser Thema zeigte und uns mit Rat und Motivation zur Seite stand.

Auch danke ich allen die ehrliches Interesse für unsere Diplomarbeit, sowie dafür zeigten, wie es uns beim Forschen und Schreiben erging.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei meiner Familie und allen voran bei meinem Verlobten Ernst bedanken, die mir die nötige Kraft und Liebe geben, um so große Ziele erreichen zu können.

Die vorliegende Arbeit wurde von zwei Personen verfasst. Damit eindeutig ersichtlich ist, welcher Teil von wem geschrieben wurde, ist das Inhaltsverzeichnis farblich gegliedert:

Gabriele Abpfolter - grün

Katrin Erber – blau

Gabriele Abpfolter und Katrin Erber gemeinsam – schwarz

Innerhalb des Textes ist in der Kopfzeile der Name der jeweiligen Verfasserin ausgewiesen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Entwicklung der Problemstellung.....	1
1.2	Konkretisierung der Fragestellung & Aufbau der Arbeit.....	3
1.2.1	Der theoretische Teil.....	3
1.2.2	Der methodische Teil.....	4
I	Theoretischer Teil.....	7
2	Erleben.....	7
2.1	Der Begriff „Erleben“	7
2.1.1	"Erleben" versus "Erfahren".....	8
2.1.2	Definition und Etymologie.....	8
2.2	Das Phänomen „Erleben“	10
2.2.1	„Erleben“ versus „Verhalten“	10
2.2.2	Die Perspektive des/der Erlebenden.....	11
2.2.3	Die Un-Fassbarkeit von qualitativem Erleben	12
2.3	Erleben in der Psychotherapie.....	13
2.3.1	Die Psychotherapie - eine Wissenschaft vom Subjektiven	14
2.3.2	Eine phänomenologische Psychotherapieforschung	15
3	Der Personenzentrierte Ansatz.....	17
3.1	Die Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes	17
3.1.1	Der Klient/die Klientin als Wegweiser	17
3.1.2	Eine dialogische Beziehung.....	18
3.1.3	Die Ausweitung des Personenzentrierten Ansatzes auf andere Gebiete	18
3.2	Eine Definition.....	19
3.3	Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen	19
3.3.1	Eine Beziehung	20
3.3.2	Der Zustand des Klienten/der Klientin - Inkongruenz.....	21
3.3.3	Die Haltung des Therapeuten/der Therapeutin - Echtheit, Akzeptanz & Empathie	21
3.3.4	Wahrnehmung von Echtheit, Empathie & Akzeptanz	22
3.3.5	Erleben als Bedingung	22
3.4	Die Aktualisierungstendenz	23
3.4.1	Selbstaktualisierung	24
3.4.2	Aktualisierung erleben	24
3.5	Der therapeutische Prozess	25
4	Die Personenzentrierte Psychotherapie – Ein experienzieller Ansatz	27

4.1	Die Erlebens-Zentrierung der Humanistischen Psychologie	27
4.2	Der Erlebensbegriff in der Theorie Rogers	28
4.3	Das Experiencing-Konzept Gendlins	30
4.3.1	Definition.....	30
4.3.2	„Experiencing“ als Therapieziel.....	31
4.4	Zusammenfassung	31
5	Die Perspektive des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie	33
5.1	Aus der Sicht des Klienten/der Klientin	34
5.2	Rogers als Forscher – Zwischen Subjektivität und Objektivität	35
5.2.1	Rogers als Pionier der Psychotherapieforschung	36
5.2.2	Kritik am Positivismus	37
5.2.3	Rogers Verständnis von Wissenschaft	37
6	Die Erste-Person-Perspektive in der personenzentrierten Psychotherapieforschung.....	39
6.1	Argumente für den Einbezug der Perspektive des Klienten/der Klientin - Ergebnisse der Prozessforschung	39
6.1.1	Interaktionsbezogenheit.....	40
6.1.2	Subjektzentrierung.....	40
6.2	Auf dem Weg zu einer adäquaten Psychotherapieforschung	41
6.3	Qualitative Psychotherapieforschung.....	42
6.3.1	Narratives versus paradigmatisches Wissen.....	43
6.3.2	Der Anteil qualitativer Forschung auf dem Gebiet der Psychotherapie	43
6.3.3	Einsatzgebiete und Leistungen qualitativer Psychotherapieforschung.....	44
7	Der experientielle Therapieansatz Rennies	46
7.1	Rennies Forschungsarbeit zum Klienten-Erleben/Klientinnen-Erleben.....	46
7.2	Die Therapietheorie	46
7.2.1	Die Reflexivität im therapeutischen Prozess	47
7.2.2	Der Klient/die Klientin als Agent.....	47
7.2.3	Reflexivität versus Flow	48
7.3	Ein verändertes Rollenbild	48
8	Pädagogische/Bildungswissenschaftliche Relevanz.....	50
8.1	Die förderliche Beziehung in der Pädagogik.....	50
8.2	Der/die Lernende als Subjekt der pädagogischen Forschung.....	51
9	Zusammenfassung – Theoretischer Teil.....	53
II Empirischer Teil		55
10	Forschungsinteresse.....	55
11	Methodische Vorgehensweise	57
11.1	Begründung der Wahl einer qualitativen Methode.....	57

11.2	Grounded Theory	58
11.2.1	Definition	58
11.2.2	Entstehung.....	59
11.3	Grounded Theory nach Strauss & Corbin.....	60
11.3.1	Offenes Kodieren	61
11.3.2	Axiales Kodieren.....	62
11.3.3	Selektives Kodieren	62
11.4	ATLAS.ti	63
12	Subjektivität und Selbst-Reflexivität als Teil unserer Forschung.....	65
12.1	Distanz versus Identifikation	65
12.2	Subjektivität als Merkmal der Grounded Theory.....	66
12.3	Persönlicher Hintergrund	67
12.3.1	Vorerfahrung und Themenwahl	67
12.3.2	Perspektivenwechsel	68
12.4	Methoden der Selbst-Reflexivität	69
13	Forschungsprozess	71
13.1	Datenmaterial	71
13.1.1	Datenerhebung	71
13.1.2	Auswahl & Zusammensetzung der verwendeten Daten	72
13.1.3	Strukturierung der Daten.....	73
13.2	Analyse	74
13.2.1	Offenes Kodieren – Aufbrechen der Daten.....	74
13.2.2	Axiales Kodieren – Entwicklung der Kategorien	74
13.2.3	Selektives Kodieren – Erlebensmuster erkennen	75
13.2.4	Einsatz von Memos und Kodenotizen.....	75
13.2.5	Begriffsklärungen.....	76
14	Darstellung der Ergebnisse	77
14.1	Kodeliste	77
14.2	Kategorien im Überblick.....	77
14.3	Erleben zur Therapeutin.....	80
14.3.1	Ausstrahlung & Sympathie	83
14.3.2	Vertrauen & Sicherheit	83
14.3.3	Echtheit, Kontinuität, Ruhe & Kompetenz	85
14.3.4	Störung/Irritation durch die Therapeutin	87
14.3.5	Aufmerksamkeit & Interesse	87
14.3.6	Empathie & Verständnis	90

14.3.7	Offenheit und Akzeptanz.....	94
14.3.8	Resümee	95
14.4	Vorgehen/Verhalten der Therapeutin	96
14.4.1	Stimme und Sprache der Therapeutin	98
14.4.2	Körpersprache und Körperhaltung der Therapeutin.....	98
14.4.3	Worte der Therapeutin.....	100
14.4.4	Zusammenwirken der therapeutischen Verhaltens-/Vorgehensweisen	103
14.4.5	Klient-Therapeut-Beziehung	104
14.5	Vorgehen/Verhalten der Klientin	106
14.5.1	Umgang mit Gefühlen	109
14.5.2	Körpersprache und Körperhaltung	111
14.5.3	Reaktion auf Therapeutin	112
14.6	Gemeinsame Interaktion.....	116
14.7	Selbsterleben	119
14.7.1	Gesprächsverlauf	121
14.7.2	Thema.....	126
14.7.3	Gefühle	126
14.7.4	Therapeutin.....	128
14.7.5	Personenzentrierte Psychotherapie - Therapieerfahrung	129
14.7.6	Entwicklung & Erkenntnis	130
14.8	Emotionen der Klientin	133
14.8.1	Verständnis.....	135
14.8.2	Akzeptanz und Sicherheit.....	136
14.8.3	Freiheit.....	137
14.8.4	Das Gefühl der Mittelpunkt zu sein.....	138
14.8.5	Hilflosigkeit.....	139
14.8.6	Enttäuschung und Verletzung.....	140
14.8.7	Druck, Verantwortung & Überforderung.....	140
14.8.8	Irritation und Verwirrung	141
14.8.9	Erleichterung	142
14.8.10	Erschöpfung.....	143
14.8.11	Unsicherheit, Anspannung und Nervosität.....	143
14.8.12	Gefühle der Klientin in Bezug auf das Thema	144
14.8.13	Emotionalität & Gefühlsausbruch	144
14.8.14	Emotionen der Klientin in Bezug auf die Gesprächsatmosphäre	146
14.8.15	Wohlbefinden versus Unwohlsein	146

14.9	Erwartungen/Wünsche an die Therapeutin	147
14.10	Ängste der Klientin	151
14.10.1	Ängste in Bezug auf das Gesprächsthema	151
14.10.2	Ängste in Bezug auf die Beziehung zur Therapeutin.....	152
14.11	Gesprächsverlauf.....	154
14.12	Gesprächseinstieg.....	156
14.13	Gesprächsabschluss.....	157
14.14	Gesprächsthema	159
14.14.1	Themenfindung	161
14.14.2	Nähe und Komplexität des Themas	162
14.14.3	Das Thema im Verlauf des Gesprächs	163
14.14.4	Emotionen zum Thema - Umgang mit dem Thema.....	163
14.15	Raumklima	166
14.16	Zeiterleben	167
14.17	Empfindungen der Klientin vor dem Gespräch	169
14.18	Empfindungen der Klientin nach dem Gespräch	172
14.19	Ergebnisse bzw. Resümee des/über Gespräch	174
14.20	Erleben als/zur Beobachterin	176
14.20.1	Erleben zur Beobachterin.....	176
14.20.2	Erleben als Beobachterin	176
14.21	Audioanalyse/Post-Session-Interview/Erlebnisbericht	176
14.22	Matrix.....	177
14.23	Kernkategorie.....	180
15	Beantwortung der Forschungsfragen	182
15.1	Erlebensmuster	182
15.1.1	Gesprächseinstieg.....	182
15.1.2	Gesprächsverlauf.....	184
15.1.3	Gesprächsabschluss.....	187
15.2	Einflussfaktoren	187
15.2.1	Der Therapeut/die Therapeutin	188
15.2.2	Der Klient/die Klientin.....	189
15.2.3	Das Thema	191
15.3	Therapeutische Beziehung	191
15.3.1	Der Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung.....	192
15.3.2	Konsequenzen der fehlenden Beziehung	192
15.3.3	Die Basis und Folgen einer guten therapeutischen Beziehung	193

15.3.4	Schematische Darstellung	194
16	Resümee & Ausblick in die Zukunft.....	196
17	Literatur	201
18	Kurzzusammenfassung.....	205
19	Anhang	208
19.1	Post-Session-Interview (SS2009).....	209
19.2	Kodeliste.....	213
19.3	Quotations	219
19.4	Matrix	246
	Lebenslauf - Abpfolter Gabriele.....	261
	Lebenslauf - Erber Katrin.....	263

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Überblick der entstandenen Kategorien.....	79
Abbildung 2: Erleben zur Therapeutin.....	82
Abbildung 3: Vorgehen/Verhalten der Therapeutin	97
Abbildung 4: Vorgehen/Verhalten der Klientin.....	107
Abbildung 5: Selbsterleben.....	120
Abbildung 6: Emotionen der Klientin.....	134
Abbildung 7: Gesprächsverlauf: Gesprächseinstieg - Gesprächsabschluss	155
Abbildung 8: Gesprächsthema	160
Abbildung 9: Ergebnisse und Resümee des/über Gespräch.....	175
Abbildung 10: Beispiel aus der Matrix	179
Abbildung 11: Therapeutische Beziehung.....	195

1 Einleitung

Im Laufe unserer Erfahrung ist es zunehmend deutlicher geworden, dass die Wahrscheinlichkeit therapeutischen Fortschritts in einem bestimmten Fall weder von der Persönlichkeit des Beraters noch von seinen Techniken und nicht einmal von seinen Einstellungen abhängt, sondern vorwiegend von der Art, wie der Klient in der Beziehung all diese Dinge erfährt. Es war nicht zu übersehen, welche zentrale Stelle die Wahrnehmung des Klienten von den Interviews einnimmt. Die Art und Weise, wie der Klient es sieht, entscheidet darüber, ob Konfliktlösung, Reorganisation, Wachsen und Integration – all die Elemente, die die Therapie ausmachen – eintreten. (Rogers, 1973 [1951], S.73)

Die Personenzentrierte Psychotherapie nach Carl R. Rogers stellt, wie der Name offenlegt, die Person ins Zentrum des Interesses. Das bedeutet, dass der Fokus der Aufmerksamkeit von Therapeut/Therapeutin und Klient/Klientin auf die innere Erlebenswelt des Klienten/der Klientin gerichtet ist. Ein bedeutendes Forschungsergebnis der Psychotherapieforschung bestätigt Rogers Annahme, dass das Erleben des Klienten/der Klientin zentral für den Verlauf der Therapie ist: Wie der Klient/die Klientin die Beziehung in der Therapie selbst erlebt, beeinflusst in einem viel höherem Maß den Therapieerfolg, als die Beurteilung der therapeutischen Beziehung durch den Therapeuten/die Therapeutin (Schmid, Keil, 2001, S.18). Diese Tatsache verleiht dem Erleben des Klienten/der Klientin in der Therapiesituation einen besonderen Stellenwert in der Personenzentrierten Psychotherapie.

1.1 Entwicklung der Problemstellung

Rogers postulierte bereits 1951 in seinem Werk "Client-Centered-Therapy" die Art und Weise wie der Klient/die Klientin das Therapiegespräch wahrnimmt als neues, zukunftsträchtiges Forschungsgebiet der Psychotherapieforschung. Rogers ging davon aus, dass der Einbezug der persönlichen Sicht des Klienten/der Klientin dazu beitragen kann, mehr darüber zu lernen, wie der Klient/die Klientin die Therapie erfährt. Deshalb bezog er sich bei seinen Aussagen über "Die therapeutische Beziehung, wie der Klient sie erfährt" neben objektiven Beobachtungen ebenso auf direkte Feststellungen seiner Klienten/Klientinnen (Rogers, 1973 [1951], Kap. 3).

Heute, sechs Jahrzehnte später, herrscht weitgehend Einigung darüber, dass das naturwissenschaftlich ausgerichtete empirische Forschungsparadigma für den Bereich der Psychotherapie grundsätzlich nicht brauchbar ist. Dennoch stützt sich die

Psychotherapieforschung vor allem auf außenstehende Beobachtungen sowie Interpretationen des Therapeuten/der Therapeutin, wenn es darum geht, das Erleben oder Erfahren des Klienten/der Klientin in der Therapiesituation zu erfassen (Frohberg, 2007, 218f).

Die Vorrangstellung des naturwissenschaftlichen Forschungsverständnisses in der Psychotherapieforschung ist bis heute ungebrochen. Zwar nimmt die Zahl qualitativer Forschungen in den letzten Jahren deutlich zu, gemessen an der Menge quantitativer Forschungsarbeiten, die publiziert werden, ist der Anteil der qualitativen Forschung auf dem Gebiet der Psychotherapie allerdings nach wie vor gering (McLeod, 2011, Kap. 1).

Im Laufe unseres Studiums der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung konnten wir im Rahmen von Therapiegesprächen sowohl Erfahrungen in der Rolle der Klientin als auch der Beobachterin sammeln. Diese persönlichen Erfahrungen, sowie die Beschäftigung mit Transkripten und Audioanalysen von aufgezeichneten Therapiegesprächen, zogen unsere Aufmerksamkeit auf das Erleben des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie.

Wie der Klient/die Klientin die Therapiestunde erlebt hat ohne Zweifel einen großen Einfluss darauf, ob er/sie die Therapie für sich nutzen kann. In der Auseinandersetzung mit Datenmaterial aus personenzentrierten Therapiegesprächen wurde immer offensichtlicher, dass dieses Erleben des Klienten/der Klientin eine Schlüsselfunktion im Verständnis von Psychotherapie einnimmt. Unsere persönlichen Erfahrungen als Klientinnen machten spürbar, dass der therapeutische Prozess sehr komplex ist und aus weit mehr Faktoren als den Worten bzw. dem konkreten therapeutischen Vorgehen des Therapeuten/der Therapeutin besteht. Vieles sprach ebenso dafür, dass das Transkript einer Therapiestunde nur sehr verkürzt wiederzugeben vermag, was sich zwischen Klient/Klientin und Therapeut/Therapeutin in der jeweiligen Situation abspielte.

Das steigende Bewusstsein darüber, dass sich im Erleben des Klienten/der Klientin alle Aspekte manifestieren die für die Etablierung konstruktiver Psychotherapie von Bedeutung sind, löste ein großes Interesse bei uns aus. Gleichsam wie Rogers wurde es uns zu einem Anliegen, ein Verständnis davon zu entwickeln, wie der Klient/die

Klientin das Therapiesgespräch erlebt und welche Bedeutung dabei bestimmten Aspekten bzw. Einflussfaktoren zukommt.

1.2 Konkretisierung der Fragestellung & Aufbau der Arbeit

Aufgrund des Eingangs bekundeten Interesses, macht es sich diese Arbeit zur Aufgabe das Erleben der Klienten/Klientinnen in der Personenzentrierten Psychotherapie genauer zu untersuchen.

1.2.1 Der theoretische Teil

Im Rahmen des ersten Teils erfolgt eine theoretische Annäherung an das Erleben des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie. Dieser Teil der Arbeit versucht die Bedeutung des Klienten-Erlebens/Klientinnen-Erlebens für den Personenzentrierten Ansatz zu klären. Hier geht es ebenso darum, aufzuzeigen, wie die Perspektive des Klienten/der Klientin und damit auch das Erleben des Klienten/der Klientin in die Personenzentrierten Psychotherapieforschung einfließt.

Das zweite Kapitel widmet sich dem Erleben als Begriff und Phänomen und klärt die damit verbundenen Bedeutungen und Implikationen. Davon ausgehend wird das Erleben als Teil der Psychotherapie beleuchtet und dessen Bedeutung für die Psychotherapie hinterfragt.

Kapitel drei fasst den Personenzentrierten Ansatz nach Rogers ins Auge und legt den Fokus dabei wiederum auf das zentrale Phänomen des Erlebens. Hier steht die Frage nach der Bedeutung des Erlebens des Klienten/der Klientin für die Personenzentrierte Psychotherapie im Vordergrund.

Das vierte Kapitel widmet sich ausführlich der Frage, welche Bedeutung dem Erleben als Konstrukt in der Personenzentrierten Psychotherapie zukommt. Hier erläutern wir die Erlebenszentrierung der Humanistischen Psychologie und gehen auf den Erlebensbegriff Rogers sowie das Experiencing-Konzept Gendlins ein.

Nachdem die Rolle des Erlebens und im Besonderen des Klienten-Erlebens/Klientinnen-Erlebens für die Personenzentrierte Psychotherapie geklärt ist, stellt sich die Frage, ob sich diese auch in der Forschung der Personenzentrierten Psychotherapie fortsetzt. In diesem Zusammenhang interessiert besonders, ob die

Sichtweise des Klienten/der Klientin Berücksichtigung findet und ob sie in die Forschung mit einbezogen wird.

Im fünften Abschnitt fällt der Blick auf das Klienten-Erleben/Klientinnen-Erleben in der Personenzentrierten Psychotherapie. Hier arbeiten wir heraus, inwieweit das Klienten-Erleben/Klientinnen-Erleben und die damit verbundene Perspektive des Klienten/der Klientin in der Theorie und Forschung von C.R. Rogers einbezogen werden und sich mit dessen Vorstellung von Wissenschaft decken.

Auf diesen Überlegungen aufbauend widmet sich das sechste Kapitel jenen Argumenten, die für den Einbezug der Perspektive des Klienten/der Klientin in die gegenwärtige Psychotherapieforschung sprechen.

Abschließend gehen wir im siebenten Kapitel auf Rennies richtungsweisende qualitative Forschung zum Klienten-Erleben/Klientinnen-Erleben ein.

Das achte Kapitel beschäftigt sich mit der pädagogischen Relevanz unseres Forschungsthemas und diskutiert inwiefern die Auseinandersetzung mit dem Erleben des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie Bedeutung für die Pädagogik hat.

Der letzte Abschnitt liefert schließlich eine kurze Zusammenfassung über die wichtigsten Inhalte und Erkenntnisse des theoretischen Teils und schafft damit die nötige Basis für den empirischen Teil.

1.2.2 Der methodische Teil

Anhand einer qualitativen Analyse wird untersucht, wie der Klient/die Klientin die Personenzentrierte Therapieeinheit erlebt. Ziel dieser Forschung, die das Herzstück unserer Diplomarbeit bildet, ist es, das Erleben der Klienten/Klientinnen in der personenzentrierten Psychotherapie mitsamt seiner Einflussfaktoren zu erfassen und dadurch etwaige Erlebensmuster aufzudecken. Hierfür ergeben sich folgende Forschungsfragen:

Wie erlebt der Klient/die Klientin die Therapiestunde in der Personenzentrierten Psychotherapie? Welche Erlebensmuster zeichnen sich ab?

Welche Einflussfaktoren wirken auf das Erleben des Klienten/der Klientin und beeinflussen so auch die Weiterentwicklung der Psychotherapie?

Welche Bedeutung hat die therapeutische Beziehung für das Erleben des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie?

Das zehnte Kapitel schafft eine Überleitung vom theoretischen zum methodischen Teil, legt das Forschungsinteresse offen und erläutert die Forschungsfragen im Detail.

Kapitel elf bietet eine Einführung in die für die Analyse herangezogene Methode der Grounded Theory und argumentiert die Wahl dieser qualitativen Forschungsmethode. Abschließend begründen wir den Einsatz des QDA-Programmes *Atlas TI* im Rahmen der Analyse.

Aufgrund des hohen Grades unserer Involviertheit, sowohl als Forscherinnen, als auch als Klientinnen und somit als Subjekte der vorliegenden Untersuchung, widmet sich das zwölfte Kapitel der Subjektivität und Selbst-Reflexivität als Teil dieser Forschung.

Im dreizehnten Abschnitt erfolgt eine ausführliche Beschreibung des Forschungsprozesses. Das Kapitel liefert Informationen und Erläuterungen zum Datenmaterial unserer Forschung sowie die detaillierte Dokumentation der Analyse. Diese macht die konkrete Umsetzung der Grounded Theory nach Strauss und Corbin anhand unserer Daten nachvollziehbar.

Das vierzehnte Kapitel widmet sich der Analyse und ihrer Ergebnisse. Zu Beginn stellen wir die erarbeiteten Kategorien vor, anschließend beschreiben wir die Matrix und präsentieren die im Rahmen der Analyse ermittelte Kernkategorie.

Darauf aufbauend wird im fünfzehnten Kapitel der Bogen zurück zu den eingangs gestellten Fragen gespannt. An dieser Stelle findet die Beantwortung der Forschungsfragen statt.

Das letzte Kapitel liefert ein Resümee und bietet einen Ausblick auf weiterführende Fragen und Forschungsideen.

I Theoretischer Teil

2 Erleben

Im Fokus dieser Auseinandersetzung steht das Erleben des Klienten/der Klientin im personenzentrierten Therapiegeläch. Das erste Kapitel dieser Auseinandersetzung widmet sich deshalb dem „Erleben“ und versucht die Bedeutungen und Implikationen, die an diesen Begriff gebunden sind, zu klären.

Um uns diesem spezifischen Erleben anzunähern, ist es in einem ersten Schritt notwendig, den Blick auf das Wort „Erleben“ sowie das dazugehörige Wortfeld zu richten. Der scheinbaren Selbstverständlichkeit des Begriffes zum Trotz, wird hier eine genauere Analyse der Bedeutungen von „Erleben“ ins Auge gefasst. Basierend auf den alltagssprachlichen sowie lexikalen Zuschreibungen bzw. Definitionen des Begriffes wird im Anschluss daran die Frage verfolgt, welche Bedeutung „Erleben“ als Phänomen allgemein und schließlich in der Psychotherapie trägt.

In der Folge wird der Blick auf die Personenzentrierte Psychotherapie und das ihr implizite Erleben gelegt und der Frage nachgegangen, welche Rolle bzw. Bedeutung diesem zukommt. Vor allem Rogers Definition von Erfahrung bzw. Erleben, aber auch der Einfluss jener Elemente auf den Therapieprozess, spielen dabei für unsere Auseinandersetzung eine Rolle. Ausgehend von Rogers, aber auch anderen relevanten Sichtweisen vom Erleben des Klienten/ der Klientin in der Psychotherapie, werden wir uns dem Forschungsfeld annähern.

2.1 Der Begriff „Erleben“

Bereits bei der Eingrenzung unseres Themas kamen wir nicht darum herum, uns der Problematik der Begriffsdefinition zu stellen. Zwar war uns von Anfang an klar, was wir bei unserer Erhebung in den Blick nehmen wollen, die Unterscheidung ob es sich dabei um die Erfahrung des Klienten/der Klientin oder doch eher um das Erleben des Klienten/der Klientin in der Gesprächspsychotherapie handelt, fiel uns jedoch schwer. Die Beschäftigung mit den Begriffen „Erleben“ und „Erfahrung“ zeigte, dass eine Abgrenzung bzw. Trennung, besonders in Bezug auf die Therapietheorie der Personenzentrierten Psychotherapie, nur schwer möglich ist, da die Begriffe häufig gleichbedeutend Verwendung finden.

2.1.1 "Erleben" versus "Erfahren"

Die Begriffe „Erleben“ oder auch „Erlebnis“ und „Erfahrung“ werden vielfach synonym verwendet, zumal sie alle als mögliche Übersetzung des englischen Wortes „experience“ auftauchen. So wird das „Erlebnis“ bei Dilthey in der Übersetzung zu „experience“. Das „experience“ bei Dewey wird in der deutschen Übersetzung jedoch zur „Erfahrung“. Diese inexakte Verwendung scheint problematisch, wenn man bedenkt, dass, obwohl sie sich in dem was sie bezeichnen Großteils decken, „Erleben“ und „Erfahren“ im Deutschen keine Synonyme sind. Erfahrungen können gesammelt werden, „Erleben“ oder „Erlebnisse“ allerdings nicht. Während Erfahren Erleben voraussetzt ist das umgekehrt nicht der Fall. „Erleben“ ist immer an eine erlebende Person gebunden, sowie auf etwas bezogen, das erlebt wird. Das Wort „erfahren“ impliziert jedoch noch ein bisschen mehr: Wer „erfahren“ ist, der hat aus seinem Erleben gelernt. (Junge, Suber, Gerber, 2008, Einleitung)

Wir haben keinen direkten Zugang zum Erleben Anderer, oder gar zu unserem eigenen Erleben, deshalb ist das Sichtbarmachen unseres Erlebens von unserer Kommunikation abhängig. Aus diesem Grund tendieren heute viele Wissenschaftler dazu, die Konstitution unseres Selbst als eine narrative Leistung zu sehen. (Junge et al., 2008, Einleitung)

Diese Überlegungen machen deutlich, dass der Begriff des „Erlebens“ keinesfalls vorausgesetzt werden kann. Um sich dem Erleben des Klienten/der Klientin im personenzentrierten Therapiesgespräch annähern zu können, ist es notwendig, den Begriff zu klären und ihn von verwandten Begriffen abzugrenzen.

Es liegt der Schluss nahe, dass als Allgemeinwissen vorausgesetzt werden kann, was unter „Erleben“ zu verstehen ist. Um die Bedeutung des Begriffs, für das hier zu bearbeitende Feld der Psychotherapie und im Besonderen der Personenzentrierten Psychotherapie, später besser klären zu können, ist es für diese Arbeit dennoch wichtig den Erlebensbegriff einer intensiveren Betrachtung zu unterziehen.

2.1.2 Definition und Etymologie

Der Begriff des „Erlebens“ ist Teil der Alltagssprache und wird verwendet, um das, was uns widerfährt bzw. das, was wir mit unseren Sinnen aufnehmen, zu benennen. Der häufige Gebrauch des Begriffs fördert jedoch auch dessen unkritische

Verwendung. Es scheint als ob der Erlebensbegriff aus sich heraus verständlich ist und daher keiner Begründung mehr bedarf. Doch macht es gerade der selbstverständliche Gebrauch des Wortes „Erleben“ so schwierig, die Bedeutung des Begriffs mit anderen Worten zu erfassen. Eine kurze und prägnante Definition von „Erleben“ liefert der Duden: Erleben ist „der im Bewusstsein ablaufende, unmittelbar und unreflektierte Vorgang, in dem Ich und Welt ungeschieden gegenwärtig sind.“ (Schülerduden Philosophie, 2002, S. 117) Diese Definition macht deutlich, dass „Erleben“ immer an ein Bewusstsein und damit an ein erlebendes Individuum gebunden ist.

Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle ebenso kurz auf den Begriff „Erlebnis“ verwiesen, der sich ebenso im Wortfeld „Erleben“ findet. Das „Erlebnis“ unterscheidet sich vom „Erleben“ durch seine Punktualität bzw. Abgeschlossenheit (Sauerland 1972, S.27). Ein Erlebnis ist sozusagen ein Geschehnis, das durchlebt wurde. Eine andere Abgrenzung zum „Erlebten“ findet sich in der folgenden Definition: „Sofern Erlebtes aus dem alltäglichen Kontinuum des Erlebens in besonderer, bedeutsamer Weise herausgehoben erscheint, wird es zum Erlebnis“ (Schülerduden Philosophie, 2002, S. 117).

Sauerland (1972, Kap.1) macht in seinem Werk über Diltheys Erlebnisbegriff darauf aufmerksam, dass es sich bei dem Wort „erleben“ um eine relativ junge Wortschöpfung handelt. Studien über den Gebrauch des Verbs „erleben“ belegen eine verhältnismäßig seltene Verwendung des Wortes für das 18. Jahrhundert. So war der Begriff „erleben“ nicht einmal in allen gängigen Wörterbüchern jener Zeit zu finden. Sauerland weist in diesem Zusammenhang ebenso darauf hin, dass die damalige Verwendung des Wortes nicht der heute gängigen Bedeutung entspricht, die für diese Auseinandersetzung von Relevanz ist. So wurde „erleben“ vor allem dafür verwendet, um auszudrücken, dass jemand bis zu einem bestimmten Zeitpunkt lebt. Dieser Gebrauch des Verbs „erleben“ ist auch heute noch von Bedeutung, dennoch wird „erleben“ aktuell vor allem mit „sinnlichem erfahren“ in Verbindung gebracht.

Auf diesen Bedeutungsgehalt verweist bereits Goethes Wortprägung das „Erlebte“, die er erstmals 1809 gebrauchte. Goethe prägt den Begriff das „Erlebte“, welcher der „inneren Erfahrung“ gleichkommt, in einem Entwurf zu seiner Autobiographie.

Wenn Goethe in seinen Entwürfen zu der Fortsetzung von „Dichtung und Wahrheit“ von seinen Reiseerfahrungen- und Eindrücken berichtet, stellt er die inneren den äußeren Erfahrungen bzw. Eindrücken gegenüber. Dabei findet das „Erlebte“ ebenso Verwendung. Sauerland merkt an, dass sich in diesem Zusammenhang die Frage stellt, ob womöglich der Begriff des „Erlebten“ an diese bewusste Trennung von „Innen“ und „Außen“ gebunden ist (Sauerland 1972, Kap.1).

In diesem "Innen- und Außenaspekt" findet sich wiederum ein Verweis auf die dem Erleben innewohnende Perspektivität, die im Folgenden Abschnitt noch markanter hervortritt.

2.2 Das Phänomen „Erleben“

Bevor der von Rogers geprägte Erlebensbegriff des Personenzentrierten Ansatzes in den Blick genommen wird, soll im Folgenden dargestellt werden, welche Rolle „Erleben“ in der Psychotherapie ganz allgemein spielt. Um uns dem Begriff von Erleben in der Psychotherapie anzunähern, greifen wir in einem ersten Schritt auf eine Definition der modernen Psychologie zurück.

2.2.1 „Erleben“ versus „Verhalten“

Die moderne Psychologie nimmt im Rahmen ihrer Forschung drei wesentliche Aspekte in den Blick: Das menschliche Verhalten, das menschliche Erleben sowie die Gebilde der menschlichen Kultur und ihre Bedeutung für menschliches Erleben und menschliches Verhalten (Popp, 1995). Daraus ergibt sich eine Definition von Psychologie als der Wissenschaft vom Erleben und Verhalten.

Nach Lückert ist das Erleben eine Urerfahrung des menschlichen Existierens, die sich in verschiedener thematischer Ausprägung, wie z.B.: Vital-, Gefühls-, Denk-, Strebungs-, und Willenserleben, vollziehen kann. Dem gegenüber steht das Verhalten, das beispielsweise als Sozial-, Spiel-, Leistungs-, oder Ausdrucksverhalten auftreten kann. Das Verhalten sowie das Erleben sind sowohl von der psychischen Motivation (Motive wie Gefühle, Bedürfnisse, Antriebe, Strebungen), als auch von der transpsychischen Normation (Normen der Gesellschaft, des Brauchtums, der Religion, der Weltanschauung) bestimmt. Dieser Auffassung von Psychologie zufolge, zeigt sich Seelisches immer in zweifacher

Weise, im Innenaspekt des Erlebens und dem Außenaspekt des Verhaltens. Dabei wird das Verhalten durch die Fremdbeobachtung und das Erleben durch die Selbstbeobachtung erfasst (Popp, 1995, Kap.1).

Hier wird deutlich, dass eine Definition von Psychologie die sowohl das Verhalten als auch das Erleben ins Zentrum ihres Interesses stellt, neben der Perspektive des/der Forschenden ebenso die Perspektive des/der Beforschten impliziert. Während das Verhalten von außen sichtbar und beschreibbar ist, ist das Erleben immer an den Erlebenden/die Erlebende gebunden. Um das Erleben erfassen bzw. untersuchen zu können muss der/die Erlebende selbst darüber Auskunft geben.

2.2.2 Die Perspektive des/der Erlebenden

Für uns Menschen fühlt es sich, als mit einem Nervensystem ausgestattete Wesen, immer auf eine bestimmte Weise an. Die menschliche Praxis, vom Alltag bis zur Wissenschaft, wird immer von der subjektiven Dimension der Erfahrung begleitet. So bedeutet auch "Verstehen" im Sinne der Hermeneutik, immer mehr als bloßes Sprachverstehen. Wirkliches Verstehen liegt demnach erst dann vor, wenn auch der semantische Informationsgehalt, eines Textes oder einer Mitteilung, zum Erlebenden selbst in Beziehung gesetzt und verstanden wird (Heilinger & Jung, 2009, S. 2).

Phänomenale Zustände können nur aus der erstpersönlichen Erfahrungsperspektive wahrgenommen werden und entziehen sich so der naturalistischen Vorstellung von Welt, die in den Naturwissenschaften dominant ist. Die Begriffe "Qualia", "phänomenales Bewusstsein" bzw. "phänomenales Erleben" bezeichnen den subjektiven Erlebnisgehalt eines mentalen Zustandes. Da die Position, dass qualitatives Erleben für die vollständige Beschreibung der Wirklichkeit verzichtbar sei bzw. die naturwissenschaftlichen Tatsachen dafür ausreichen würden, kaum haltbar ist, stellt das Verständnis der Qualia ein zentrales Phänomen der Philosophie des Geistes dar. Die Unvereinbarkeit zwischen subjektiv erlebten mentalen Zuständen und deren reduktiv-materialistischer Deutung nimmt eine wichtige Rolle in den Qualia-Debatten ein, die sich seit Jahrzehnten dem Thema des phänomenalen, subjektiven Erlebens widmen. Wir können unser phänomenales Erleben nicht unabhängig von unserer Körperlichkeit erfahren, es ist uns nur aus der Innenperspektive direkt vertraut. (Heilinger & Jung, 2009)

2.2.3 Die Un-Fassbarkeit von qualitativem Erleben

Ob qualitatives Erleben wissenschaftlich erfassbar ist, hängt vor allem davon ab welcher Zugang gewählt wird. Spricht man diesem Phänomen von vornherein die Möglichkeit der intersubjektiven Überprüfbarkeit ab, ist es nicht möglich, das qualitative Erleben zum Gegenstand systematischer Untersuchungen zu machen (Marienberg, 2009).

Die Einzigartigkeit einer Wahrnehmung, wie einer Farbe, eines Klanges eines Geschmacks oder einer taktilen Empfindung, lässt sich anderen nicht mitteilen. Zwar ist es möglich darüber zu sprechen, das eigentlich Besondere der persönlichen Wahrnehmung kann durch eine gemeinsame Sprache jedoch nicht ausgedrückt werden. Das tatsächliche qualitative Erleben bleibt sprachlich unerreichbar. Allerdings kann dieses persönliche Erleben z.B. durch einen Vergleich zweier Zustände, intersubjektiv überprüft werden (Marienberg, 2009).

Weiter muss bedacht werden, dass qualitatives Erleben nie von der lebensgeschichtlichen Dimension des erlebenden Individuums getrennt gesehen werden darf, da sich die Bedeutung einer Wahrnehmung nicht allein im Rückgriff auf ein allgemeines Vorverständnis klären lässt. Jedoch ist auch ausgeschlossen, dass ein fremder Standpunkt vollständig eingenommen werden kann. Um die Erfahrungen bzw. das Erleben eines anderen verstehen zu können, ohne wissenschaftliche Neutralisierungen und ohne den eigenen Standpunkt aufzugeben, muss man sich aus der eigenen Perspektive heraus auf die des anderen einlassen (Marienberg, 2009).

Trotz der Unzulänglichkeit der Sprache als Vermittlerin von qualitativem Erleben würde der Verzicht auf jegliche Schematisierungen dazu führen, dass das Erleben zu einem unsagbaren „Etwas“ verkommt. Deshalb ist eine, immer wieder durch Forschung belebte, systematische Darstellung qualitativen Erlebens unverzichtbar (Marienberg, 2009).

Die vorangegangenen Betrachtungen zum Begriff und Phänomen "Erleben" machen deutlich, dass dieses untrennbar an das erlebende Subjekt gebunden ist und die tatsächliche Erfassung des Erlebens folglich nur aus der Subjektperspektive möglich ist.

Dieser Umstand spricht dafür bei der späteren Betrachtung des Klienten-Erlebens/Klientinnen-Erlebens in der Personenzentrierten Psychotherapie auch die Klienten-Perspektive/Klientinnen-Perspektive und deren Bedeutung für die Forschung zu berücksichtigen.

2.3 Erleben in der Psychotherapie

Um aufzeigen zu können, welche Rolle das „Erleben“ in der Psychotherapie spielt wenden wir uns jener Definition von Psychotherapie zu, die im österreichischen Psychotherapiegesetz zu finden ist und das Ergebnis einer längeren Diskussion darüber, was unter Psychotherapie zu verstehen ist, darstellt. Psychotherapie bezeichnet demnach

...die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewußte und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern (Kierein, 1994, S.118).

Aus dieser Definition geht hervor, dass Psychotherapie sowohl eingesetzt wird, um Verhaltensauffälligkeiten zu ändern, als auch, um subjektiv empfundenen Leidenszuständen entgegenzuwirken. Hier zeigen sich wiederum die zwei unterschiedlichen Perspektiven: Mit dem Blick auf das Verhalten kommt die Außenperspektive desjenigen in den Fokus, der das gegebene Verhalten als auffällig diagnostiziert. Werden die Leidenszustände in den Blick genommen, geht es um die Innenperspektive des Leidenden bzw. Erlebenden (Slunecko, 1999).

Pritz und Teufelhart (1996) sehen die Aufgabe der Psychotherapie darin, Erleben und Verhalten, das krankhaft oder abweichend erlebt wird, mittels Wort und Beziehung zu beeinflussen, die Natur des Menschen zu verstehen, sowie die Leidensgeschichte des Menschen in einen Bezugsrahmen zu stellen, der individuell erfahrbar ist. In dieser Sichtweise von Psychotherapie wird die Innenperspektive hervorgehoben, indem die Leidensgeschichte zusätzlich betont wird. Schließlich verweist Leiden ebenso, wie Erleben auf die Perspektive des Subjekts.

2.3.1 Die Psychotherapie - eine Wissenschaft vom Subjektiven

In der Psychotherapie nimmt das erkennende Subjekt eine besondere Stellung zu seinem Erkenntnisgegenstand ein. Schließlich ist die Psychotherapie auch für das Alltagsleben derer von Bedeutung, die sich mit ihr beschäftigen. Die Subjekt-Objekt-Nähe in der Psychotherapie führt dazu, dass die eigene Identität sowie das Alltagsbewusstsein der Forschenden bzw. jener die in der Psychotherapie tätig sind, in einem viel höheren Ausmaß, als in anderen Wissenschaften, mit thematisiert wird. Dieses Einfließen unterschiedlicher lebensweltlicher Erfahrungen wird in der Vielfalt der bis heute existierenden therapeutischen Schulen sichtbar (Slunecko, 1999).

Pritz und Teufelhart (1996) sprechen von der Psychotherapie als einer Wissenschaft vom Subjektiven. Die Autoren betonen, dass der psychotherapeutische Erkenntnisprozess ein gemeinsamer ist und sowohl an den Klienten/die Klientin als auch an den Therapeuten/die Therapeutin gebunden ist. Wichtig dabei ist, dass nur jene Erkenntnis die auch erlebnismäßig als solche wahrgenommen und verstanden wird, für den Klienten/die Klientin Gültigkeit hat. Psychotherapeutische Erkenntnis ist daher immer subjektiv bzw. kann nie objektiv sein. Wichtig ist auch, dass eine Erkenntnis erst im räumlichen bzw. zeitlichen Kontext der jeweiligen Person verstanden werden kann. Der Heilungsprozess in der Psychotherapie wird daher erst durch die Selbsterkenntnis des Klienten/der Klientin ermöglicht.

Die Abhängigkeit der Wirksamkeit von Psychotherapie von der subjektiven Erkenntnis des Klienten/der Klientin, äußert sich in dem Respekt vor dieser subjektiven Erkenntnis, welche alle Methoden der modernen Psychotherapie teilen. Dabei wird dem Patienten die wichtige Rolle des Selbstinterpreten seiner eigenen Wahrnehmung zugestanden (Pritz & Teufelhart, 1996).

Erleben trägt demnach einen unverzichtbaren Teil zur Psychotherapie bei. Sowohl das Erleben des Klienten/der Klientin aber auch jenes des Therapeuten/der Therapeutin sind Voraussetzung für den therapeutischen Prozess. In seiner Abhandlung über die Stellung der Psychotherapie zwischen Psychiatrie und Psychologie stellt Filz (1996) fest, dass der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin aufgrund der inneren Praxis Erkenntnisse generiert, während sich der Psychologe/die Psychologin sowie der Psychiater/die Psychiaterin beim Erkenntnisgewinn auf die äußere Praxis berufen. Der

Selbsterfahrung wird hier, im Gegensatz zur Psychotherapie, kaum Bedeutung beigemessen.

2.3.2 Eine phänomenologische Psychotherapieforschung

Psychotherapie befasst sich mit dem subjektiven, psychischen Leiden und Erleben von Menschen. Folgend sollte Psychotherapieforschung genau das erfassbar und beschreibbar machen. Bis heute dominiert jedoch das Paradigma des objektiven Beobachters, das sich auf vorgefasste Hypothesen und Konzepte zur Erfassung der Wirklichkeit stützt, die Psychotherapieforschung.

Eine Psychotherapieforschung, die den Menschen in seinem subjektiven Erleben erfassen möchte, muss beim einmaligen Wesen des Menschen ansetzen. Wolfram (1996) kreidet an, dass in der naturwissenschaftlich geprägten Psychotherapieforschung dem Einzelfall des Individuums kaum Rechnung getragen wird, da sich diese vor allem mit der Einteilung und Zuordnung von Symptomen bzw. Störungen beschäftigt. Krankheitsklassifikationen wie das in Österreich gebräuchliche System *ICD-10* stellen Mehrheitsbestimmungen über die Zugehörigkeit von quantifizierbaren Symptomen zu einer Krankheitskategorie dar und lassen die Subjektivität menschlichen Erlebens vollkommen außer Acht.

Nach Wolfram sollte Psychotherapieforschung phänomenologisch ausgerichtet sein, Verallgemeinerungen, wie oben beschrieben, entgegenwirken und dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin ein Mittel zur Seite stellen, das es zulässt, „den Menschen ohne vorgefassten Rahmen zu sehen, nicht schon im Vorhinein zu wissen, woran der Mensch leiden könnte, um dann die passende Technik anzuwenden“ (Wolfram 1996, S.325).

Da sich das sechste Kapitel dieser Arbeit im Detail dem Erleben des Klienten/der Klientin als Forschungsfeld der Personenzentrierten Psychotherapieforschung widmet und ausgehend davon ebenso Bezüge zu Entwicklung, Bedeutung, Aufgaben, Schwerpunkten usw. der Psychotherapie herstellt, folgt an dieser Stelle keine präzisere Darstellung.

Die bisherige Darstellung verdeutlicht, dass die Definition einer wissenschaftlichen Disziplin immer an das ihr zugrunde liegende Wissenschaftsverständnis sowie das jeweils vertretene Menschenbild gebunden ist. Da es keine einheitliche Definition

darüber gibt, was unter Psychotherapie zu verstehen ist, können auch keine eindeutigen Aussagen darüber getroffen werden, welcher Stellenwert dem Erleben in der Psychotherapie zukommt.

Um das im Rahmen dieser Forschung in den Blick genommene "Erleben" genauer bestimmen zu können, ist es notwendig den Fokus auf die Personenzentrierte Psychotherapie zu legen. Das folgende Kapitel widmet sich deshalb dem Personenzentrierten Ansatz nach Carl R. Rogers, um im darauffolgenden Kapitel der Frage nachgehen zu können, welche Bedeutung dem "Erleben" darin zukommt.

3 Der Personenzentrierte Ansatz

Der Personenzentrierte Ansatz, wurde 1940 von Carl R. Rogers, der ebenso Mitbegründer der Association of Humanistic Psychologie war, ins Leben gerufen. Dieser Ansatz ist auch der Humanistischen Psychologie zuzuordnen und die bereits vorgestellten Aussagen über die Humanistische Psychologie haben somit auch für die Personenzentrierte Psychotherapie Geltung.

3.1 Die Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes

Rogers entwickelte seinen Ansatz der Personenzentrierten Psychotherapie in Abgrenzung zu den vorherrschenden psychiatrischen und psychotherapeutischen Auffassungen des Behaviorismus und der Psychoanalyse. Seine Intention war die Etablierung einer phänomenologischen Theorie, welche "vor allem die Selbstdarstellungen (Symbolisierungen) der Klientinnen und Klienten und die ihnen zu Grunde liegenden Erfahrungen und Erscheinungen (Phänomene) ernst nimmt und sie so zu verstehen sucht, wie die Klientin oder der Klient selbst sie sieht" (Schmid & Keil, 2001, S.17).

3.1.1 Der Klient/die Klientin als Wegweiser

Rogers plädierte für eine Psychotherapie, welche die persönliche Entwicklung des Klienten/der Klientin zum Ziel habe, anstatt sich der Problemlösung zu verpflichten. Dabei sollte der Therapeut/die Therapeutin die Rolle des Experten/der Expertin zugunsten der Rolle des Begleiters/der Begleiterin aufgeben. Rogers legte damit den Grundstein für einen Paradigmenwechsel in der Psychotherapie (Schmid & Keil, 2001).

Während Rogers seinen Ansatz zu Beginn "nicht-direktiv" nannte, um ihn von lenkenden oder gar manipulativen Therapeutenverhalten zu distanzieren, wählte er später die Bezeichnung "Klientenzentriert". Dieser Name unterstreicht die Tatsache, dass die Aufmerksamkeit von Therapeut/Therapeutin und Klient/Klientin auf die innere Erlebenswelt des Klienten/der Klientin gerichtet ist und räumte das Missverständnis aus, nicht-direktiv sei gleichbedeutend mit passiv (Schmid & Keil, 2001).

Ein bedeutendes Forschungsergebnis besagt, dass die Beurteilung der therapeutischen Beziehung durch den Klienten/die Klientin in viel höherem Maße mit dem Therapieerfolg zusammenhängt als jene des Therapeuten/der Therapeutin. Dieses Forschungsergebnis führte dazu, dass zunehmend die Bedeutung des Klienten/der Klientin für die eigene aktuelle Erfahrung erkannt wurde. Damit ging eine Betonung der Erfahrung für den Klientenzentrierten Ansatz einher, die schließlich die Förderung der Selbstexploration und der Gefühlsverbalisierung in den Vordergrund rücken ließ (Schmid & Keil, 2001). Das bedeutet, dass das Augenmerk verstärkt darauf gelegt wurde, den Klienten/die Klientin dabei zu unterstützen, sich zu öffnen und seine Gedanken und Gefühle beschreiben zu können.

3.1.2 Eine dialogische Beziehung

In der späteren Arbeit Rogers wurde die therapeutische Situation immer mehr als dialogisch begriffen und damit neben dem Klienten-Erleben/Klientinnen-Erleben auch das Erleben des Therapeuten/der Therapeutin als immer bedeutender für die Personenzentrierte Psychotherapie begriffen. Psychotherapie wurde immer mehr als wechselseitiges Geschehen aufgefasst, in dessen Zentrum die therapeutische Beziehung steht (Schmid & Keil, 2001).

3.1.3 Die Ausweitung des Personenzentrierten Ansatzes auf andere Gebiete

Der spätere Name "Person(en)zentriert" für den von Rogers begründeten Ansatz ist auf die Übertragung des Ansatzes auf verschiedene Populationen sowie auf die anthropologische Bedeutung des Begriffs zurückzuführen. In den späteren Veröffentlichungen Rogers trat die Beschäftigung mit Gruppen sowie die Übertragung seines Ansatzes auf andere Gebiete immer mehr in den Vordergrund. Rogers widmete sich unter anderem der Pädagogik, Erwachsenenbildung, Partnerschaft, Familie, Großgruppen sowie der Konfliktlösung und Friedensarbeit und eröffnete mit seinem zunächst therapeutischen Ansatz schließlich den Weg zu einer umfassenden Theorie für die unterschiedlichsten Arten zwischenmenschlicher Beziehungen (Schmid & Keil, 2001).

Betrachtet man die Entwicklung die der von Rogers begründete Psychotherapieansatz vollzogen hat, wird deutlich, dass „das Erleben“ darin zunehmend an Bedeutung gewann.

3.2 Eine Definition

Um aufzuzeigen wie Rogers selbst den von ihm vorgelegten Ansatz verstand, greifen wir auf eine Definition zurück, welche er im Rahmen eines Beitrags für ein Psychiatrie-Handbuch 1980 für die Klientenzentrierte Psychotherapie verfasste:

Die klientenzentrierte Therapie entwickelte sich kontinuierlich als eine Form der Beziehung mit Menschen [way of being with persons], die heilsame Veränderung und Wachstum fördert. Ihre Zentrale Hypothese ist, daß die Person in sich selbst ausgedehnte Ressourcen dafür hat, sich selbst zu verstehen und ihre Lebens- und Verhaltensweisen [ways of being and behaving], konstruktiv zu ändern, und daß diese Ressourcen am besten in einer Beziehung mit bestimmten definierten Eigenschaften freigesetzt und verwirklicht werden können. Wenn der Therapeut oder eine andere hilfreiche Person ihr eigenes Echtsein, ihre Anteilnahme und ein tiefes gefühlsmäßiges, nicht urteilendes Verstehen empfindet und zum Ausdruck bringt, dann ist es am wahrscheinlichsten, daß eine solche Freisetzung und Veränderung stattfindet. Die Qualität der Beziehung ist von zentraler Bedeutung für den gesamten therapeutischen Prozeß (Rogers, 1991 [1980], S. 187.)

Anhand der vorgelegten Definition wird deutlich, dass Rogers im Laufe seiner Karriere zunehmend die therapeutische Beziehung als tragendes Element des therapeutischen Prozesses verstand. Die Basis dafür, wie eine derartige Beziehung etabliert werden kann, legte Rogers bereits 1957 in Form der notwendigen und hinreichenden Bedingungen vor.

Da diese Bedingungen einen zentralen Punkt in Rogers Therapietheorie einnehmen, werden wir sie in der Folge einer näheren Betrachtung unterziehen. Darüber hinaus stellen wir weitere wichtige Elemente aus Rogers Theorie vor, die uns für das Verständnis dieser unerlässlich erscheinen. Ergänzend zur Darstellung der wichtigsten Theorieelemente hinterfragen wir im Folgenden, welche Rolle das Erleben darin einnimmt.

3.3 Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen

Die von Rogers 1957 präsentierten sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für die Persönlichkeitsentwicklung beeinflussten die Psychotherapieforschung und das Verständnis von Psychotherapie nachhaltig. Bis heute bilden diese Bedingungen die Basis für das Verständnis einer jeden helfenden Beziehung.

Rogers Überzeugung zufolge sind es weder die angewandten Techniken noch das theoretische Wissen des Therapeuten/der Therapeutin, die eine konstruktive Veränderung beim Klienten/ bei der Klientin bewirken, sondern vor allem das psychologische Klima das der Therapeut/die Therapeutin schafft. Das heißt, es kommt über allem Maße auf das „Wie“ an. So kann derselbe Satz, dieselbe Äußerung eines Klienten/einer Klientin eine komplett andere Wirkung auf den Klienten/die Klientin haben, je nachdem wie sie ausgesprochen wurde. Wie der Therapeut/die Therapeutin dem Patienten/der Patientin im Gespräch gegenübertritt und welche Einstellungen ihm/ihr gegenüber für den Klienten/die Klientin spürbar werden, nimmt schließlich entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung der therapeutischen Beziehung und leistet damit den größten Beitrag zur Wirksamkeit der Psychotherapie (Höger, 2006).

Da dieses Klima kaum anhand von therapeutischen Handlungsregeln festgemacht werden kann, hat Rogers folgende sechs notwendige Bedingungen als Grundlage seiner Methode formuliert. Diese müssen in der therapeutischen Situation vorhanden sein, um eine konstruktive therapeutische Veränderung überhaupt erst zu ermöglichen:

1. Zwei Personen befinden sich in psychologischem Kontakt.
2. Die erste, die wir Klient nennen werden, befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz, ist verletzlich oder ängstlich.
3. Die zweite Person, die wir Therapeut nennen werden, ist kongruent oder integriert in der Beziehung.
4. Der Therapeut empfindet eine bedingungslose positive Zuwendung dem Klienten gegenüber.
5. Der Therapeut empfindet ein empathisches Verstehen des inneren Bezugsrahmens des Klienten und ist bestrebt, diese Erfahrung dem Klienten gegenüber zum Ausdruck zu bringen.
6. Die Kommunikation des empathischen Verstehens und der bedingungslosen positiven Zuwendung des Therapeuten dem Klienten gegenüber wird wenigstens in einem minimalen Ausmaß erreicht.
(Rogers, 1991a [1957], S. 168)

3.3.1 Eine Beziehung

Die erste Bedingung verlangt, dass zumindest ein Minimum an Beziehung vorhanden sein muss, damit es zu einer Persönlichkeitsveränderung kommen kann und stellt eine Art Vorbedingung dar. Dabei versteht Rogers unter dem „psychologischen Kontakt“, dass die beiden beteiligten Personen einander wahrnehmen, „dass jeder von ihnen im jeweiligen Erfahrungsfeld des anderen einen wahrnehmbaren

Unterschied ausmacht, selbst wenn der Einzelne sich dieser Wirkung nicht bewußt sein mag“ (Rogers, 1991a [1957], S. 169).

3.3.2 Der Zustand des Klienten/der Klientin - Inkongruenz

Unter dem Zustand der Inkongruenz auf Seiten des Klienten/der Klientin, der die zweite Bedingung umfasst, ist nach Rogers eine Diskrepanz zwischen der aktuellen Erfahrung des Organismus und dem Selbstbild des Individuums zu verstehen. In diesem Zustand ist das Individuum verletzlich und so für Ängste zugänglicher. Das Individuum erlebt die Inkongruenz als bedrohlich, auch wenn es kein Bewusstsein über den Inhalt der Bedrohung hat (Rogers, 1991a [1957]).

3.3.3 Die Haltung des Therapeuten/der Therapeutin - Echtheit, Akzeptanz & Empathie

Die dritte, vierte und fünfte Bedingung nach Rogers beziehen sich auf den Therapeuten/die Therapeutin bzw. die Haltungen welche dieser/diese im Therapiesgespräch gegenüber dem Klienten/der Klientin einnimmt.

Die dritte Bedingung bezieht sich auf die Echtheit des Therapeuten/der Therapeutin und besagt dass dieser/diese innerhalb der Beziehung zum Klienten/zur Klientin ganz er/sie selbst ist. Für Rogers bedeutet das, „dass er innerhalb der Beziehung frei und tief er selbst ist, wobei seine gegenwärtige Erfahrung exakt von seinem Bewusstsein, das er von sich selbst hat, repräsentiert ist“ (Rogers, 1991a [1957], S. 172).

Die nächste Bedingung stellt die bedingungslose positive Zuwendung des Therapeuten/der Therapeutin dar, welche dieser/diese dem Klienten/der Klientin entgegenbringt. Rogers begreift darunter ein Wertschätzen der Person des Klienten/der Klientin, das an keine Bedingungen des Akzeptierens gebunden ist. Die beschriebene Haltung schließt sowohl Akzeptanz für den Ausdruck von positiven als auch von negativen Gefühlen mit ein. Der Klient/die Klientin wird demzufolge als selbstständige Person mit eigenen Gefühlen und Erfahrungen angenommen (Rogers, 1991a [1957]).

Die fünfte Bedingung besagt, dass der Therapeut/die Therapeutin empathisches Verstehen für die Erlebenswelt des Klienten/der Klientin empfindet. Das bedeutet, dass der Therapeut/die Therapeutin über die Fähigkeit verfügt, die Gefühle des

Klienten/der Klientin zu spüren als wären es die eigenen, ohne jedoch eigene Gefühle darauf zu beziehen (Rogers, 1991a [1957]).

3.3.4 Wahrnehmung von Echtheit, Empathie & Akzeptanz

Die letzte der von Rogers aufgestellten Bedingungen bezieht sich auf die Wahrnehmung des Therapeuten/der Therapeutin durch den Klienten/die Klientin. Sie besagt, dass der Klient/die Klientin zumindest in einem minimalen Ausmaß die vom Therapeuten/der Therapeutin entgegengebrachte Akzeptanz und Empathie spüren muss. Das bedeutet, dass der Klient/die Klientin das Verhalten und das vom Therapeuten/von der Therapeutin Ausgesprochene so auffasst, dass er/sie sich in einem gewissen Maß akzeptiert und verstanden fühlt (Rogers, 1991a [1957]).

Wenn die vorgestellten Bedingungen gegeben sind, ist eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung beim Klienten möglich. Nach Rogers kann keine konstruktive Veränderung beim Klienten stattfinden, wenn auch nur eine der Bedingungen unerfüllt bleibt. Während die erste der sechs Bedingungen entweder zutrifft oder nicht, treten die restlichen fünf Bedingungen in verschiedenem Ausmaß auf. Rogers nimmt an, dass die Persönlichkeitsveränderung beim Klienten umso ausgeprägter ist, je höher das Ausmaß ist, in welchem die Bedingungen zwei bis fünf ausgeprägt sind (Rogers, 1991a [1957]).

Des Weiteren betont Rogers, dass er die von ihm aufgestellten notwendigen und hinreichenden Bedingungen für jede Situation als gültig erachtet, welche konstruktive Persönlichkeitsveränderung zum Ziel hat (Rogers, 1991a [1957]).

3.3.5 Erleben als Bedingung

Bei der Auseinandersetzung mit Rogers notwendigen und hinreichenden Bedingungen für die Persönlichkeitsentwicklung wird deutlich, dass keine dieser Thesen ohne das Element „Erleben“ auskommt. Für unser Anliegen ziehen wir den Schluss, dass sowohl das Erleben des Klienten/der Klientin als auch das des Therapeuten/der Therapeutin eine wichtige Rolle bei der Etablierung der therapeutischen Beziehung spielt, wobei verschiedene Dimensionen des Erlebens zum Vorschein kommen.

Im Rahmen der Psychotherapie richtet der Klient/die Klientin den Fokus auf das eigene Gefühlsleben und begibt sich damit in seine/ihre eigene Erlebenswelt, im Rahmen derer sich widersprüchliche Erfahrungen zeigen. Das bedeutet, dass das augenblickliche Erleben nicht mit dem Selbstbild vereinbar ist. Neben diesem Inkongruenz-Erleben des Klienten/der Klientin ist aber vor allem das Kontakterleben unerlässlich für die Etablierung der therapeutischen Beziehung. Der Klient/die Klientin muss in der Lage sein, den Therapeuten/die Therapeutin als Teil seines/ihres aktuellen Erlebensfeldes wahrzunehmen.

Zum anderen geht es um das Erleben des Therapeuten/der Therapeutin im Kontakt mit dem Klienten/der Klientin. Dass es sich bei den Haltungen, welche der Therapeut/die Therapeutin einnimmt um eine Art des Erlebens handelt, wird im Original noch deutlicher. So ist in Rogers Definition der 4. und 5. Bedingung für den therapeutischen Prozess wortwörtlich vom "experiencing" des Therapeuten die Rede: „the therapist is experiencing unconditional positive regard toward the client“ und „the therapist is experiencing an empathic understanding of the client's internal frame of reference“ (Rogers, 2001 [1959], S.238f). Der Therapeut/die Therapeutin muss Echtheit, Empathie und Wertschätzung erleben. Er muss dazu befähigt sein, sich in die Erlebenswelt des Klienten/der Klientin einzufühlen bzw. einzuleben.

Der Zusammenhang dieser unterschiedlichen Dimensionen des Erlebens in der Personenzentrierten Psychotherapie, die sowohl den Klienten/die Klientin als auch den Therapeuten/die Therapeutin betreffen, kommt bei Rogers explizit bei der Umarbeitung seines Verständnisses von Empathie zum Ausdruck:

Empathie bedeutet, die private Wahrnehmungswelt des anderen zu betreten und darin ganz und gar heimisch zu werden. Sie beinhaltet, in jedem Augenblick ein Gespür zu haben für die sich ändernden gefühlten Bedeutungen in dieser anderen Person,... Sie bedeutet schließlich, die Genauigkeit eigener Empfindungen häufig mit der anderen Person zusammen zu überprüfen und sich von ihren Reaktionen leiten zu lassen. Der Therapeut ist für die Person der vertraute Begleiter in ihrer inneren Welt. Indem er sie auf die möglichen Bedeutungen in ihrem Erlebnisfluß hinweist, hilft er ihr, sich auf einen Bezugspunkt zu konzentrieren, die Bedeutungen stärker zu erleben und im Erleben selbst Fortschritte zu machen. (Rogers, 2005 [1975], S.79)

3.4 Die Aktualisierungstendenz

Die Aktualisierungstendenz stellt eine grundlegende Prämisse der Personenzentrierten Psychotherapie dar. Sie besagt, dass jedem Organismus eine

motivationale Kraft eigen ist, die nach Selbstentfaltung, Autonomie, Weiterentwicklung und Komplexität strebt (Korunka, 2001).

Es wird angenommen, daß der Mensch wie jeder andere lebendige Organismus – Pflanze oder Tier – eine ihm innewohnende Tendenz hat, all seine Fähigkeiten auf eine Art und Weise zu entwickeln, die der Erhaltung oder Steigerung des Organismus dient. Dies ist eine zuverlässige Tendenz, die, wenn sie frei wirken kann, eine Person auf das hin bewegt, was mit den Begriffen Wachstum, Reife, Lebensbereicherung bezeichnet wird. (Rogers, 1991b [1980], S.211)

Dieser Auffassung zufolge tendiert jeder Mensch von Grund auf zur Entwicklung seiner Fähigkeiten. Die Aktualisierungstendenz ist allerdings vom Entwicklungsklima abhängig, und kann sich nur dann entfalten wenn die entsprechende psychische und physische Umgebung gegeben ist. Das bedeutet, dass die äußeren Bedingungen die angestrebte Aktualisierung fördern oder aber auch stören können (Schmid, 2001, Kap.2).

3.4.1 Selbstaktualisierung

Durch die dem Menschen eigene Fähigkeit des Bewusstseins und der Reflexion der eigenen Person, entwickelt dieser eine Vorstellung vom eigenen Selbst. Dieses Selbstkonzept erwächst beständig aus Erfahrungen des Individuums mit der eigenen Person in Beziehungen. Das Selbst resultiert demnach aus allen Erfahrungen, die sich auf das „Ich“ sowie die Beziehungen des „Ich“ zu seiner sozialen Umwelt beziehen sowie damit verbundenen Bewertungen. Daraus folgt, dass das Selbst nichts Festes, Abgeschlossenes ist, sondern beständig durch neue Selbst- und Beziehungserfahrungen in Veränderung begriffen ist (Schmid, 2001, Kap.2).

Als Teil des Organismus ist auch das Selbst der Aktualisierungstendenz unterworfen. Die auf das Selbst bezogene Aktualisierungstendenz wird in der Personenzentrierten Therapietheorie Selbstaktualisierungstendenz genannt (Schmid, 2001, Kap.2).

3.4.2 Aktualisierung erleben

Die Aktualisierungstendenz zeigt sich in der Entwicklung des Menschen anhand von Entwicklungsaufgaben, also lebensbeherrschenden Themen. Diese führen vom „Überleben“ über die „Sicherung des Erreichten“, bis hin zu Themen der Selbstverwirklichung und finden in Form von Wünschen, Hoffnungen,

Befürchtungen, Anstrengungen, und Konflikten Einzug in das Erleben (Höger, 2006, S.55f).

Umgelegt auf den therapeutischen Prozess bedeutet das, dass in der personenzentrierten Psychotherapie davon ausgegangen wird, dass Entwicklungsprozesse im Rahmen der Psychotherapie von dem Klienten/der Klientin selbst getragen werden. Da sich die Aktualisierungstendenz nur in einem entsprechenden Klima befriedigend auswirken kann, ist sie ebenfalls an die Umgebungsbedingungen gebunden. Somit kommt dem Therapeuten/der Therapeutin eine wichtige Rolle zu: Dieser/Diese hat die Aufgabe „diejenigen Bedingungen zu fördern, unter denen die erweiternden Anteile der Aktualisierungstendenz wirksam werden können, d.h. solche, unter denen der Patient Sicherheit und Schutz erfährt und sich frei von Bedrohung fühlen und entwickeln kann“ (Höger, 2006, S.56).

3.5 Der therapeutische Prozess

Sind die notwendigen und hinreichenden Bedingungen erfüllt, so kommt ein Prozess therapeutischer Veränderung in Gang. Durch das Erleben der beschriebenen Haltungen, der Echtheit, Wertschätzung und Empathie, welche dem Klienten/der Klientin vom Gegenüber entgegengebracht werden, ist es dem Klienten/der Klientin im Verlauf der Therapie zunehmend möglich, eine entsprechende Haltung ihm/ihr selbst gegenüber einzunehmen. Das bedeutet, dass der Klient/die Klientin schrittweise lernt, sich selbst so wie er/sie ist zu akzeptieren. Der Klient/die Klientin bewegt sich so in Richtung eines Zustandes, der von einem größeren Ausmaß von Kongruenz geprägt ist und ihn/sie dazu befähigt sich offener auszudrücken (Rogers, 1991b [1980]).

Rogers definierte für diesen Prozess eine Skala, welche von einer „rigiden Fixiertheit von Einstellungen, Konstrukten und Wahrnehmungen zu einer Veränderlichkeit und einem Fluß in allen diesen Bereichen“ reicht und in der Unmittelbarkeit des Erlebens gipfelt (Rogers, 1991b [1980], S. 204f).

Die optimal entwickelte Persönlichkeit beschreibt Rogers schließlich als die „fully functioning person“. Dieser Begriff ist gleichzusetzen mit optimaler psychischer Ausgeglichenheit, optimaler psychischer Reife, völliger Kongruenz, völliger Offenheit gegenüber Erfahrung und völliger Extensionalität. Diese Eigenschaften

sind alle Prozessmerkmale. So ist die „fully functioning person“ eine Person, die sich im Prozess befindet und sich ständig verändert. Spezifisches Handeln kann demnach nicht vorhergesagt werden, das Verhalten ist aber in jeder neuen Situation anpassungsfähig und die Person befindet sich ständig in einem Prozess der Selbstaktualisierung (Rogers, 2009 [1959], Kap.3).

Nach Rogers Theorie der voll entwickelten Persönlichkeit entwickelt sich der Mensch ständig in Richtung Vertiefung des Erlebens. Somit ist Rogers Theorie der Psychotherapie ebenso im Erleben begründet als auch auf dieses ausgerichtet.

4 Die Personenzentrierte Psychotherapie – Ein experienzieller Ansatz

Erfahrung ist für mich die höchste Autorität. Der Prüfstein für Gültigkeit ist meine eigene Erfahrung. Keine Idee eines anderen und keine meiner eigenen Ideen ist so maßgeblich wie meine Erfahrung. Ich muss immer wieder zur Erfahrung zurückkehren, um der Wahrheit, wie sie sich in mir als Prozess des Werdens darstellt, ein Stück näherzukommen. Weder die Bibel noch die Propheten, weder Freud noch die Forschung, weder die Offenbarungen Gottes noch des Menschen können Vorrang vor meiner direkten Erfahrung haben (Rogers, 2009 [1961], S.39).

Im letzten Abschnitt wurde der personenzentrierte Ansatz nach Rogers in seinen Grundlagen vorgestellt. Es konnte gezeigt werden, dass dem Erleben darin eine bedeutende Rolle zukommt. Im Rahmen dieses Kapitels legen wir den Fokus wiederum auf den Erlebensbegriff und zeigen auf, welche Definitionen dieses Begriffs sich in der Theorie der Personenzentrierten Psychotherapie finden.

4.1 Die Erlebens-Zentrierung der Humanistischen Psychologie

Bevor im Detail auf den Personenzentrierten Ansatz und die Rolle des "Erlebens" für diesen eingegangen wird, werfen wir einen Blick auf die Humanistische Psychologie, um auf deren eindeutige Erlebens-Zentrierung hinzuweisen.

Mit dem Wissen darüber, dass die Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie ihrer theoretischen Zuordnung zur Humanistischen Psychologie zu zählen ist, wird die Wichtigkeit des Erlebens für diesen Ansatz klar. Alle Positionen innerhalb der humanistischen Psychologie vereinen, dass das erfahrende Subjekt im Mittelpunkt des Interesses steht.

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts legte Brentano mit seiner Aussage, dass alle Erfahrung der Welt und ihrer Gegenstände von einem intentionalen Bewusstsein gemacht wird, den Grundstein für eine Phänomenologie. Diese lieferte unter anderem, auch wichtige Impulse für die Humanistische Psychologie und damit ebenso den Personenzentrierten Ansatz. Auf diesem Weg wurde eine Überwindung der Subjekt-Objekt-Trennung angestrebt, wobei die „Lebenswelt“ von Husserl zum Ausgangspunkt der Erfahrung des Menschen wurde und nicht objektiviert-messbare,

sondern sinnhaft-eigenwertige Aspekte des Lebens ins Zentrum der Betrachtung gerückt wurden (Kriz, 2007, Kap.1).

Die programmatischen Aussagen der Association of Humanistic Psychology, welche 1962 gegründet wurde, stellen deutlich die erlebende Person ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Das Erleben wird so beim Studium des Menschen zum vorrangigen Phänomen, während theoretische Erklärungen sowie sichtbares Verhalten in den Hintergrund rücken. Somit wird das „Erleben“ bzw. das „Selbsterleben“ in der Humanistischen Psychologie als wesentlich und reinen Beobachtungen des Verhaltens, als vorrangig eingeschätzt. Spezifische menschliche Eigenschaften, wie Kreativität, Selbstverwirklichung, Wertsetzung u.a. erfahren dabei eine besondere Betonung (Hutterer, 2006, Kap.1).

In der wissenschaftlichen Forschung der Humanistischen Psychologie kommt der Auswahl der Fragestellungen und Forschungsmethoden, welche an deren Sinnhaftigkeit bemessen werden, eine besondere Bedeutung zu. Darüber hinaus verpflichtet sich die Humanistische Psychologie der Aufrechterhaltung der Würde des Menschen sowie der Förderung der Entwicklung der jedem Menschen innewohnenden Kräfte und Fähigkeiten und der Entdeckung seines Selbst in der Beziehung zu anderen (Hutterer 2006, Kap.1).

So stellt das Erleben z.B. für Maslow, der ebenso ein Gründungsmitglied und wichtiger Vertreter der Association of Humanistic Psychology ist, eine notwendige Ergänzung der wissenschaftlichen Methoden dar, um den Menschen verstehen zu können. Im unmittelbaren Erleben sieht Maslow deshalb die primäre Erkenntnismethode (Kreuter-Szabo, 1988, S.36).

Die Aussagen der Gesellschaft für Humanistische Psychologie machen deutlich, dass das Erleben ein zentrales Phänomen für diese darstellt und dem Verhalten als vorrangig angesehen wird.

4.2 Der Erlebensbegriff in der Theorie Rogers

Bei der Eingrenzung des Erlebens-Begriffs für die Personenzentrierte Psychotherapie scheint es nur logisch, von Carl Rogers Definitionen auszugehen, welche dem Verständnis der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung zugrunde liegen.

Es liegt nahe in diesem Zusammenhang Rogers Werk „Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen“ heranzuziehen, um sein Verständnis von Erleben darzulegen. Bei diesem Werk Rogers handelt es sich um einen theoretischen Artikel, welchen er 1959 nach Aufforderung der American Psychological Association verfasste, um seine Erkenntnisse aus beinahe zwei Jahrzehnten Klientenzentrierter therapeutischer Arbeit darzustellen (Rogers 2009b [1959], S.10).

Seiner Theorie von Psychotherapie stellt Rogers in dieser Grundlegung eine Definition der für seine Arbeit wichtigsten Konstrukte voran. Eines dieser „systematischen Konstrukte“ betitelt Rogers mit „Erfahrung und damit zusammenhängende Konstrukte“. Im englischen Original liefert Rogers hier Definitionen von „experience“, als Nomen gebraucht, von „experience“ als Verb verwendet sowie für „feeling, experiencing of a feeling“. Hier fällt auf, dass die deutsche Übersetzung für „experience“ sowohl „Erlebnis“ als auch „Erfahrung“ zulässt und dementsprechend beide Begriffe angeführt werden (Rogers, 2001, 2009b [1959]).

Erlebnis bzw. Erfahrung schließt nach Rogers all das mit ein, „was sich innerhalb des Organismus in einem bestimmten Augenblick abspielt und was potenziell der Gewährwerdung zugänglich ist. Er schließt Ereignisse ein, deren sich das Individuum nicht gewahr ist, ebenso wie Phänomene, die im Bewusstsein (consciousness) sind“ (Rogers 2009b [1959], S.27).

Als synonyme Begriffe führt Rogers „Erlebnisfeld“ oder „Phänomenales Feld“ an, welche nach seinem Verständnis ebenso mehr als das Phänomen des Bewusstseins abdecken. Auch die Begriffe „sensorische und viscerale (=intuitive) Erfahrungen“ und „organismische Erfahrung“, welche in früheren Werken Rogers Verwendung fanden, beziehen sich auf diese Konzeption von Erfahrung.

Erleben bzw. erfahren (als Verb gebraucht) meint nach Rogers, „dass die sensorischen und physiologischen Einflüsse, die in einem bestimmten Augenblick vorhanden sind, den Organismus erreichen“ (Rogers 2009b [1959], S.28).

Neben dem Konstrukt „Erfahrung“ finden sich in Rogers „Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen“

Definitionen aller systematischen Konstrukte, die für Rogers Theorie der Psychotherapie von Bedeutung sind. Bei der Durchsicht dieser Definitionen wird deutlich, dass kaum eines dieser Konstrukte ohne den Begriff „Erfahrung“ oder „Erlebnis“ auskommt. Dieser Umstand betont die enge Zusammengehörigkeit des „Erfahrungs-Begriffs“ und der Theorie der Personenzentrierten Psychotherapie.

4.3 Das Experiencing-Konzept Gendlins

Bei der Klärung des Erlebens-Begriffs für die Personenzentrierte Psychotherapie bezieht sich Rogers auf Gendlins Experiencing-Konzept. So kann dieses Konzept zum einen als Erweiterung oder Ergänzung zu Rogers Therapietheorie aufgefasst werden, wie es in der Praxis auch vielfach geschieht. Zum anderen zeigen sich bei der genaueren Betrachtung von Rogers und Gendlins Erlebensbegriff aber auch Widersprüche.

In jedem Fall hat das von Gendlin beschriebene „Experiencing“ wichtige Bedeutung für das Verständnis des Klienten-Erlebens/Klientinnen-Erlebens in der Personenzentrierten Psychotherapie. Aus diesem Grund stellen wir die wichtigsten Punkte dieses Konzepts, sowie die daran gebundenen Implikationen für das im Rahmen dieser Arbeit relevante Phänomen des Klienten-Erlebens/Klientinnen-Erlebens, im Folgenden zusammenfassend dar.

Empirische Untersuchungen stützten die Vermutung, dass es bei manchen Klienten/Klientinnen im Verlauf einer Therapie nicht selbstständig zu einer Vertiefung des Erlebens kommt. Angeregt durch diese Annahme entwickelte Gendlin das Konzept des „Experiencing“ (Keil, 2001).

4.3.1 Definition

Gendlin versteht unter „Experiencing“ das konkrete im Augenblick vor sich gehende, gefühlsmäßige Erleben eines Individuums. Die Aufmerksamkeit des/der Erlebenden liegt dabei auf einem gefühlten Erlebnisgegenstand, welcher nicht klar verbal fassbar sein muss, allerdings in seiner Bedeutung zumindest im Ansatz körperlich empfunden wird. Durch vorerst unvollständige Symbolisierungen des Erlebens, welche z.B. in Form von Vermutungen ausgesprochen werden, kommt der Prozess des Experiencing ins Laufen. Im Rahmen dieses Vorgangs kann der Klient/die

Klientin im besten Fall die Bedeutung bestimmter Erlebensinhalte klären (Bense, 1977, S.9).

4.3.2 „Experiencing“ als Therapieziel

Durch die Betonung des Experiencing etablierte Gendlin ein neues Therapieziel für die Personenzentrierte Psychotherapie: die Vertiefung des Experiencing-Prozesses. Gendlins Erlebens-Konzept weicht diesbezüglich grundlegend von Rogers Vorstellung ab. Im Gegensatz zu Rogers begreift Gendlin nicht die therapeutischen Grundhaltungen als wichtigste Bedingung für Persönlichkeitsveränderung, sondern das Anstoßen bzw. Vertiefen eines bestimmten Erlebensprozesses im Klienten/der Klientin (Keil, 2001, Kap.2).

Daraus ergibt sich auch für den Begriff der Inkongruenz die Möglichkeit einer anderen Auslegung. Rogers versteht unter Inkongruenz wenn die aktuelle Erfahrung und das Selbstbild eines Individuums nicht übereinstimmen. Unter Bezugnahme auf das Experiencing-Konzept, kann Inkongruenz allerdings auch als Folge der nicht ausreichenden bzw. nicht treffenden Symbolisierung von Erleben verstanden werden (Rennie, 1998, Kap.1).

Diese Orientierung auf den Erlebens-Prozess des Klienten/der Klientin wird im Begriff „experiential therapy“ deutlich. Unter dieser Bezeichnung sind unterschiedliche Therapiekonzepte, wie z.B. die Therapie mit „Focusing“ nach Gendlin und der „process-experiential approach“ von Greenberg, Rice und Elliott zu finden, welche ihren Ursprung alle in Rogers Therapieansatz haben (Keil, 2001, S.127).

4.4 Zusammenfassung

Anhand der letzten beiden Kapitel konnte ausführlich diskutiert werden, welche Bedeutung dem Erleben in der Personenzentrierten Psychotherapie zukommt. Es konnte aufgezeigt werden, dass die Personenzentrierte Psychotherapie eine eindeutige Erlebens-Zentrierung aufweist. Darüber hinaus wurde deutlich, dass dieses Erleben in den unterschiedlichsten Formen zum Ausdruck kommt.

Bevor wir uns in der Folge dezidiert dem Klienten-Erleben/Klientinnen-Erleben und die daran gebundene Klienten-Perspektive/Klientinnen-Perspektive widmen, fassen

wir an dieser Stelle noch einmal zusammen wie sich das Erleben in der Personenzentrierten Psychotherapie zeigt.

Das Erleben bzw. die Hinführung zu einem vielfältigeren Erleben auf Seiten des Klienten/der Klientin kann als Ziel der Personenzentrierten Psychotherapie aufgefasst werden. Der Fluss des Erlebens soll, unterstützt durch die Haltung, die der Therapeuten/die Therapeutin gegenüber dem Klienten/der Klientin einnimmt, (wieder) in Gang gesetzt werden. Das Optimum an Erlebens-Fähigkeit manifestiert sich bei Rogers in der Vorstellung der Fully-Functioning-Person, die als Höhepunkt der Entwicklung verstanden wird. So gesehen geht es bei der Personenzentrierten Psychotherapie um ein Einwirken auf das Erleben des Klienten/der Klientin, um dieses in der Folge zu erweitern bzw. zu entfalten.

Auch das Erleben des Therapeuten spielt eine bedeutende Rolle. Das kommt besonders bei den von Rogers aufgestellten hinreichenden und notwendigen Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung zum Tragen. Es ist die Aufgabe des Therapeuten, sich in den Klienten/die Klientin einzufühlen bzw. dessen persönliche Erfahrungswelt „mitzuerleben“.

Ein weiterer wichtiger Erlebens-Bezug wird in Rogers' Ansatz durch den Begriff „Experiencing“ erfasst. Rogers hat diesen Begriff, der sich auf ein gegenwartsbezogenes Erleben verweist, von Gendlin übernommen. Das im Moment-Erleben können ist insofern von Bedeutung für die Personenzentrierte Psychotherapie, insofern es als Element auf den Weg hin zu einem echten, authentischeren Erleben gesehen werden kann.

5 Die Perspektive des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie

In den vorangegangenen Kapiteln konnte gezeigt werden, welche Implikationen dem Begriff und dem Phänomen "Erleben" eigen sind und welchen Stellenwert dieses Erleben in der Personenzentrierten Psychotherapie einnimmt.

Um dem Ziel dieser Forschung, der Annäherung an das Erleben des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie gerecht zu werden, ist es in einem weiteren Schritt notwendig, das Erleben des Klienten/der Klientin und damit dessen/deren Perspektive in der Personenzentrierten Psychotherapie genauer in den Blick zu nehmen.

Die Beschäftigung mit Rogers Theorie von Psychotherapie macht deutlich, dass diese die therapeutische Beziehung und damit auch das Erleben des Klienten/der Klientin sowie des Therapeuten/der Therapeutin ins Zentrum stellt. Rogers legte nicht nur Variablen für den Therapeuten/die Therapeutin fest, sondern betonte in diesem Zusammenhang auch, dass der Klient/die Klientin die bedingungslose Wertschätzung, die Empathie und die Echtheit des Therapeuten/der Therapeutin auch wahrnehmen muss, um den therapeutischen Prozess in Gang zu bringen (Rogers, 2009b [1959]). Dieser Anspruch Rogers spricht dafür, dass Rogers das Erleben des Klienten/der Klientin und somit dessen Sicht auf die Therapiesituation als wichtig einschätzt.

Von besonderem Interesse für unsere Arbeit ist in diesem Zusammenhang, ob die Betonung des Erlebens, und damit auch des Erlebens des Klienten/der Klientin, in der Personenzentrierten Psychotherapie, ebenso den Einbezug der Perspektive des Klienten/der Klientin zur Folge hat. Es stellt sich die Frage, inwiefern die Erste-Person-Perspektive des Klienten/der Klientin in der Theorie der Personenzentrierten Psychotherapie sowie der Personenzentrierten Psychotherapieforschung Berücksichtigung findet.

5.1 Aus der Sicht des Klienten/der Klientin

Um die aufgeworfene Frage beantworten zu können, richten wir unseren Blick zuerst auf Rogers Schriften und darin enthaltene Hinweise auf den Einbezug der Klienten-Perspektive/Klientinnen-Perspektive in Rogers Therapietheorie.

In seinem 1951 erschienen Buch „Client-Centered Therapy“ widmete Rogers ein ganzes Kapitel „Der therapeutischen Beziehung, wie sie der Klient erfährt.“ In der Einleitung macht der Autor darauf aufmerksam, dass es sich bei der „Art und Weise, wie der Klient die Interviews wahrnimmt oder erfährt“ um ein neues Forschungsgebiet handelt, welches einen wichtigen Teil zur Psychotherapieforschung beitragen könnte. Rogers beruft sich in diesem Zusammenhang auf die durch seine Forschungen begründete Erkenntnis, „dass die Wahrscheinlichkeit therapeutischen Fortschritts in einem bestimmten Fall weder von der Persönlichkeit des Beraters noch von seinen Techniken und nicht einmal von seinen Einstellungen abhängt, sondern vorwiegend von der Art, wie der Klient in der Beziehung all diese Dinge erfährt“ (Rogers, 1973 [1951], S.73).

Rogers betont die zentrale Rolle der Wahrnehmung der Therapiesprache des Klienten/der Klientin und welchen enormen Einfluss diese auf den Verlauf der Therapie hat: „Die Art und Weise, wie der Klient es sieht, entscheidet darüber, ob Konfliktlösung, Reorganisation, Wachsen und Integration – all die Elemente, die die Therapie ausmachen – eintreten“ (Rogers 1973 [1951], S.73).

Ausgehend von dieser Feststellung formuliert Rogers zwei Fragen, welche für die Weiterentwicklung von Psychotherapie von großer Relevanz sind, allerdings, mit Rogers damaligen Wissensstand kaum zu beantworten sind: „Was bedeutet es, dass der Klient eine Beziehung als therapeutisch erfährt, und wie können wir es fördern, dass eine Beziehung als therapeutisch erfahren wird?“ (Rogers 1973 [1951], S.73).

Rogers Aussagen darüber, wie der Klient/die Klientin die Therapie erfährt, stellen den Versuch dar, das unvollkommene bzw. noch nicht durch Forschung begründete Wissen, zu sammeln. Rogers bezieht sich bei diesen Aussagen zum Teil auf Therapieausschnitte, vorwiegend aber auf direkte Feststellungen von Klienten/Klientinnen, welche diese im Anschluss an Therapiestunden in Form von persönlichen Berichten festhielten (Rogers 1973 [1951]). Hier wird deutlich, dass

Rogers bereits sehr früh auf die große Bedeutung des Klienten-Erlebens/Klientinnen-Erlebens für die Psychotherapie aufmerksam wurde und sich unter anderem auf persönliche Aussagen von Klienten/Klientinnen berief, um deren Erleben genauer erfassen zu können.

In seinem 1975 erschienenen Artikel „Empathic: An Unappreciated Way of Being“ stellt Rogers fest, dass Klienten/Klientinnen das Maß an Empathie besser einschätzen können als Therapeuten/Therapeutinnen. Er bezieht sich dabei auf Forschungsergebnisse, die zeigen, dass die Wahrnehmung der Empathie durch die Klienten/Klientinnen mit der von außenstehenden, neutralen Beobachtern/Beobachterinnen nahezu übereinstimmt. Die Einschätzung der Therapeuten/Therapeutinnen, darüber wie viel Empathie dem Klienten/der Klientin entgegengebracht wird, weicht allerdings deutlich davon ab. Rogers zieht daraus folgenden Schluss: „Wenn wir bessere Therapeuten werden wollen, sollten wir vielleicht unsere Klienten auffordern, uns zu sagen, ob wir sie genau verstehen“ (Rogers, 2005[1975], S.84).

Die eben zitierten Aussagen sollen beispielhaft aufzeigen wie sehr Rogers daran gelegen war, seine Psychotherapie am Erleben des Klienten/der Klientin auszurichten. Rogers zeigte als praktizierender Psychotherapeut sowie als Theoretiker großes Interesse daran „wie der Klient/die Klientin all diese Dinge erfährt“ und war sich darüber bewusst, dass vieles darüber im Verborgenen bleibt, wenn nicht der Betroffene/die Betroffene selbst zu Rate gezogen wird.

5.2 Rogers als Forscher – Zwischen Subjektivität und Objektivität

Während Rogers in seiner therapeutischen Vorgehensweise sowie in deren schriftlicher Rekonstruktion im Rahmen seiner Publikationen, an der Zentrierung auf das Erleben sowie den Einbezug auf die Perspektive des Klienten/der Klientin festhält, gilt das nicht für die von ihm begründete empirische Psychotherapieforschung.

Diese Problematik begründet sich in der Tatsache, dass nur die Dritte-Person-Perspektive, also die externe Beobachtung und Beschreibung des Erlebens, Anerkennung in der Psychotherapieforschung fand. Der Einbezug der Erste-Person-Perspektive widerspricht dem naturwissenschaftlichen-positivistischen Modell und

konnte deshalb, trotz Bemühungen, auch von Rogers nur begrenzt in die Forschung mit einbezogen werden (Kriz, Slunecko 2007, Einleitung). Der folgende Abschnitt widmet sich Rogers Beitrag als Psychotherapieforscher und dem Aufzeigen der angesprochenen Diskrepanz.

5.2.1 Rogers als Pionier der Psychotherapieforschung

Rogers Leistungen für die Psychotherapie sind sehr vielfältig und schließen neben der Begründung seines Psychotherapieansatzes ebenso Pionierarbeit in der Psychotherapieforschung mit ein. Dazu zählen die Tonbandaufnahmen von Therapiegesprächen sowie die Publikation von vollständigen Psychotherapiefällen, welche einen wichtigen Beitrag zur Entmystifizierung der Therapiesituation und damit der Aktion zwischen Therapeut/Therapeutin und Klient/Klientin lieferten (Biermann-Ratjen, Eckert, Schwartz 2003, Kap. 3).

Durch das Aufzeichnen von Therapiegesprächen konnte das Therapiegeschehen unmittelbar untersucht werden und in der Theorie aufgestellte "Wenn-dann-Beziehungen" überprüft werden. Darüber hinaus führte Rogers selbst viele Forschungen zur Beratung und Psychotherapie durch und regte auch zu deren vermehrter Durchführung an (Thorne 1992, S.39f).

Hier muss jedoch angemerkt werden, dass Rogers Festhalten an dem, ihn nur wenig überzeugendem, medizinischem Modell, eine Voraussetzung der Anerkennung seines Ansatzes in amerikanisch-akademischen Kreisen seiner Zeit darstellte. Letzteres versprach wiederum die Möglichkeit der finanziellen Unterstützung für seine universitäre Forschung (Kriz, Slunecko, 2007, Einleitung). Rogers Bemühungen seinen Ansatz wissenschaftlich zu begründen, ließen ihn schließlich bereits ab Mitte der 50er Jahre zu einem der führenden empirischen Therapieforscher aufsteigen. Seine empirische Forschungsarbeit brachte ihm neben dem ersten Wissenschaftspreis der American Psychological Association (APA) ebenso hohe finanzielle Förderungen ein (Kriz, 2007).

Trotz der hohen Errungenschaften, die Rogers von Seiten der empirischen Forschungsgemeinschaft zuteilwurden, wäre es ebenso falsch ihn dieser als gänzlich zugehörig zu bezeichnen. Wie bereits angedeutet wurde, stand Rogers der empirischen und positivistischen Wissenschaftshaltung zwiespältig gegenüber.

Obwohl es ihm nie möglich war den positivistischen Weg zu überwerfen, wird in seiner Forschung doch seine wahre Geisteshaltung deutlich: der Humanismus (Kriz, 2007).

5.2.2 Kritik am Positivismus

Rogers sprach sich explizit gegen das medizinische Modell aus, das er für die zwischenmenschliche Beziehung als ungeeignet empfand. Dieses Modell steht in einem starken Kontrast zu Rogers therapeutischer Vorgehensweise und deren Verschriftlichung in seinen Werken.

Meines Erachtens besteht ein großer Mangel an kreativem Denken und Theoretisieren bezüglich der Methoden der Sozialwissenschaften. In unserem Team besteht der Eindruck, dass der logische Positivismus, die Philosophie, in der wir von Berufs wegen aufgewachsen sind, nicht notwendigerweise der Weisheit letzten Schluss darstellt. Vor allem nicht in einem Bereich, in dem das Phänomen der Subjektivität solch eine wichtige und zentrale Rolle spielt. (Rogers 2009 [1959], S.91)

Das Dilemma zwischen subjektiv und objektiv war Rogers zwar vollends bewusst, Ausweg bot sich ihm jedoch keiner. So hoffte er auf eine neue Sichtweise, welche sowohl den Auftrag der Wissenschaftlichkeit nachkommen würde, als auch dem existierenden Subjekt, dem ihm gebührenden Raum zur Verfügung stellen zu vermochte (Kriz, Slunecko, 2007, Einleitung).

Als Psychotherapieforscher sah Rogers seine Aufgabe vor allem darin, einen Beitrag für die allgemeine Theorie der Psychotherapie zu leisten. Für Rogers lag ein Ziel der Psychotherapie darin, mit Hilfe der Vermehrung von objektiv überprüfem Wissen, schließlich das Ende der unterschiedlichen Richtungen in der Psychotherapie einzuläuten. Er plädierte für eine Psychotherapie die an der Therapiepraxis orientiert ist und setzte sich dafür ein, dass dogmatische und rein theoretische Formulierungen in der Psychotherapie zunehmend an Bedeutung verlieren (Hutterer, 1992, S.72).

Da die Grundhaltungen Rogers in seiner Wissenschaftsauffassung besonders deutlich werden, widmen wir uns diesen im Folgenden näher.

5.2.3 Rogers Verständnis von Wissenschaft

Die humanistische Psychologie verschrieb sich zwar von Beginn an dem Ziel einer lebensnahen Wissenschaft, eine Annäherung daran erfolgte allerdings sehr zaghaft.

Wie besonders auch im Teilbereich der Personenzentrierten Psychotherapie offenkundig wurde, führte die Nähe zum naturwissenschaftlichen Forschungsparadigma zu einer Zwiespältigkeit in der sich Phänomenologie und Empirie gegenüberstanden. Bei der Psychotherapie handelt es sich um eine Wissenschaft, die sich der Begegnung von Menschen widmet und damit auch subjektive Betroffenheit impliziert. Die beschriebene Spannung zwischen Subjektivität und Objektivität wird durch diese Tatsache zusätzlich verstärkt (Hutterer, 1984).

Rogers sah dieses Spannungsfeld allerdings keineswegs als Hindernis an, sondern begrüßte die Auseinandersetzung damit als Quelle für Entwicklung und Veränderung, hin zu einer adäquateren Auffassung der Wissenschaft vom Menschen. Dass Rogers selbst nach diesem Zugang lebte, wird deutlich, wenn der Einfluss seiner jahrzehntelangen Erfahrungen als praktizierender Forscher und Psychotherapeut als Basis seiner wissenschaftsphilosophischen Auffassung begriffen wird. Die von Rogers eingeforderte „Authentische Wissenschaft“ scheut den Einbezug der persönlichen Erfahrungen des Forschers/der Forscherin nicht, sondern fordert ihn heraus. Die von Rogers angestrebte, offene und authentische Wissenschaft sollte eine umfassende Wissenschaft vom Menschen darstellen, welche diesen sowohl in seiner phänomenologischen Welt als auch in seinem äußeren Verhalten versteht. Darüber hinaus fordert Rogers Offenheit in Bezug auf unterschiedliche Forschungsmethoden und -konzepte und plädiert für das parallele Nutzen unterschiedlicher Erkenntnisquellen (Hutterer, 1984).

Der persönlichen Partizipation und Involviertheit des Forschers/der Forscherin kommt in dieser Vorstellung von Wissenschaft eine große Bedeutung zu:

Diese Wissenschaft würde im Prozess des Forschens das auf den persönlichen Erfahrungen des Forschers basierende „subjektive Wissen“, das sich aus der empathischen Kommunikation mit anderen ergebende „interpersonale Wissen“ und das mit Hilfe beobachtbarer Operationen gewonnene „objektive Wissen“ in angemessener Beziehung verarbeiten und die Person und Perspektive des Forschers genauso wie die Person und Perspektive des erforschten Subjekts einschließen. (Hutterer 1984, S.32)

Diese Aussage fasst Rogers Verlangen nach einer „authentischen Wissenschaft“ prägnant zusammen und stellt klar, dass eine derartige Wissenschaft nicht ohne die Berücksichtigung der Perspektive des erforschten Subjekts, also des Klienten/der Klientin, auskommt.

6 Die Erste-Person-Perspektive in der personenzentrierten Psychotherapieforschung

Im Rahmen des letzten Abschnitts konnte klar herausgearbeitet werden, dass über lange Zeit hinweg in der Personenzentrierten Psychotherapie eine Diskrepanz zwischen Theorie und Forschungspraxis herrschte, welche sich negativ auf den Einbezug der Klienten-Perspektive/Klientinnen-Perspektive auswirkte. Bis heute ist eine Dominanz der quantitativen Psychotherapieforschung auszumachen. Allerdings sind die Möglichkeiten des Einbezugs der Sichtweisen von Klienten/Klientinnen durch die zunehmende Etablierung der qualitativen Forschung heute größer denn je.

Im Rahmen dieses Kapitels beantworten wir zum einen die Frage nach dem Bedarf eines Einbezugs der Perspektive des Klienten/der Klientin in die Psychotherapieforschung. Zum anderen geben wir einen Überblick des gegenwärtigen Forschungsstandes und zeigen wie dem Einbezug der Perspektive des Klienten/der Klientin in der qualitativen Psychotherapieforschung Rechnung getragen wird.

Die Psychotherapieforschung unterscheidet je nach Fragestellung zwischen den Teilbereichen Indikationsforschung, Ausbildungsforschung, Effektivitätsforschung und Prozessforschung. Während Rogers Studien vor allem zum Ziel hatten, die Wirksamkeit der Personenzentrierten Psychotherapie nachzuweisen und somit vorwiegend der Effektivitätsforschung zugehörig sind, kann die im Rahmen dieser Arbeit realisierte Forschung der Prozessforschung zugeordnet werden. Dieser Bereich der Psychotherapieforschung macht es sich zum Ziel, die theoretischen Annahmen über die Wirkungsbedingungen der Personenzentrierten Psychotherapie empirisch nachzuweisen (Frohberg, 2007).

6.1 Argumente für den Einbezug der Perspektive des Klienten/der Klientin - Ergebnisse der Prozessforschung

Frohberg (2007) nennt in ihrem Artikel zur "Forschung in der Gesprächspsychotherapie" einige theoretische Annahmen, welche im Rahmen der Prozessforschung bestätigt werden konnten. Im Folgenden gehen wir auf einige

dieser Forschungsergebnisse, die auch für unsere Forschung zum Klienten-Erleben/Klientinnen-Erleben relevant erscheinen, näher ein.

Im Rahmen der Prozessforschung zur Gesprächspsychotherapie konnte unter anderem der enge Zusammenhang von Selbsterfahrung, Selbstexploration des Klienten/der Klientin und positiven Therapieergebnissen eindeutig belegt werden. Darüber hinaus gilt als nachgewiesen, dass die Selbsterfahrung des Klienten/der Klientin durch das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot gefördert werden kann (Frohberg, 2007).

6.1.1 Interaktionsbezogenheit

Frohberg (2007) betont in diesem Zusammenhang allerdings, dass es in Forschungen vielfach zur Operationalisierungen kam. Das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot wurde häufig auf die Variablen Empathie, Kongruenz und emotionale Zuwendung verkürzt, wodurch sich die Forschung nachweislich von der therapeutischen Praxis entfernte. Personenzentrierte Therapeuten/Therapeutinnen bedienen sich in der Regel allerdings nicht zentraler, zu realisierender Therapeutenvariablen, sondern eines gesprächspsychotherapeutischen Verhaltensrepertoires, welches sie auf die jeweilige Situation und den/die jeweilige/n Klienten/Klientin abstimmen.

Frohberg (2007) plädiert aus diesem Grund für eine interaktionsbezogene Prozessforschung für die Gesprächspsychotherapie, welche die Prozessmerkmale des Therapeuten/der Therapeutin, des Klienten/der Klientin sowie der Therapiesituation ausführt und ihre Wirkung aufeinander erfasst und klärt.

6.1.2 Subjektzentrierung

Des Weiteren stellt Frohberg (2007) klar, dass die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie davon abhängt, ob der Klient/die Klientin das Therapieangebot annimmt und für sich nutzen kann. Das bedeutet, dass nicht zwingend die objektive Qualität des therapeutischen Beziehungsangebots ausschlaggebend ist, sondern das Ausmaß indem diese von dem Klienten/der Klientin wahrgenommen wird. Dieses Argument spannt den Bogen zurück zu Rogers, dem bereits 1951 Forschungsergebnisse vorlagen, die dafür sprachen, dass

therapeutischer Fortschritt vor allem daran gebunden ist, wie der Klient/die Klientin die Therapiegespräch erlebt (Rogers, 1973 [1951]).

Dieser Erkenntnis folgend spricht sich Froberg (2007) für eine Ergänzung der objektbetrachtenden Forschung von außen, um eine subjektzentrierte Prozessforschung zur Erfassung des persönlichen inneren Erlebensrahmens aus.

Des Weiteren weist Froberg (2007) darauf hin, dass die Gesprächspsychotherapieforschung der letzten Jahrzehnte wiederum ein Problem offen zutage bringt, dessen sich Rogers bereits bewusst war: Das naturwissenschaftlich ausgerichtete empirische Forschungsparadigma wird dem Gegenstand der Gesprächspsychotherapie nur eingeschränkt gerecht.

6.2 Auf dem Weg zu einer adäquaten Psychotherapieforschung

Immer mehr Psychotherapieforscher/Psychotherapieforscherinnen sowie Therapeuten/ Therapeutinnen empfinden die vorherrschende Psychotherapieforschung als zu weit entfernt von ihrer Therapiepraxis (McLeod, 2011, Preface).

Froberg weist in diesem Zusammenhang auf Strömungen in der Forschung hin, welche zu einer adäquateren Psychotherapieforschung führen könnten:

Alternativen zum naturwissenschaftlichen Forschungsparadigma werden in stärker sozialwissenschaftlich, subjektorientierten und systemisch-interaktionell ausgerichteten Forschungsstrategien gesehen, die vor allem den Funktionsprinzipien von sich selbst organisierenden Systemen gerecht werden sollen. Ein solcher Denkansatz entspricht personenzentrierten Konzepten und damit auch der Gesprächspsychotherapie in besonderen Maße, weil sie von einer Aktualisierungstendenz als grundlegendem Entwicklungs- und Veränderungsagens ausgehen. (Froberg, 2007, S.219)

Der Ruf nach einer Psychotherapieforschung, die der psychotherapeutischen Praxis gerecht wird, schließt auch den Einbezug der Perspektive des Klienten/der Klientin mit ein. So betont z.B. Gordon mit seinem Artikel „Researching Psychotherapy, the Importance of the Client’s View: A Methodological Challenge“ die Wichtigkeit der KlientInnen-Perspektive für die Psychotherapieforschung und argumentiert damit, dass ein Fehlen der Erste-Person-Perspektive zu einem eingeschränkten Bild des Forschungsgegenstands führt (Gordon, 2000).

Die vorgelegten Argumente heben die Notwendigkeit einer weiterführenden Forschung zum Klienten-Erleben/Klientinnen-Erleben sowie dem vermehrten Einbezug der Erste-Person-Perspektive in die Psychotherapieforschung hervor. Vieles spricht dafür, das Erleben des Klienten/der Klientin in seiner Perspektive in die Forschung von Psychotherapie mit einzubeziehen, um so im Rahmen einer subjektzentrierten Forschung einem eingeschränkten Bild des Forschungsgegenstandes vorzubeugen.

Da der Ruf nach einer Forschung, die das Subjekt in den Mittelpunkt stellt, besonders im Rahmen der qualitativen Psychotherapieforschung Gehör findet, wenden wir uns im nächsten Abschnitt diesem Teilbereich der Psychotherapieforschung zu.

6.3 Qualitative Psychotherapieforschung

McLeod (2011) sieht einen Zusammenhang in den Techniken und Fertigkeiten, die in der qualitativen Forschung zur Anwendung kommen und jenen der Psychotherapie. Sowohl die qualitative Forschung als auch die Psychotherapie generiert bzw. arbeitet mit ganzheitlichem, differenziertem, persönlichem, unvollständigem Wissen. Der Einsatz qualitativer Forschungsmethodik verspricht, in Hinblick auf deren Aufgabe, die Funktions- und Wirkungsweisen von Psychotherapie besser zu verstehen, eine befruchtende Erweiterung des Spektrums von Psychotherapieforschung. (Kap. 1)

Qualitative Psychotherapieforschung eröffnet Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen und Forschern/Forscherinnen neue Wege hin zu einem besseren Verständnis des therapeutischen Prozesses und ermöglicht darüber hinaus den Einbezug des Erlebens aller Beteiligten und damit sowohl die Berücksichtigung der Perspektive des Therapeuten/der Therapeutin als auch die des Klienten/der Klientin. So kann mit Hilfe qualitativer Forschung ein umfassenderes Verständnis der therapeutischen Beziehung, welche weitgehend als zentraler Faktor effektiver Psychotherapie gesehen wird, erreicht werden (McLeod, 2011, Kap. 1).

6.3.1 Narratives versus paradigmatisches Wissen

Qualitative Forschung widmet sich der Erforschung der Bedeutung eines bestimmten Ausschnitts des menschlichen Erlebens bzw. Erfahrens. Qualitative Forschung hat ihren Anfang in Gesprächen, Geschichten, Interpretationen, Bildern, Ritualen welche auf eine bestimmte Art und Weise bedeutungsvoll erscheinen (McLeod, 2011, Kap. 1).

Das vorrangige Ziel qualitativer Forschung liegt in der Entwicklung eines Verständnisses der Konstruktion sozialer Wirklichkeit. Die Annahme einer konstruierten Welt impliziert das Verständnis einer komplexen sozialen, persönlichen und relationalen Welt, welche aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden kann (McLeod, 2011, Kap. 1).

Die positivistisch geprägte Forschung verpflichtet sich dem Generieren von paradigmatischem Wissen, welches sich z.B. in Form von „wenn-dann“ Aussagen über die Welt präsentiert. In Abgrenzung dazu widmet sich die qualitative Forschung narrativem Wissen. Narratives Wissen resultiert aus Bedeutungszuschreibungen von Verhalten und Erleben von Menschen. Somit bildet es eine konstruierte Welt ab, die den Menschen als Akteur begreift. Um für die Praxis von Nutzen zu sein, können narratives und paradigmatisches Wissen einander ergänzen (McLeod, 2011, Kap. 1).

Für Psychotherapeuten ist es von Wichtigkeit auf paradigmatisches Wissen bezüglich Ursache und Wirkung von Psychotherapie zurückgreifen zu können, oder ob und warum eine bestimmte Therapieform sich in der Arbeit mit bestimmten Klienten/Klientinnen als effektiver als eine andere erweist. Darüber hinaus darf jedoch nicht vergessen werden, dass Psychotherapie aus unterschiedlichen Therapeuten/Therapeutinnen und Klienten/Klientinnen erwächst, deren Erleben und Verhalten den ihnen eigenen unterschiedlichen Bewertungssystemen unterworfen ist (McLeod, 2011, Kap. 1).

6.3.2 Der Anteil qualitativer Forschung auf dem Gebiet der Psychotherapie

Es ist schwer zu messen wie groß der Anteil qualitativer Forschung auf dem Gebiet der Psychotherapie tatsächlich ist. Als Faktum kann jedoch gesehen werden, dass, gemessen an der Menge quantitativer Forschung auf dem Gebiet der Psychotherapie, die Summe qualitativer Forschungen, die bis dato publiziert wurden, relativ klein ist.

Dafür sprechen z.B. Studien von Rennie, Watson und Monteiro sowie Marchel und Owens, die herausfanden, dass nur zwischen 0,45% und 1,3% aller Artikel, die in Journalen der APA publiziert wurden, qualitativen Forschungsmethoden zuzuordnen sind (McLeod, 2011, Kap. 1).

6.3.3 Einsatzgebiete und Leistungen qualitativer Psychotherapieforschung

Folgend der bis dato sehr eingeschränkten qualitativen Forschung auf dem Gebiet der Psychotherapie gibt es nur wenige Bereiche therapeutischen Bestrebens auf welchen ausreichend Studien existieren, um Ergebnisse, die sich auf ein und dasselbe Thema beziehen zu integrieren bzw. zu bestätigen. McLeod nennt einige Forschungsbereiche, auf welchen sich bereits Entwicklungen und Erkenntnisse aufgrund qualitativer Studien abzeichnen:

- Klienten/Klientinnen verzeichnen unterschiedliche Ergebnisse von unterschiedlichen Therapieformen
- Die Art und Weise wie Therapeuten/Therapeutinnen die therapeutische Absicht kontrollieren
- Eine Annäherung an das Erleben von Klienten/Klientinnen mit unterschiedlichen Problemlagen
- Was die Eigenschaften eines guten Therapeuten/einer guten Therapeutin sind
- Die Entwicklung eines besseren Verständnisses der therapeutischen Beziehung
- Die Identifikation des Phänomens der sexuellen und emotionalen Ausbeutung des Klienten/der Klientin durch den Therapeuten/die Therapeutin
- Die Bedeutung von Metaphern in der Therapie
- Das Scheitern am überbrücken kultureller Barrieren in der Beratung
- Die Art und Weise wie Theorie und Praxis von Psychotherapie von kulturellen und ökonomischen Faktoren beeinflusst werden

(McLeod, 2011, Kap. 1, S.5-10)

Alle diese qualitativen Forschungsbereiche von Psychotherapie verdeutlichen, dass die qualitative Psychotherapieforschung daran orientiert ist, den Verstehenshorizont über ein bestimmtes Thema zu erweitern. Das passiert nicht durch das Testen von bestehenden Theorien, sondern indem offene Fragen aufgeworfen werden und den Daten im Forschungsprozess gefolgt wird. Gute qualitative Forschung ist dabei

immer im täglichen Erleben fundiert, wie z.B. Aussagen eines Klienten/einer Klientin oder der Konversation zwischen Therapeut/Therapeutin und Klient/Klientin (McLeod, 2011, Kap.1).

Qualitative Forschung umfasst unterschiedlichste methodische Vorgehensweisen, welche der Hermeneutik oder Phänomenologie zuzuordnen sind. Bei einer dieser Forschungsmethoden handelt es sich um die Grounded Theory, die wir für unsere Forschung zum Erleben des Klienten/der Klientin wählten. Im empirischen Teil gehen wir deshalb im Detail auf die Methode der Grounded Theory ein.

Im nächsten Kapitel nehmen wir die Forschungsarbeit David L. Rennies in den Blick, da diese sowohl als Beispiel für den Einsatz der Grounded Theory in der Psychotherapieforschung herangezogen werden kann, als auch das Erleben des Klienten/der Klientin in der Therapiesituation zum Thema hat.

7 Der experientielle Therapieansatz Rennies

David L. Rennie, der als Pionier des Einsatzes der Grounded Theory in der Psychotherapieforschung gilt, hat seit den 1980ern eine Reihe von Studien geleitet, die Aspekte des Erleben des Klienten/der Klientin in der Psychotherapie erforschten (McLeod, 2011, Kap.6).

7.1 Rennies Forschungsarbeit zum Klienten-Erleben/Klientinnen-Erleben

Rennie nutzte dabei die Technik der „process-recall-interviews“, um Aussagen der Klienten/Klientinnen über deren Erleben in der Therapiestunde zu erhalten. Die im Rahmen unserer Forschung abgehaltenen Audio-Analysen sind an diese Technik angelehnt. Dabei hören sich Klienten/Klientinnen die Aufzeichnungen von vergangenen Therapiestunden an und sind aufgefordert, immer dann zu stoppen, wenn ihnen etwas zu ihrem Erleben in der damaligen Therapieeinheit in den Sinn kommt und um die Erinnerungen festzuhalten. Rennie zog diese Feststellungen der Klienten/Klientinnen über deren Erleben im Therapieprozess als Basis für eine gründliche und ausführliche Grounded Theory Analyse heran. Rennies Arbeiten widmen sich sowohl dem Erleben des Klienten/der Klientin im Ganzen als auch bestimmten Aspekten dieses Erlebens (McLeod, 2011, Kap.6).

7.2 Die Therapietheorie

Rennie siedelt seinen Ansatz zwischen Rogers traditionellen Personenzentrierten Ansatz und experientellen Ansätzen wie jene von Rice und Greenberg sowie Gendlin, an. Rennie betont in diesem Zusammenhang einen wichtigen Unterschied dieser Ansätze zu Rogers Therapietheorie. Die experientiellen Ansätze lehnen Direktivität durch den Therapeuten/die Therapeutin in Bezug auf die vorgebrachten Therapieinhalte ab. Sie befürworten aber die Direktivität des Therapeuten/der Therapeutin, wenn sich diese auf den Erlebensprozess des Klienten/der Klientin bezieht. Rennie legt im Rahmen seines Ansatzes großen Wert auf die Entmystifizierung der Präsenz des Therapeuten/der Therapeutin im therapeutischen Prozess. Diese soll mit Hilfe von dessen/deren Offenheit gegenüber den eigenen Vorhaben bzw. Absichten erreicht werden. Wichtig dabei ist, dass diese

Vorgehensweise den Therapeuten/die Therapeutin nicht von seiner/ihrer Orientierung am Klienten/an der Klientin abbringt (Rennie, 1998, Kap.1).

7.2.1 Die Reflexivität im therapeutischen Prozess

Rennie richtet seinen Theorieansatz am Konzept der Reflexivität aus. Er betont dabei die Reflexivität des Therapeuten/der Therapeutin ebenso wie jene des Klienten/der Klientin. Er stellt damit den Prozess des Therapeuten/der Therapeutin auf dieselbe Stufe mit dem des Klienten/der Klientin. Die Reflexivität des Menschen bezeichnet dessen Fähigkeit über sich selbst, das eigene Denken und Fühlen, nachzudenken und sich selbst als Objekt zu betrachten. Rennie betont die zentrale Bedeutung der Reflexivität für unser Erleben und beschreibt den therapeutischen Prozess als Abfolge von „self-monitoring“ auf Seiten des Klienten/der Klientin und des Therapeuten/der Therapeutin. Das bedeutet, dass sowohl der Klient/die Klientin als auch der Therapeut/die Therapeutin während sie eine Unterhaltung führen, ständig darüber entscheiden, welche Handlung sie wie setzen bzw. welchen Gedanken oder welches Gefühl sie, auf welche Art und Weise, ausdrücken. Dabei schätzen die Beteiligten ununterbrochen die mögliche Auswirkung ihres Handelns auf das Gegenüber ab (Rennie, 1998, Kap.1).

Wichtig ist hier allerdings zu sehen, dass das menschliche Erleben nicht nur reflexiv sondern auch nicht-reflexiv sein kann. Rennie leitet aus dieser Tatsache ab, dass jeder Mensch sowohl als Patient/Patientin als auch als Agent/Agentin auftreten kann. Für die Personenzentrierte Psychotherapie bedeutet das, dass sich jeder Klient/jede Klientin für einen bestimmten Zeitraum auf die Führung des Therapeuten/der Therapeutin stützt bevor er in der Lage ist selbst die Richtung vorzugeben (Rennie, 1998, Kap.1).

7.2.2 Der Klient/die Klientin als Agent

Klienten/Klientinnen nutzen die Therapiestunde als Zeit für sich und ihre Gefühle. Während sie sich auf sich selbst fokussieren richten sie ihre Gedanken auf die inneren Störungen. Obwohl ihnen dabei nicht immer klar ist wonach sie suchen, haben Klienten/Klientinnen ein Gefühl dafür, ob sie auf dem richtigen Weg sind. Wenn es ihnen gelingt sich tiefer auf ihr Inneres einzulassen kann es passieren, dass die Umgebung verschwimmt und der Therapeut/die Therapeutin beinahe aus ihrer

Wahrnehmung verschwindet. Rennie betont, dass dieser Zustand nicht gleichbedeutend damit ist, dass der Therapeut/die Therapeutin in einer derartigen Situation unwichtig ist. Schließlich macht es einen großen Unterschied aus, ob jemand nur für sich alleine denkt, oder ob er/sie seine/ihre Gedanken einem aktiven Zuhörer/einer aktiven Zuhörerin präsentiert. Diese Tatsache ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass der Klient/die Klientin sich selbst hört und das Ausgesprochene tatsächlich als Teil von ihm/ihr annimmt. Darüber hinaus verstärkt die Akzeptanz des Therapeuten/der Therapeutin diesen Effekt. Dafür ist es allerdings nicht notwendig etwas zu verbal auszudrücken. Wichtig ist nur, dass die Reaktion des Therapeuten/der Therapeutin Akzeptanz und Verständnis vermittelt (Rennie, 1998, Kap.2).

7.2.3 Reflexivität versus Flow

Rennie (1998) bemerkt, dass es im Rahmen einer Therapiestunde manchmal Momente gibt, in welchen der Therapeut/die Therapeutin und der Klient/die Klientin tief verbunden zu sein scheinen. In solchen Augenblicken denkt der Therapeut/die Therapeutin nicht über seine Reaktionen nach, sondern lässt sie einfach geschehen. Dieses Phänomen, das oftmals auch als Flow beschrieben wird, bezeichnet ein tiefes Erleben. Auf dieses einzigartige Erleben ist auch die Vorstellung der „fully functioning person“ bei Rogers ausgerichtet. Die Annahme, dass der beschriebene Zustand erstrebenswert ist, scheint mit Rennies Ausrichtung seines Ansatzes an der Reflexivität zu konkurrieren. Rennie setzt diesem Gedanken entgegen, dass es sich bei seinem Ansatz um eine Ausverhandlung des Ideals handelt. Er beabsichtigt damit die Kluft zwischen einer extremen, oft kontraproduktiven Reflexivität von unerfahrenen Therapeuten/Therapeutinnen und dem Ideal des kreativen, empathischen Flows zu schließen.

7.3 Ein verändertes Rollenbild

McLeod (2011) macht darauf aufmerksam, dass Forschungsarbeiten, welche mit dem existierenden mehrheitlichen Konsens auf dem Gebiet der Psychotherapie konkurrieren, zwangsläufig Gefahr laufen, kritisiert oder ignoriert zu werden. McLeod ist der Meinung, dass Rennies Arbeiten zum Erleben des Klienten/der Klientin in der Psychotherapie von diesem Umstand betroffen sind (Kap. 6).

Die Ergebnisse von Rennies Studien reflektieren zwar Prozesse, die Therapeuten/Therapeutinnen vertraut sind. Dennoch können diese Erkenntnisse nicht einfach in die existierende Theorie und Praxis von Psychotherapie integriert werden. Während ein konventionelleres Verständnis die Bedeutung der therapeutischen Allianz zwischen Klient/Klientin und Therapeut/Therapeutin hervorhebt, schlägt Rennie im Rahmen seiner, an Aufdeckung orientierter Forschung neue Richtung ein. Er begreift den Klienten/die Klientin immer mehr als Produzent/Produzentin von Psychotherapie, welcher/welche die therapeutische Beziehung herstellt (Rennie, 2010). Diese neue Perspektive auf die therapeutische Beziehung rückt die Rollen, die der Klient/die Klientin und der Therapeut/die Therapeutin in der Psychotherapie einnehmen in ein völlig neues Licht (McLeod, 2011, Kap. 6).

Es scheint als würde der vermehrte Einbezug der Perspektive des Klienten/der Klientin in die Psychotherapieforschung mit der zunehmenden Betonung dessen/deren Bedeutung für die Etablierung von konstruktiver Psychotherapie einher gehen. Die Beschäftigung mit dem Erleben und daran gebundenen persönlichen Bedeutungen des Klienten/der Klientin betont immer mehr den Einfluss, welche der Klient/die Klientin auf die Psychotherapie und deren Wirkungsweisen hat.

McLeods Einwand, dass Rennies Forschungsergebnisse nicht ausreichend Anerkennung erfahren, bestärkt wiederum die vermehrte Erforschung des Klienten-Erlebens/Klientinnen-Erlebens. Nur so können neue Perspektiven entwickelt werden und in weiterer Folge auch Anerkennung finden.

Für uns ist es wichtig, im Rahmen unserer Forschung ebenso zu berücksichtigen, welche Bedeutung die therapeutische Beziehung im Erleben des Klienten/der Klientin einnimmt. Bestärkt durch Rennies Forschung, möchten wir damit verbunden auch der Frage nachgehen, welche Rolle dem Klienten/der Klientin sowie dem Therapeuten/der Therapeutin in der Personenzentrierten Psychotherapie zukommt.

8 Pädagogische/Bildungswissenschaftliche Relevanz

Bevor wir zum methodischen Teil der Arbeit übergehen, widmen wir uns im Folgenden der Relevanz dieser Arbeit für die Pädagogik. Berufen möchten wir uns in diesem Zusammenhang auf Rogers Überlegungen darüber, ob Lernen sowohl Gedanken als auch Gefühle einbeziehen kann (Rogers, 2005 [1977]), als auch auf Baackes Blick auf die Pädagogik, als Sozialwissenschaft mit geisteswissenschaftlichen Wurzeln (Flick, v. Kardorff, Keupp, v. Rosenstiel, Wolff, 1995, Kapitel 2.4).

8.1 Die förderliche Beziehung in der Pädagogik

Für Rogers ist das subjektive Erleben auch für die Pädagogik von großer Bedeutung. Diese Sichtweise zeichnet sich in seiner Vorstellung vom Lernen ab. Rogers plädiert für ein Lernen, das die ganze Person betrifft, sowohl Gedanken als auch Gefühle miteinschließt und als eine Vereinigung von kognitiven und affektiv-erlebenden Lernen zu verstehen ist. Rogers verwendet extreme Beispiele wie den Krieg, um aufzuzeigen was Wissen ohne Fühlen bewirkt: „Nur wenn wir, jeder Einzelne, durch die entsetzliche Hinterlassenschaft unserer Bombenangriffe gehen müssten, würde sich das erlebensmäßige Entsetzen der intellektuellen Etikettierung zugesellen, und wir würden auf totale Art lernen, was für unglaubliche Dinge wir getan haben“ (Rogers, 2005 [1977], S.138-141).

Vor diesem Hintergrund bringt Rogers seine Theorie von Psychotherapie ebenso mit dem Lernen in Verbindung. Für Rogers ist das Postulat, dass der Klient zum Lernen ermutigt und Veränderung bewirkt wird wenn die notwendigen und hinreichenden Bedingungen gegeben sind, nicht nur für die therapeutische Sitzung, sondern auch für den Unterricht gültig. Rogers überträgt damit die förderliche Beziehung, die er ursprünglich für die Psychotherapie beschrieben hat, auf die Pädagogik und beschreibt sie als Auslöser ganzheitlichen Lernens. Darüber hinaus beschreibt Rogers Authentizität, Wertschätzung und empathisches Verstehen des Lehrers/der Lehrerin sowie die Wahrnehmung dieser Einstellungen durch den Lernenden/die Lernende als zuträglich für „selbstinitiiertes Erbelnslernen“ (Rogers, 2005 [1977], S.142).

Rogers machte sich viele Gedanken über dieses ganzheitliche Lernen und Möglichkeiten dieses zu fördern und ebenso in die Lehrerbildung mit einzubeziehen. Er war von der positiven Wirkung des gemeinsamen Einbezugs des Kognitiven und des Affektiv-Erlebnismäßigen überzeugt:

Gibt man Studenten die Möglichkeit, sich selbst zu steuern, und traut man ihnen zu, daß sie lernen, dann arbeiten sie mehr, als ansonsten irgendjemand von ihnen verlangen könnte. Es kann kaum ein Zweifel daran bestehen, daß sie ihrerseits ähnliche Gelegenheiten und Verhältnisse schaffen werden, bei denen ihre Schüler ebenfalls lernen können, sowohl zu fühlen als auch zu denken. (Rogers, 2005 [1977], S.155)

Umgelegt auf unsere Erforschung des Klienten-Erlebens/Klientinnen-Erlebens in der Personenzentrierten Psychotherapie bedeutet diese Übertragung der förderlichen Beziehung nach Rogers, auf die Pädagogik, eine Betonung des Erlebens für jede Art des Lernens. Die Auseinandersetzung mit dem Erleben kann unter diesem Gesichtspunkt nicht nur für die therapeutische sondern auch für die pädagogische Situation von Bedeutung sein. Das Erfassen- und Beschreiben-Können des Erlebens verspricht neue Erkenntnisse über das Lernen und die Möglichkeiten für dessen Förderung.

8.2 Der/die Lernende als Subjekt der pädagogischen Forschung

Ein anderer Zugang, welcher für die Begründung der Relevanz dieser Arbeit für die Pädagogik herangezogen werden kann, findet sich bei Baacke, der die Pädagogik als Sozialwissenschaft mit geisteswissenschaftlichen Wurzeln begreift.

Die Rückbesinnung auf die Ursprünge der Pädagogik verlangt laut Baacke neben einer Theorie des Geistes und des pädagogischen Wollens ebenso eine Theorie des Handelns der Pädagogik. "Die Frage nach handlungstheoretischen Ergänzungen hat in der Forschung dazu geführt, das Forschungsobjekt ebenfalls als Handelnden zu betrachten, und nicht als jemanden, der nur Meßoperationen unterliegt oder im Rahmen pädagogischer Intentionalität gefasst wird." (Flick et al., 1995, Kapitel 2.4, S.44).

Besonders Qualitative Forschungsansätze bieten sich an, um die Lebensperspektiven, Deutungsmuster, Weltbilder, Handlungsorientierungen usw. von Subjekten zu untersuchen, welche allesamt im Interesse der pädagogischen Forschung stehen. Die unterschiedlichen qualitativen Forschungsansätze auf diesem Gebiet vereinen nach

Baacke zwei Grundkonzepte, das hermeneutische Prinzip des Verstehens und den Praxisbezug. Während der hermeneutische Zugang die Perspektive des Subjekts berücksichtigt und vor zu schnellen Urteilen bewahren soll, stellt der Praxisbezug ein wesentliches Kriterium für die Auswahl von Forschungsaufgaben dar (Flick et al., 1995, Kapitel 2.4).

Nach Baacke vollzog das lernende Individuum in der pädagogischen Forschung den Weg vom Objekt zum Subjekt. Hier zeigt sich eine Parallele zum erlebenden Individuum in der Personenzentrierten Psychotherapie (Flick et al., 1995, Kapitel 2.4).

Bei der qualitativen Forschung zur Pädagogik sind verschiedene methodische Akzente auszumachen. Für unsere Betrachtung ist besonders der von Baacke angeführte Schwerpunkt der textbezogenen Forschung von Bedeutung. Dieser Forschungsbereich bedient sich der Textinterpretation im Sinne der hermeneutischen Tradition. Die textbezogene Forschung bedient sich vor allem Texten, welche vom Subjekt der Forschung selbst erstellt wurden, wie z.B. Interviews oder Biographien. Baacke folgend erweisen sich auch Erzählungen für diese Art der Forschung als gut geeignet, da sie sensibilisieren, Klassifizierungen und Typisierungen vermeiden, den Gegenstand der Untersuchung veranschaulichen sowie fremde Lebenswelten erschließen (Flick et al., 1995, Kapitel 2.4).

Im Rahmen unserer Forschung geht es um das Erschließen der "Er-Lebenswelt" des Klienten/der Klientin im Personenzentrierten Psychotherapiegespräch. Dafür bedienen wir uns der Aussagen und Berichte von Klientinnen und lassen somit die Klientinnen zu den Subjekten unserer Forschung werden.

9 Zusammenfassung – Theoretischer Teil

Im ersten Abschnitt unserer Diplomarbeit wurde das Erleben aus der Sicht des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie theoretisch aufgearbeitet. Es wurde verdeutlicht, dass der Einbezug der Perspektive des Klienten/der Klientin in die Psychotherapieforschung eine Bereicherung für diese darstellt.

In den vorangegangenen Kapiteln konnten wir aufzeigen, dass die Personenzentrierte Psychotherapie sehr stark an das Erleben gebunden ist. Die von Rogers aufgestellten notwendigen und hinreichenden Bedingungen beziehen sich sowohl auf das Erleben des Klienten/der Klientin als auch auf das Erleben des Therapeuten/der Therapeutin. Hier wird deutlich, dass sich die beiden in ihrem Erleben aufeinander beziehen.

Aus Rogers Schriften geht klar hervor, dass ihm sehr viel daran gelegen war, seine Psychotherapie am Erleben des Klienten/der Klientin auszurichten. Rogers war interessiert an der Perspektive des Klienten/der Klientin und stützte sich auf Berichte und Sichtweisen von Klienten/Klientinnen um seinen Therapieansatz weiterzuentwickeln. Rogers war als Psychotherapieforscher dem positivistischen Wissenschaftsmodell verpflichtet. Deshalb war es ihm kaum möglich die Perspektive des Klienten/der Klientin auch in seiner Forschungsarbeit zu berücksichtigen.

Diese Problematik begründet sich in der Tatsache, dass nur die Dritte-Person-Perspektive, also die externe Beobachtung und Beschreibung des Erlebens, Anerkennung in der Psychotherapieforschung fand. Der Einbezug der Erste-Person-Perspektive widerspricht dem naturwissenschaftlichen-positivistischen Modell und konnte deshalb, trotz Bemühungen, auch von Rogers nur begrenzt in die Forschung miteinbezogen werden (Kriz, Slunecko 2007, Einleitung).

Heute ermöglichen qualitative Forschungsmethoden den Einbezug der Perspektive des Klienten/der Klientin in die Psychotherapieforschung. Vieles spricht dafür die Forschung auf diesem Gebiet voranzutreiben, um so den Verstehenshorizont in Bezug auf das Erleben des Klienten/der Klientin, und anderen wichtigen Aspekten der Personenzentrierten Psychotherapie, zu erweitern.

D.L. Rennie erforschte das Erleben des Klienten/der Klientin in der Psychotherapie anhand von Grounded Theory Studien. Im Rahmen seiner Theorie legt Rennie den Fokus auf die Reflexivität. Er betont, dass der Klient/die Klientin und der Therapeut/die Therapeutin während des Therapiegesprächs ständig aufeinander Bezug nehmen.

Im zweiten Teil dieser Arbeit erfolgt mit Hilfe einer Grounded-Theory-Analyse, eine praktische Annäherung an das Erleben des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie.

II Empirischer Teil

10 Forschungsinteresse

Forschung und Theorie sind m. E. gerichtet auf eine der Erfahrung innewohnenden Ordnung. Daher ist Forschung weder etwas Esoterisches noch eine Tätigkeit, der man des beruflichen Erfolges wegen nachgeht. Es ist das beständige, disziplinierte Bemühen darum, eine Ordnung der subjektiven Erfahrungen zu entdecken. Dies führt dazu, die Welt als geordnet zu erkennen, und ermöglicht so die Einsicht in die Ordnung der Beziehungen, wie sie in der Natur besteht. Die Einordnung eines Erfahrungssegments in eine Theorie führt unmittelbar zu neuen Perspektiven für Forschung und Theorie und führt ständig weiter. Somit besteht der wesentliche Antrieb für Forschung und systematisches Theoretisieren auf dem Gebiet der Psychotherapie darin, dass es weitgehend unbefriedigend ist, die in den therapeutischen Sitzungen gewonnenen Erfahrungen als eine Anhäufung mehr oder weniger isolierter Ergebnisse zu belassen. (Rogers, 2009 [1959], S.17)

Das Erleben der Klienten/Klientinnen in der Psychotherapie ganz allgemein und im engeren Sinn in der Personenzentrierten Psychotherapie ist von großer Relevanz für den Verlauf sowie die Wirksamkeit der jeweiligen Therapie. Aus diesem Grund widmet sich diese Untersuchung der präzisen Analyse des Phänomens Klienten-Erleben/Klientinnen-Erleben in der Personenzentrierten Psychotherapie.

Dabei handelt es sich um ein sehr komplexes Phänomen, welches viele Bezugspunkte bzw. Einflussfaktoren miteinbezieht. Dennoch war es uns ein Anliegen das Klienten-Erleben/Klientinnen-Erleben in seiner Gesamtheit zu erfassen. Dabei gingen wir sehr offen in die Daten und verzichteten auf eine einzige zielgerichtete Forschungsfrage. Stattdessen waren es drei Fragen, welche unser Forschungsinteresse offenlegten:

Ein Ziel dieser Arbeit ist es, eine Art Landkarte zu erstellen, die der Komplexität des Erlebens des Klienten/der Klientin gerecht wird. Diese sollte Zusammenhänge, Abhängigkeiten, Folgen usw. abbilden und etwaige Erlebensmuster aufdecken.

Wie erlebt der Klient/die Klientin die Therapiestunde in der Personenzentrierten Psychotherapie? Welche Erlebensmuster zeichnen sich ab?

Die Analyse soll uns zu Aussagen darüber verhelfen, welche Einflussfaktoren auf das Erleben des Klienten/der Klientin wirken und wie diese miteinander in Zusammenhang stehen. Bei diesen Einflussfaktoren handelt es sich schließlich im

weiteren Sinn um Wirkfaktoren der Personenzentrierten Psychotherapie, da sie mit dem Erleben des Klienten/der Klientin ebenso den gesamten Therapieverlauf beeinflussen.

Welche Einflussfaktoren wirken auf das Erleben des Klienten/der Klientin und beeinflussen so auch die Weiterentwicklung der Psychotherapie?

Ein wichtiger Teil unseres Forschungsinteresses bezieht sich explizit darauf, was sich zwischen Klient/Klientin und Therapeut/Therapeutin ereignet. Grund dafür ist, dass bereits unsere Vorerfahrungen als Klientinnen dafür sprechen, dass das Erleben in der Therapiestunde in jedem Fall stark von dem Therapeuten/der Therapeutin und der Beziehung zu diesem/dieser beeinflusst wird. Interessant ist hierbei besonders, Aussagen darüber treffen zu können, wie stark dieser Einfluss des Therapeuten/der Therapeutin ist und ob er besonders an dessen/deren Vorgehen, Stil, Beziehung zum Klienten/zur Klientin usw. festgemacht werden kann.

Welche Bedeutung hat die therapeutische Beziehung für das Erleben des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie?

Im Anschluss der Analyse spannen wir den Bogen zurück zu den Fragen und beantworten diese mit Hilfe der Ergebnisse unserer Analyse.

11 Methodische Vorgehensweise

Das vorliegende Kapitel schafft einen Überblick über die für die qualitative Analyse herangezogene methodische Vorgehensweise. Zu Beginn begründen wir die Wahl einer qualitativen Methode. Im Anschluss daran folgt die Vorstellung der gewählten qualitativen Forschungsmethodologie Grounded Theory. Abschließend gehen wir kurz auf das QDA-Programm ATLAS.ti ein und argumentieren, warum dieses zur Analyse der Daten herangezogen wurde.

11.1 Begründung der Wahl einer qualitativen Methode

Wie aus der Beschreibung der zur Analyse herangezogenen Daten (siehe Kapitel *12.1 Datenmaterial*) hervorgeht, handelt es sich hierbei um qualitativ erhobene Daten. Bereits diese Tatsache legt nahe, auch die Auswertung mit Hilfe einer qualitativen Methode umzusetzen. Darüber hinaus sprechen noch eine ganze Reihe weiterer Argumente, die im Folgenden kurz erläutert werden, für den Einsatz einer qualitativen Auswertungsmethode, im Rahmen dieser Forschung.

Strauss und Corbin weisen darauf hin, dass qualitative Methoden besonders dafür geeignet sind wenig bekannte Phänomene zu begreifen und aufzudecken was dahinter liegt. Den Autoren zufolge sind z.B. Forschungen über die Art der persönlichen Erfahrung mit einem bestimmten Phänomen angemessener mit qualitativen Methoden zu beforschen. Qualitative Forschung kommt im Bereich des Erforschens von Leben, Geschichten oder Verhalten von Individuen zum Einsatz. Ebenso können das Funktionieren von Organisationen sowie zwischenmenschliche Beziehungen anhand qualitativer Forschung untersucht werden (Strauss & Corbin, 1996, S.3).

Das im Rahmen dieser Arbeit untersuchte Phänomen „des Erleben“ von Klienten/Klientinnen in der Personenzentrierten Psychotherapie ist dem oben beschriebenen Bereich zuzuordnen und demnach wie geschaffen für eine qualitative Analyse.

Überwiegend werden bei der qualitativen Forschung die Daten mit Hilfe von Interviews und Beobachtungen gesammelt. Dabei ist die parallele Verwendung von Daten unterschiedlicher Quellen zulässig (Strauss & Corbin, 1996, S.3). Damit

ermöglicht die Wahl einer qualitativen Methode im Rahmen unserer Forschung den Rückgriff auf die Ergebnisse der Audioanalysen, der Post-Session-Interviews als auch der Erlebnisberichte. Das Aufgreifen der unterschiedlichen Datenquellen versprach einen differenzierteren Blick auf das zu untersuchende Phänomen und wurde deshalb von Beginn an für unser Forschungsvorhaben angedacht.

11.2 Grounded Theory

Im folgenden Abschnitt begründen wir die Eignung der Grounded Theory für die vorliegende Arbeit und geben einen Überblick über diese qualitative Forschungsmethodologie.

11.2.1 Definition

Die Grounded Theory ist eine offene und explorative Methode, mit deren Hilfe relevante Variablen entdeckt werden können und aufgezeigt werden kann, in welchen Beziehungen diese zu bestimmten Phänomenen stehen. (Bohnsack, Marotzki, Meuser, 2006, S.70)

Der Begriff „Grounded Theory“ bezieht sich sowohl auf das Untersuchungsverfahren als auch auf das Untersuchungsergebnis. Die Methode Grounded Theory bedient sich systematisch einer Reihe von Verfahren um eine induktiv abgeleitete, gegenstandsverankerte Theorie über ein bestimmtes Phänomen hervorzubringen. Im Rahmen der Grounded Theory stehen Datensammlung, Analyse und Theorie wechselseitig zueinander in Beziehung. Am Anfang des Prozesses steht lediglich ein Untersuchungsfeld und keine Theorie. Welche Komponenten für die Erforschung relevant sind, stellt sich erst im Laufe des Forschungsprozesses heraus. Bei der Grounded Theory handelt es sich nicht um eine Methodologie, in der es um das bloße prüfen von Hypothesen geht, sondern vielmehr um die Generierung einer Theorie (Strauss & Corbin, 1996, Kap.1).

Die Datenerhebung in der Grounded Theory ist sehr vielfältig, jedes Material, wie z.B. Interviews, teilnehmende Beobachtung, Videoaufnahmen, Tagebücher, Bilder uvm., das vom Forscher als angemessen erachtet wird, kann für eine Analyse herangezogen werden (Bohnsack et al., 2006, S.70f).

Bei der Analyse in der Grounded Theory handelt es sich um einen interpretativen Prozess. Theorien entstehen in der Grounded Theory aus der Interaktion des Analysierenden mit dem Datenmaterial. Das Zusammenspiel zwischen Interaktion, Lektüre und Arbeit am Datenmaterial bringt theoretische Sensibilität für die Daten bzw. Kenntnis darüber was signifikant ist. Diese Analyse soll ein kreativer Prozess sein. Damit ist die Kreativität des Forschenden gemeint, der das Datenmaterial benennen und konzeptualisieren kann und auch die entstehenden Konzepte in innovative und plausible Erklärungen lebendiger Erfahrung integrieren kann (Bohnsack et al., 2006, S.70f).

Die im Rahmen der Forschungsmethodik Grounded Theory entwickelte gegenstandsverankerte Theorie, "Grounded Theory" soll dem untersuchten Bereich gerecht werden, diesen enträtseln und schließlich dazu beitragen, die Bedeutung menschlicher Erfahrung aufzudecken und die daran gebundenen sozialen Strukturen aufzeigen (Bohnsack et al., 2006, S. 70). Es liegt dabei in der Verantwortung des Forschers/der Forscherin so viel wie möglich von der Komplexität des Lebens zu erfassen (Strauss & Corbin, 1996).

11.2.2 Entstehung

Die Forschungsmethodologie der Grounded Theory wurde von Barney Glaser und Anselm Strauss entwickelt. Beide waren Soziologen, allerdings in unterschiedlichen philosophischen Richtungen beheimatet und so auch völlig verschiedenen Forschungstraditionen zugehörig. Strauss gehörte der University of Chicago an, welche eine lange Geschichte der qualitativ-interpretativen Forschung aufweist, und wurde darüber hinaus vom Interaktionismus und Pragmatismus geprägt. Glaser wurde an der Columbia University ausgebildet, an welcher, der Tradition nach, empirische Forschung in Verbindung mit der Entwicklung von Theorien, betrieben wurde (Strauss & Corbin, 1996, Kap.1).

Als Glaser und Strauss die Grounded Theory 1967 entwickelten, hatten qualitative Forschungsmethoden wenig wissenschaftliches Ansehen. Die beiden Wissenschaftler wollten die qualitative Forschung mit ihrer Grounded Theory aufwerten und einen Weg aufzeigen, Theorien aus Daten systematisch zu entwickeln (Hülst, 2010, S.228). Sie richteten sich damit gegen das damals vorherrschende Forschungsziel der Theoriebestätigung. Glaser und Strauss waren der Ansicht, dass das Vertrauen auf

alte Theorien das Forschungsfeld stagnieren lässt und setzten sich dafür ein, neue Theorien auf der Basis neuer Daten zu entwickeln. Das Testen von Hypothesen aus früher entwickelten Theorien sollte durch die Theorieentwicklung ersetzt werden. Ein weiteres Problem sahen Strauß & Corbin darin, dass die damalige Forschung zu quantitativ war und sich so der empirischen Wirklichkeit immer mehr entzog (Johnson, 2008, S.411).

Die Grounded Theory hat sich über die Jahre zu einem beliebten Ansatz in der qualitativen Forschung in vielen verschiedenen Disziplinen, wie Pädagogik, Beratung und Pflege entwickelt. Auch kann nicht mehr von der einen „Grounded Theory“ gesprochen werden, da sich die ursprüngliche Form in verschiedene Richtungen weiterentwickelt hat. Laut Strübing (2008) gibt es bereits seit der Veröffentlichung des Werkes „Theoretical Sensitivity“ von Glaser aus dem Jahr 1978 zwei Varianten der Grounded Theory. Er bezeichnet die Variante nach Strauss, die später gemeinsam mit Corbin weiterentwickelt wurde, als die „pragmatisch inspirierte“ und die von Glaser als die „empirische“ (S.9).

In weiterer Folge gehen wir genauer auf die weiterentwickelte Variante der Grounded Theory nach Strauss und Corbin ein, die uns im Rahmen unserer Forschungsarbeit als Orientierung diene.

11.3 Grounded Theory nach Strauss & Corbin

Wie bereits aus der allgemeinen Beschreibung zur Grounded Theory hervorgeht, handelt es sich bei der Grounded Theory um einen Forschungsansatz, der Untersuchungsplanung, Untersuchungsdurchführung und Untersuchungsauswertung beinhaltet. Da aber das Datenmaterial zur vorliegenden Forschungsarbeit bereits vorlag, konzentrieren wir uns im Weiteren ausschließlich auf die Auswertung im Sinne der Grounded Theory.

Nach Strauss und Corbin (1996) erfüllt die Grounded Theory vier zentrale Aufgaben: Eine Theorie zu entwickeln, anstatt zu überprüfen, dem Forschungsprozess eine methodische Grundlage zu geben, um wissenschaftlich anerkannt zu sein, den Forscher zu unterstützen und helfen objektiv zu sein, und für Gegenstandsverankerung zu sorgen. Um diese Ziele erfüllen zu können, halten

Strauss und Corbin eine Mischung der Eigenschaften Kreativität, Strenge, Ausdauer und theoretische Sensibilität beim Forscher für notwendig (Kap. 1).

Die Analyse der Grounded Theory wird in drei Kodierphasen gegliedert, die den Analysierenden/die Analysierende unterstützen sollen seine/ihre kreativen Kapazitäten voll auszuschöpfen und die theoretische Sensibilität weiter zu entwickeln. Mit theoretischer Sensibilität meinen Strauss und Corbin (1996) die Fähigkeit eines Forschers/einer Forscherin sensibel gegenüber theoretischen Zusammenhängen von Daten zu sein. Dies bedeutet, dass der Forscher/die Forscherin Einsicht in die Daten gewinnt, diesen Daten eine Bedeutung geben kann, erkennen kann was wichtig ist und vor allem, eine aus den Daten hervorgehende Theorie konzeptualisieren und formulieren kann. Diese theoretische Sensibilität wächst laut Strauss und Corbin mit der Forschungserfahrung und der Interaktion mit den Daten. Als Quellen für theoretische Sensibilität nennen Strauss und Corbin Literatur, berufliche und persönliche Erfahrung und den analytischen Prozess selbst (Kap. 3).

Bevor nun eine Beschreibung der einzelnen Kodierphasen erfolgt, möchten wir darauf hinweisen, dass die Grenzen zwischen diesen künstlich sind und keine starre Abfolge der Kodierphasen existiert. Das heißt, dass man sich während des Kodierens, manchmal unbewusst, zwischen den verschiedenen Phasen hin und her bewegt.

11.3.1 Offenes Kodieren

Beim offenen Kodieren werden Daten aufgebrochen, untersucht, verglichen, konzeptualisiert und kategorisiert. Diese Kodierphase ist grundlegend für die weitere Analyse. Im Zentrum des offenen Kodierens steht das Benennen und Kategorisieren der Phänomene. Ziel ist es gewohnte Denkweisen des Verstehens zu verlassen, um neue Einsichten über das untersuchte Phänomen zu gewinnen. Um dieses Ziel zu erreichen bedient man sich hauptsächlich zweier Verfahren, dem Anstellen von Vergleichen und dem Stellen von Fragen (Strauss & Corbin, 1996, Kap.5).

Unter Konzeptualisieren bzw. Kodieren ist gemeint, dass Beobachtungen, Sätze usw. herausgegriffen werden und jedes darin vorkommende Ereignis benannt wird, das ein Phänomen repräsentiert. In weiterer Folge der Analyse werden weitere Textstellen

mit den vorhergehenden verglichen. Weisen diese gleiche oder ähnliche Phänomene auf, werden sie unter einem Konzept/Kode zusammengefasst. Codes die demselben Phänomen zugehörig sind, werden schließlich in Kategorien gruppiert (Strauss & Corbin, 1996, Kap.5).

11.3.2 Axiales Kodieren

Beim axialen Kodieren geht es darum, die aufgebrochenen Daten wieder neu zusammenzusetzen und Verbindungen zwischen den Kategorien herzustellen. Der Fokus beim axialen Kodieren liegt darauf, zu erkennen welche Bedingungen das Phänomen verursachen bzw. in welchen Kontext das Phänomen eingebettet ist, durch welche Handlungs- und interaktionale Strategien es bewältigt wird, wie damit umgegangen wird und welche Konsequenzen sich daraus ergeben (Strauss & Corbin, 1996, Kap.7).

Strauss und Corbin führen hier das paradigmatische Modell an, mit welchem Beziehungen zwischen den Kategorien und ihren Subkategorien erarbeitet werden können. Das paradigmatische Modell nach Strauss und Corbin meint, dass „Subkategorien mit einer Kategorie durch einen Satz von Beziehungen die auf ursächliche Bedingungen, Phänomen, Kontext, intervenierende Bedingungen, Handlungs- und interaktionale Strategien und Konsequenzen verweisen“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 78). Dieses Modell soll dem Forscher/der Forscherin helfen systematisch über Daten nachdenken zu können und sie in komplexer Form in Beziehung zu setzen. Bedienen sich Forscher/Forscherinnen diesem paradigmatischen Modell nicht, so schreiben Strauss und Corbin, „wird es ihrer Grounded Theory an Dichte und Präzision fehlen“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 78).

11.3.3 Selektives Kodieren

Die letzte Kodierphase nach Strauss und Corbin (1996) ist das Selektive Kodieren. Hier liegt der Fokus auf dem Prozess des Auswählens der Kernkategorie. Schließlich geht es darum, die Kernkategorie systematisch mit anderen Kategorien in Beziehung zu setzen, die bestehenden Beziehungen dieser Kategorien zu überprüfen und wenn Bedarf besteht, diese noch weiter zu entwickeln (Kap.8).

Strauss und Corbin (1996) sprechen bei diesem abschließenden Integrieren von einem komplizierten Prozess. Um systematisch zu einem Abbild der Wirklichkeit zu

gelangen, das konzeptuell, nachvollziehbar und gegenstandsverankert ist, schlagen Strauss und Corbin folgende Arbeitsschritte vor: Offenlegen des roten Fadens der Geschichte, Verbinden der ergänzenden Kategorien rund um die Kernkategorie, Verbinden der Kategorien auf dimensionaler Ebene, Validieren dieser Beziehungen durch die Daten und Auffüllen der Kategorien, die einer weiteren Verfeinerung und/oder Entwicklung bedürfen (Kap.8).

11.4 ATLAS.ti

Die Vorteile von QDA-Software (Qualitative-Data-Analysis-Software) bei der qualitativen Datenanalyse führten zu der Entscheidung ATLAS.ti für die Analyse unserer Daten zu verwenden. Warum wir uns gerade für dieses Programm entschieden haben, liegt zum einen an dessen Nähe zur Grounded Theory und zum anderen an dessen Verfügbarkeit an der Universität Wien.

ATLAS.ti wurde im Rahmen eines interdisziplinären Forschungsprojektes an der TU Berlin entwickelt um qualitative Sozialforscher/Sozialforscherinnen sowie andere potentielle Nutzer/Nutzerinnen bei der Textinterpretation zu unterstützen. Das Design und die methodologische Konzeption des Programms wurde dabei wesentlich durch die Terminologie und die methodologischen Prozesse der Grounded Theory beeinflusst (Mühlmeyer-Mentzel, 2011).

Mithilfe von ATLAS.ti oder ähnlichen Programmen ist ein gleichzeitiges Verwalten aller Texte eines Projekts möglich. Besonders bei größeren Datensätzen, wie sie auch bei unserem Projekt gegeben sind, stellt das gemeinsame Verwalten und deren Organisation in Subgruppen, wie sie ATLAS.ti vorsieht, eine große Erleichterung dar. ATLAS.ti ermöglicht die Definition von Kategorien und die darauf aufbauende Konstruktion eines Kategoriensystems sowie die Gruppierung von Kategorien zu Hierarchien und Netzwerken. Darüber hinaus unterstützt das Programm die grafische Darstellung solcher Baumstrukturen und Netzwerke (Networkviews). Auch die Funktion Ideen und Anmerkungen in Form von Memos an alle Elemente anheften zu können, vereinfacht die Analysearbeit enorm.

Konopasek (2008) plädiert in seinem Artikel "Making Thinking visible with ATLAS.ti" dafür, dieses Kommentieren in Form von Memos nicht nur als Werkzeug zur Konservierung von Ideen zu betrachten, sondern auch als einen Raum zu sehen,

der die Generierung von neuen Texten ermöglicht. Nach diesem Verständnis entsteht der Forschungsbericht im besten Fall, zumindest in seinem Grundgerüst, in ATLAS.ti. So gesehen gehen die Analyse der Daten und die Produktion von Ergebnissen, in Form von neuen Texten, innerhalb von ATLAS.ti, Hand in Hand.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass QDA-Programme zwar auch Tools zur automatischen Codierung, z.B. indem nach bestimmten Wörtern gesucht wird, bieten, die intellektuelle Codierung, welche vom Forscher/von der Forscherin vorgenommen wird dennoch zentral ist und unersetzlich bleibt. Die Analyse resultiert nach wie vor aus der menschlichen Interpretationsleistung (Kuckartz, 2007, S.57).

Dennoch ergeben sich durch die Arbeit mit ATLAS.ti oder anderen QDA-Programmen ganz andere Möglichkeiten der Verarbeitung von Daten als mit händischen Techniken. Ist die Realität einmal erzählt, aufgenommen und transkribiert, so kann sie viel einfacher verarbeitet werden. Die Daten werden gesammelt, transportiert, komprimiert, markiert, gegenübergestellt, zergliedert, zusammengestellt, geordnet usw. und machen so Gemeinsamkeiten und Unterschiede sowie neue Kontexte sichtbar. Diese Vorgänge sind zwar nicht an die virtuelle Umgebung, welche uns ATLAS.ti zur Verfügung stellt, gebunden, können aber mit deren Hilfe um ein Vielfaches vereinfacht und erweitert werden (Konopasek, 2008).

Zusammenfassend ergeben sich gegenüber den althergebrachten Paper-and-Pencil Techniken viele Vorteile, die vor allem in der enormen Zeitersparnis und der Übersichtlichkeit zum Ausdruck kommen (Kuckartz, 2007, S.12ff).

12 Subjektivität und Selbst-Reflexivität als Teil unserer Forschung

Der hohe Grad unserer Beteiligung als Forscherinnen sowie als Subjekte unserer Forschung verlangt es, den Anteil unserer Subjektivität in dieser Untersuchung nicht nur offenzulegen, sondern auch zu hinterfragen. Deshalb gehen wir im Rahmen dieses Kapitels ausführlicher auf die Subjektivität und Selbst-Reflexivität als Teil dieser Forschungsarbeit ein.

12.1 Distanz versus Identifikation

Das naturwissenschaftliche Erkenntnismodell fasst Subjektgebundenheit im Forschungsprozess üblicherweise als zu behebende Störung auf bzw. schlägt den Weg über Intersubjektivität zur wissenschaftlichen Objektivität vor (Breuer, Mey, Mruck, 2011). Das bedeutet, dass im Rahmen der quantitativen Forschung die Distanz zwischen Forscher/Forscherin und Untersuchten/Untersucher vorausgesetzt wird und nicht aufgegeben werden darf (Lamnek, 2005, Kap.4.8). Im Gegensatz dazu ist die qualitative Methodik vielfach dazu angehalten eine subjektive Erkenntnischarakteristik als produktive Herausforderung zu begreifen (Breuer et al., 2011).

Die Spannung zwischen Distanz und Identifikation ist sowohl quantitativen als auch qualitativen Forschungen eigen und wird in unterschiedlichen Annahmen zu diesem Spannungsfeld deutlich. Ein Erklärungsversuch besagt, dass die fehlende Distanz des Forschers/der Forscherin zur Übernahme von Verhaltensmustern der Untersuchten durch den Forschenden/die Forschende führe, was schließlich zum Verlust der Fähigkeit führt sich auf die Forschungsaufgaben zu konzentrieren. Girtler setzt dieser Hypothese entgegen, dass erst ein enger Kontakt zum Forschungsbereich Vorurteile verschwinden lässt und so einen klareren objektiveren Blick auf den Forschungsgegenstand zulässt. Dieser Auffassung zufolge ist eine Identifikation durch den Forschenden/die Forschende eher nützlich für den Erhalt „echter“ Ergebnisse, in Bezug auf das Verständnis des Handelns und Denkens der zu untersuchenden Individuen. Vor diesem Hintergrund gehen Gerdes und Wolffersdorff-Ehlert sogar soweit, zu behaupten, dass die Forderung nach Distanz

des Forschers/der Forscherin die Wahrnehmung der Welt des/der Anderen verhindert (Lamnek, 2005, Kap.4.8).

Zusammenfassend münden alle Gedanken, in Bezug auf das Spannungsfeld zwischen Identifikation und Distanz, in der Feststellung, dass weniger die Entscheidung für das eine oder das andere, als der adäquate Umgang mit beiden Polen, eine gute Forschung auszeichnet (Lamnek, 2005, Kap.4.8).

12.2 Subjektivität als Merkmal der Grounded Theory

Bevor wir im Detail auf unsere Forschung und den Einbezug unserer persönlichen Perspektive eingehen, widmen wir uns im Folgenden kurz der Subjektivität als Eigenschaft von Forschungsvorhaben der Grounded-Theory-Methodologie.

Folgend der Annahme, dass Subjektivität ein grundlegendes Merkmal empirisch-wissenschaftlicher Forschung darstellt, plädieren Breuer, Mey und Mruck dafür sich dieser Gegebenheit offen zu stellen und diese erkenntnistheoretisch zu nützen. Dieser Auffassung folgend, kann die Grounded-Theory-Methodologie als sozial und personal geprägter Forschungsstil aufgefasst werden, der sich in Abhängigkeit von Disziplin, Thema, Forscher/Forscherinnen usw., innerhalb eines bestimmten Möglichkeitsrahmens, herausbildet (Breuer et al., 2011).

Jede Beobachtung und Beschreibung wird aus einer bestimmten Position heraus vorgenommen und kann so als perspektivisch begriffen werden (Breuer et al., 2011, S.429). Dezentrierungsverfahren verhelfen dabei, den aus dem jeweiligen Muster heraus auf die Welt gerichteten Blick, zu übersteigen und die Aufmerksamkeit auch auf das Muster selbst zu richten (Breuer et al., 2011, S.429).

Eine derartige Dezentrierung kommt im Rahmen der Anwendung der Grounded-Theory-Methodologie zum Beispiel zustande, indem Beobachtungen oder Beschreibungen unterschiedlicher Subjekt-Perspektiven miteinander kontrastiert werden. Verschiedene, auf ein Objekt bezogene, subjektive Sichtweisen werden einander gegenübergestellt und miteinander verglichen, so dass sie sich schließlich wechselseitig kommentieren und erhellen (Breuer et al., 2011, S.429). In unserer Forschung wird die angesprochene Dezentrierung mit Hilfe der Gegenüberstellung von Aussagen unterschiedlicher Klientinnen erreicht.

Eine weitere Möglichkeit der Subjektgebundenheit wissenschaftlicher Erkenntnis zu begegnen, ist der Einbezug völlig unterschiedlicher Perspektiven. Im Fall unseres Untersuchungsgegenstandes, des Klienten-Erlebens/Klientinnen-Erlebens in der Personenzentrierten Psychotherapie, könnte das bedeuten, sowohl die Perspektive des Klienten/der Klientin, des Beobachters/der Beobachterin als auch die des Therapeuten/der Therapeutin, in der Forschung zu berücksichtigen. Im theoretischen Teil dieser Arbeit konnte ein weitgehendes Aussparen der Klienten-Perspektive/Klientinnen-Perspektive bei der bisherigen Erforschung der Therapiesituation der Personenzentrierten Psychotherapie, offengelegt werden. Da selbst dem „objektiven“, außenstehenden Beobachter, welcher in der Forschung vielfach zum Tragen kommt, eine Subjektgebundenheit eigen ist, kann der Einbezug der Klienten-Perspektive/Klientinnen-Perspektive hier als Weg gesehen werden, der Erkenntnissubjektivität entgegenzuwirken.

Natürlich spielt immer auch die Person des/der Forschenden und dessen/deren Standpunkt eine Rolle. Wie bereits ausführlich beschrieben wurde, übersteigt unsere Betroffenheit die übliche, im Sinne einer parallelen Mitgliedschaft in unserer sozialen Lebenswelt. Wir kennen die Klientinnen-Perspektive nicht nur aus der eigenen Erfahrung, nein, wir kennen sie aus genau der gleichen Situation. Somit finden wir uns in der überspitzten Form eines grundlegenden Problems der Sozial- und Humanwissenschaften wieder. Nicht nur, dass unser Subjekt und Objekt der Forschung Strukturgleichheit aufweisen und prinzipiell austauschbar sind, nein, sie sind zumindest partiell ein und dieselbe Person.

12.3 Persönlicher Hintergrund

Um unsere Verfasstheit als Teil dieser Forschung in ihrem vollem Ausmaß begreifen zu können, ist es notwendig kurz auf jene persönlichen Erfahrungen der Autorinnen einzugehen, welche den Anreiz für diese Diplomarbeit gegeben haben.

12.3.1 Vorerfahrung und Themenwahl

Die angesprochenen Erfahrungen konnten wir im Rahmen des Seminars „Praxiskonzepte und Praxisforschung“ unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Robert Hutterer im Sommersemester 2009 sammeln. In diesem Seminar wurden

Demonstrations-Therapiegespräche zur Erforschung der Beratungspraxis der Personenzentrierten Psychotherapie abgehalten.

Jede der teilnehmenden Studentinnen nahm im Laufe des Seminars sowohl mehrmals die Rolle der Beobachterin als auch die der Klientin ein. Bei den Nachbesprechungen wurde deutlich, dass die Wahrnehmung der Gesprächssituation oder auch der Therapeutin je nach eingenommener Perspektive stark variieren konnte. So nahmen viele Klientinnen z.B. eine bestimmte Therapeutin in dem Gespräch in dem sie Beobachterin waren ganz anders wahr, als in jenem Gespräch in welchen sie ihr als Klientin gegenüber saßen. Auch wurden Störungen, wie z.B. Geräusche aus der Umgebung usw. zum Teil aus den unterschiedlichen Perspektiven ganz anders erlebt.

Diese, zum Teil widersprüchlichen, Erfahrungen aus den Therapiegesprächen, welche sowohl aus der Klientinnen- als auch der Beobachterinnen-Perspektive resultierten, ließen das Interesse der Autorinnen für das Klienten-Erleben/Klientinnen-Erleben und dessen Bedeutung für die Therapiestunde steigen und stellen somit den Ausgangspunkt für die Auseinandersetzung mit dem Klienten-Erleben/Klientinnen-Erleben der Personenzentrierten Psychotherapie im Rahmen dieser Diplomarbeit dar.

12.3.2 Perspektivenwechsel

Ausgehend von der Klientinnen- sowie der Beobachterinnen-Perspektive, die im Laufe des Seminars eingenommen wurden, kam es im Rahmen der qualitativen Analyse schließlich zum Einnehmen der Forscherinnen-Perspektive durch die Autorinnen. Wichtig ist es an dieser Stelle anzumerken, dass jene Erfahrungen, die wir aus der Perspektive der Klientin gemacht haben nicht nur implizit durch die Forscherinnen in die vorliegende Forschung einfließen, sondern auch explizit als Teil des analysierten Datenmaterials den Weg in diese Untersuchung gefunden haben. Das beschriebene Seminar sensibilisierte uns für das Thema "Klienten-Erleben/Klientinnen-Erleben", regte damit diese Forschung an und diente ebenso als Quelle für das Datenmaterial.

Diese Konstellation führte dazu, dass wir während der Analyse auch auf Datenmaterial stießen, das von uns selbst produziert wurde. So kam es zu einer Überschneidung von Subjekt und Objekt der Forschung. Unsere eigenen

Erlebnisberichte wurden später Teil des Datenmaterials. Im Forschungsprozess wurde jedoch deutlich, dass bereits eine Entfremdung zu diesem Material stattgefunden hatte. Wir erkannten unsere eigenen Aussagen kaum wieder. Alleinig das Thema oder bestimmte wiedererinnerte Dialogsituationen gaben Hinweise auf den persönlichen Bezug.

Ein Grund für diese Großteils erreichte Anonymisierung, liegt in der Übersetzung des Gesprochenen vom Dialekt ins Hochdeutsche, im Rahmen der Transkription der Therapiegespräche. Eine weitere Ursache ist in der zunehmenden Entkontextualisierung zu sehen, die im Laufe der Analysetätigkeit erfolgte. Das Aufbrechen der Daten ließ die Zusammenhänge verschwimmen und machte die automatische Zuordnung zu bestimmten, selbst erlebten, Situationen immer schwieriger.

12.4 Methoden der Selbst-Reflexivität

Von Beginn an konfrontierten wir uns mit den subjektiven Anteilen unserer Forschung. Deshalb nutzen wir unterschiedliche Instrumente zur Dokumentation und Förderung der Selbstreflexivität im Forschungsprozess.

Zum einen sammelten wir unsere Vorerfahrungen, in Bezug auf das Forschungsthema, um uns so unserer Ideen, Interessen, Werthaltungen, Vorurteile usw. bewusst zu werden. Im Laufe der Analyse wurde deutlich, dass viele, der im Rahmen der Untersuchung erarbeiteten Muster und Ergebnisse, zwar noch nicht klar benennbar, aber dennoch bereits im Vorhinein, zumindest implizit, präsent waren. Zum anderen sammelten wir im Laufe des Forschungsprozesses ebenso Gedanken in Bezug auf unser Verhältnis zum Forschungsthema und –prozess, der Methodenwahl und dergleichen, in Form von reflexiven Memos.

Das gemeinsame Bearbeiten des Forschungsprojekts ist ebenso förderlich für die Reflexion der eigenen Person als Teil der Forschung. Die Konfrontation mit den Sichtweisen, Reaktionen, Assoziationen usw. der Mitforschenden ermöglicht eine multiperspektivische Betrachtung des Forschungsfelds und beugt gegen das Festhalten an Mustern und Selbstverständlichkeiten vor (Breuer et al., 2011). In Form von gemeinsamen Forscherinnen-Treffen planten wir gemeinsam die einzelnen

Abpfolter

Schritte unseres Projekts und meldeten uns gegenseitig Reaktionen und Beobachtungen rück.

13 Forschungsprozess

Da im Rahmen der hier beschriebenen Forschung auf bereits bestehendes Datenmaterial zurückgegriffen werden konnte, ist die Datenerhebung nicht Teil dieser Arbeit. Dennoch ist es notwendig, das zur Analyse herangezogene Material kurz vorzustellen und dessen Ursprung zu klären. Der darauffolgende Teil dieses Abschnitts eröffnet einen Einblick in den detaillierten Ablauf der Analyse und die realisierte Umsetzung bzw. Auslegung der Grounded Theory in dieser Forschungsarbeit.

13.1 Datenmaterial

Das für die vorliegende Analyse herangezogene Datenmaterial, entstand im Rahmen der Lehrveranstaltung „Praxiskonzepte und Praxisforschung“ an der Universität Wien am Institut für Bildungswissenschaft unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Robert Hutterer, im Sommersemester 2009. Das Seminar stellte eine Vertiefung im Schwerpunkt Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie dar. Zu den Inhalten der Lehrveranstaltung zählte, neben dem Studium von Fachliteratur, die Reflexion von Interaktion, Intervention und Dialog in der Beratungspraxis, die mit Hilfe von Demonstrations-Therapiegesprächen herbeigeführt wurde.

13.1.1 Datenerhebung

An dem betreffenden Seminar nahmen 16 Studentinnen teil. Jede Studentin führte mit drei verschiedenen Personenzentrierten Psychotherapeutinnen (in Ausbildung) jeweils ein Therapiegespräch, das auf Tonband aufgenommen wurde. Jedem Therapiegespräch wohnten jeweils eine Therapeutin, eine Klientin (Studentin) und eine Beobachterin (weitere Studentin) bei. Unmittelbar nach dem Therapiegespräch führte die Beobachterin mit der Klientin ein sogenanntes Post-Session-Interview. Hierbei beantwortete die Klientin offene Fragen hinsichtlich der Wahrnehmung zur eigenen Person, der Wahrnehmung zur Therapeutin, zur Art der Interaktion, zum Gesprächsverlauf sowie zum Gesprächsinhalt und dessen Verlauf. Die wichtigsten Informationen aus dem Post-Session-Interview wurden von der Beobachterin festgehalten und zusammengefasst. Außerdem verfassten die Klientinnen, wenn möglich noch am selben Tag, einen Bericht über ihr Erleben während der Therapiesitzung. Schließlich wurde das Transkript, zirka zwei Wochen nach dem

Therapiegespräch, gemeinsam von Klientin und Beobachterin einer Audioanalyse unterzogen. Für die Klientin ergab sich hier nochmals eine Möglichkeit das „Erlebnisreiche“ des Therapiegespräches hervorzuheben, indem sie das Transkript mit Kommentaren versah.

Da es sich ausschließlich um weibliche Seminarteilnehmerinnen und Therapeutinnen handelte, wird im Folgenden durchgängig die weibliche Form angewendet.

13.1.2 Auswahl & Zusammensetzung der verwendeten Daten

Aus der beschriebenen Vorgehensweise resultierte eine beachtliche Summe an Daten, die sich aus vier unterschiedlichen Elementen zusammensetzt: Die Transkriptionen der Therapiegespräche, die Inhalte der Post-Session-Interviews, die Erlebnisberichte und die Rückerinnerungsprotokolle, welche im Rahmen der Audioanalysen entstanden. Daraus ergab sich ein Repertoire von 144 Dokumenten, die jeweils zwischen zwei und fünfzehn A4 Seiten Inhalt umfassen.

Allerdings entschieden wir uns in der Planungsphase dazu, die eigentlichen Transkriptionen der Therapiegespräche bei der Datenanalyse außer Acht zu lassen, da diese keine direkten Aussagen über das Erleben der Klientin in der Therapiesituation beinhalten. Natürlich lassen die Dialoge zwischen Klientin und Therapeutin viele Schlüsse über das Erleben der Klientin in der Therapiesituation zu, allerdings wären derartige Aussagen zu einem Großteil von unserer Interpretationsleistung als Forscherinnen abhängig.

Die Daten aus den Erlebnisberichten verfügen über eine gänzlich andere Qualität. Anders als die Post-Session-Interviews oder die Audioanalysen, wurden die Erlebnisberichte frei von der jeweiligen Klientin formuliert und hatten die Abbildung des persönlichen Erlebens vor, während und nach der Therapieeinheit zum Ziel. Das Erleben wurde von den Teilnehmerinnen selbst beschrieben, kommentiert und interpretiert und ist somit ausschließlich an deren Einschätzung gebunden.

Bei den Daten, die aus den Audioanalysen gewonnen wurden, griffen wir im Rahmen der Analyse ebenso ausschließlich auf jene Passagen zurück, die Aussagen der Klientinnen über deren Erleben enthielten. So sollte eine Vermischung der Perspektive von Klientin, Beobachterin und Forscherin bestmöglich vermieden werden.

Das aus den Post-Session-Interviews gewonnene Material verfügt, in Hinblick auf die Perspektivität dieser Daten, wiederum über eine andere Beschaffenheit. Die Klientinnen wurden im Rahmen der Post-Session-Interviews dazu angehalten so viel wie möglich über das Gespräch, dessen Verlauf und die Situation zu erzählen. Dabei sollten von den Forscherinnen folgende Leitfragen zu Hilfe genommen werden: Wie ist es dem/der Klienten/in in dem Gespräch ergangen? Was ist in dem Gespräch geschehen? Wie ist es geschehen? Wie ist das Gespräch verlaufen? Das Interview sollte so gestaltet werden, dass es Aussagen der Klientin über folgende Themen in Erfahrung bringt: Wahrnehmungen der Klientin zur eigenen Person in der Gesprächssituation, Wahrnehmungen zur Therapeutin, Art der Interaktion, Gesprächsverlauf, Gesprächsinhalt und Inhaltsverlauf (siehe Anhang 18.1 *Leitfaden für Post-Session-Interview*). Diese Bereiche sind allesamt dem für uns zentralen Phänomen des Klienten-Erlebens/Klientinnen-Erlebens zugehörig. Vor diesem Hintergrund versprochen die Post-Session-Interviews wichtige Inhalte für unsere Analyse zu liefern. Der zweite Teil der Interviews, welcher sich etwaigen hilfreichen Aspekten im Gespräch widmete, wurde dabei für unsere Untersuchung als weniger relevant eingeschätzt. Deshalb wurden die in diesem Kontext entstandenen Daten nicht zur Analyse herangezogen.

13.1.3 Strukturierung der Daten

Um die Übersichtlichkeit der Daten bei der Arbeit mit dem Programm Atlas TI gewährleisten zu können, war es in einem ersten Schritt notwendig die Dateien einheitlich zu benennen. Die Dateinamen wurden so gewählt, dass auf einen Blick sichtbar wird, um welches Dokument es sich handelt: EB steht für Erlebnisbericht, AA für Audioanalyse und PS für Post-Session-Interview. Auch gibt der Dateiname Auskunft darüber welche Klientin (jeder Klientin wurde eine Nummer zugeteilt), das wievielte Gespräch (hier gibt es G1, G2, G3 – da jede Klientin 3 Gespräche führte) mit welcher Therapeutin (hier gibt es T1, T2, T3 – da drei Therapeutinnen agierten) geführt hat (Beispiel für einen Dateinamen: PS_K3_G1_T2). Bevor die einzelnen Dateien mit den neuen Namen in das Programm Atlas TI geladen wurden, wurde der Inhalt der Dateien anonymisiert.

13.2 Analyse

Nachdem dieser aufwendige aber unbedingt erforderliche Arbeitsschritt der Datenstrukturierung abgeschlossen war starteten wir mit der Analyse des Datenmaterials nach dem Modell der Grounded Theory nach Strauß & Corbin.

13.2.1 Offenes Kodieren – Aufbrechen der Daten

Ausgehend von unserem Interesse tasteten wir uns im Rahmen der Grounded Theory-Analyse an das Erleben der Klientinnen heran. Während dem offenen Kodieren sammelten wir alle Aussagen die sich auf das Erleben der Klientinnen in der Therapiesituation bezogen. Wichtig ist hier anzumerken, dass es uns dabei natürlich im engeren Sinne um jenes Erleben ging, dass sich auf die aktuelle Situation bezog. Das bedeutet, dass von der Klientin berichtetes Erleben bzw. Gefühle zu bestimmten Themen, nicht mit einbezogen wurden, bzw. nur insofern sie mit der aktuellen Therapiesituation und der therapeutischen Beziehung in Zusammenhang standen.

Die Analyse der Daten begann mit dem offenen Kodieren der Erlebnisberichte, da diese nach unserer Einschätzung die meisten Informationen bezüglich des Klientinnen-Erlebens beinhalten. Dabei wurde sehr genau, beinahe Satz für Satz, kodiert. Danach folgten die Post-Session-Interviews und zu allerletzt wurden die Audioanalysen, also nicht das Therapiegeläch selbst, sondern die Anmerkungen der Klientinnen zum Gespräch, offen kodiert.

Im Rahmen dieses Arbeitsschritts entstanden zirka 600 Kodes. Um diese übersichtlich zu halten kam es bereits während dem offenen Kodieren zur wiederholten Überarbeitung der sich entwickelnden Kode-Liste. Durch das Sortieren, Ordnen und Strukturieren dieser Kodes in der ersten Analysephase zeichnete sich ab welche Kodes in Zusammenhang stehen oder sich womöglich überschneiden. Im Laufe dieses Prozesses wurden gleiche oder ähnliche Kodes zusammengeführt.

13.2.2 Axiales Kodieren – Entwicklung der Kategorien

Während der weiteren Vorgehensweise, dem axialen Kodieren, entwickelten sich aus den verwandten Kodes nach und nach Kategorien. Nun war es an der Zeit die aufgebrochenen Daten wieder miteinander in Verbindung zu setzen. Dafür

untersuchten wir die einzelnen Kodes in Hinblick darauf, mit welchen anderen Kodes und Kategorien sie in Verbindung stehen bzw. welche Beziehung sie zueinander haben.

Unter Einbezug der bis dahin gesammelten Informationen, beispielsweise in Form von Memos, beschrieben wir nun die einzelnen Kategorien. Diese Beschreibungen beinhalten allgemeine Informationen zur Kategorie, wie z.B. aus welchen Kodes sie sich zusammensetzt, wie die Kodes innerhalb einer Kategorie geordnet und strukturiert werden können, welche Einflussfaktoren sich daraus ergeben und Informationen darüber, mit welchen anderen Kategorien sie in Verbindung stehen. Hilfreich für die Beschreibungen der sehr umfangreichen Kategorien waren die parallel dazu erstellten Networkviews in ATLAS.ti.

Das Ergebnis dieses Arbeitsschritts war eine sehr detaillierte und umfangreiche Beschreibung der Kategorien. Um die Ergebnisse zu veranschaulichen, war es der nächste Schritt, diese umfangreichen Daten in einer Matrix darzustellen und zu verdichten. Da wir hier an die Grenzen von ATLAS.ti stießen, erstellten wir die Matrix in Form einer Excel-Tabelle (siehe Anhang 18.4 *Matrix*).

13.2.3 Selektives Kodieren – Erlebensmuster erkennen

In der Phase des selektiven Kodierens konzentrierten wir uns darauf, die bisher gesammelten Daten anhand einer zusammenhängenden Erzählung in die richtige Reihenfolge zu bringen. Dabei wurde das zentrale Phänomen, Klienten-Erleben/Klientinnen-Erleben, in den verschiedenen Phasen des Therapiegespräches herausgearbeitet. Durch das Verfolgen des roten Fadens in dieser Beschreibung, kristallisierte sich eine Kernkategorie heraus. In den einzelnen Phasen des Therapiegespräches war immer wieder die Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin das zentrale Thema. Außerdem wurden durch diese Darstellung immer mehr Erlebensmuster erkennbar.

13.2.4 Einsatz von Memos und Kodenotizen

Unterstützend verwendeten wir im Programm ATLAS.ti die Funktion der Memos, die es ermöglichte wichtige Informationen bezüglich der Analyse und deren Fortschritt festzuhalten. Diese Memos wurden erstellt um Informationen zu sichern, die zu einem späteren Zeitpunkt erneut von Bedeutung sein könnten, um

Erkenntnisse aus der bisherigen Analyse nicht aus den Augen zu verlieren, um Ideen für die weitere Vorgehensweise zu sammeln und um die Besprechungen zwischen den Forscherinnen zu dokumentieren.

13.2.5 Begriffsklärungen

Dieses Glossar dient der Klärung unterschiedlicher Begriffe, die zur Beschreibung für die Analyse unserer Daten herangezogen wurden. Es erhebt keinen Anspruch auf allgemeine Gültigkeit, da diese Klärungen der Begriffe ausschließlich zum besseren Verständnis in dieser Arbeit beitragen sollen.

Quotation kodierte Textstelle in *Atlas.ti*

Kode darunter werden ähnliche oder gleiche Textstellen zusammengefasst

Kategorie darunter werden Codes zusammengefasst die miteinander verwandt sind

Memo Notiz zum Forschungsprozess

Networkview schematische Darstellung der Daten mit Hilfe von *Atlas.ti*

14 Darstellung der Ergebnisse

Dieses Kapitel dient der Darstellung der Ergebnisse unserer Analyse zum Erleben des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie. In einem ersten Schritt stellen wir die Kodeliste (siehe Anhang 18.2 *Kodeliste*) vor, die sich während dem offenen Kodieren entwickelt hat. Danach gehen wir im Detail auf die entstandenen Kategorien ein. Die in den Beschreibungen der Kategorien angeführten Beispiele aus den verschiedenen Datenquellen finden sich gesammelt im Anhang 18.4 *Quotations* wieder. Im Anschluss an die Kategorienbeschreibung erläutern wir die Matrix, die wir im Rahmen des axialen Kodierens erstellten. Im Übergang vom axialen Kodieren zum selektiven Kodieren kristallisierte sich eine Kernkategorie heraus. Diese stellen wir im letzten Schritt der Darstellung der Ergebnisse vor.

14.1 Kodeliste

Als Basis für die Beschreibung der Kategorien dient die Kodeliste (siehe Anhang 18.2 *Kodeliste*), welche sich aus 316 Kodes, die sich auf insgesamt 19 Kategorien aufteilen, zusammensetzt. Um übersichtlich mit den Kodes arbeiten zu können bzw. sie Kategorien zuordnen zu können, war es notwendig die Kodes zu nummerieren. Diese Nummerierung hat für die Analyse keine Bedeutung, war allerdings notwendig, um erste Gruppierungen von ähnlichen Kodes vorzunehmen. In weiterer Folge wurde deutlich, dass manche Kodes nicht eindeutig einer einzigen Kategorie zuzuordnen sind, sondern zu zwei oder mehr Kategorien passen.

14.2 Kategorien im Überblick

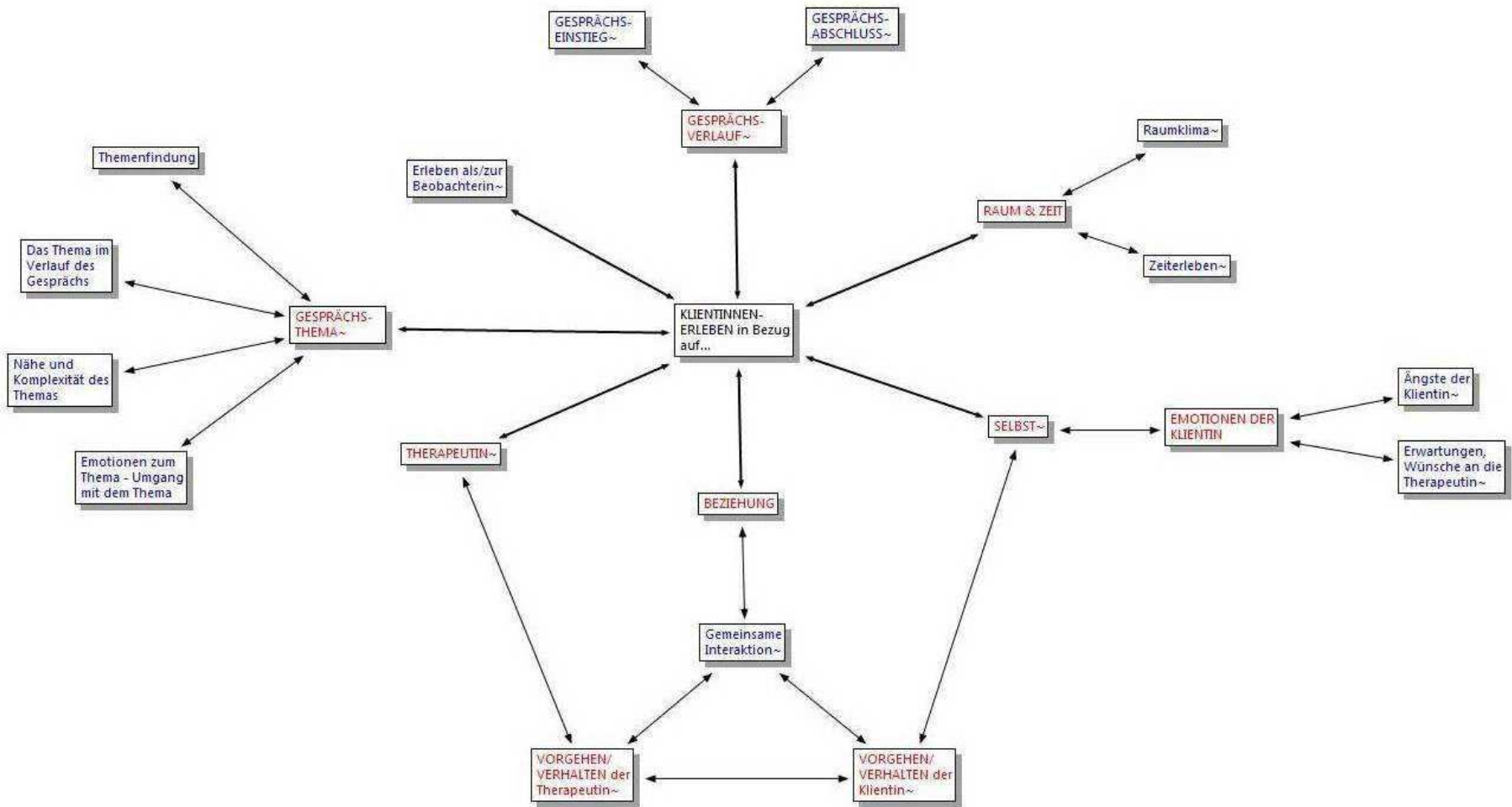
Die 19 entstanden Kategorien im Überblick:

- Erleben zur Therapeutin
- Vorgehen, Verhalten der Therapeutin
- Vorgehen, Verhalten der Klientin
- Gemeinsame Interaktion
- Selbsterleben
- Emotionen der Klientin
- Erwartungen/Wünsche an die Therapeutin
- Ängste der Klientin
- Gesprächsverlauf
- Gesprächseinstieg
- Gesprächsabschluss
- Gesprächsthema

Abpfolter

- Raumklima
- Zeiterleben in der Therapiestunde
- Empfindungen der Klientin vor dem Gespräch
- Empfindungen der Klientin nach dem Gespräch
- Ergebnisse bzw. Resümee des/über Gespräch
- Erleben als/zur Beobachterin
- Audio-Analyse/Erlebnisbericht/Post-Session-Interview

Abbildung 1: Überblick der entstandenen Kategorien



Überblick der entstandenen Kategorien

Abbildung 1 zeigt, dass sich 7 der 19 entstandenen Kategorien direkt auf das Erleben der Klientinnen beziehen. Diese 7 Kategorien stellen im weiteren Sinn die Einflussfaktoren des Erlebens der Klientinnen dar. Einflüsse wie die Klientin selbst, die Therapeutin, das Gesprächsthema, die gemeinsame Interaktion sowie der Raum und die Zeit kristallisieren sich auf den ersten Blick als die Wichtigsten heraus.

Des Weiteren wird aus diesem Networkview ersichtlich, dass sich das Erleben der Klientin aus einem komplexen Zusammenwirken zwischen Klientin und Therapeutin ergibt. Das Zusammenspiel zwischen *Vorgehen/Verhalten der Therapeutin* und dem *Vorgehen/Verhalten der Klientin*, manifestiert sich in der *gemeinsamen Interaktion*. Die *gemeinsame Interaktion* fördert wiederum die *Beziehung* zwischen Klientin und Therapeutin. Außerdem beeinflussen die *Emotionen der Klientin* dieses Zusammenspiel, da das *Vorgehen/Verhalten der Klientin* von diesen abhängig ist.

14.3 Erleben zur Therapeutin

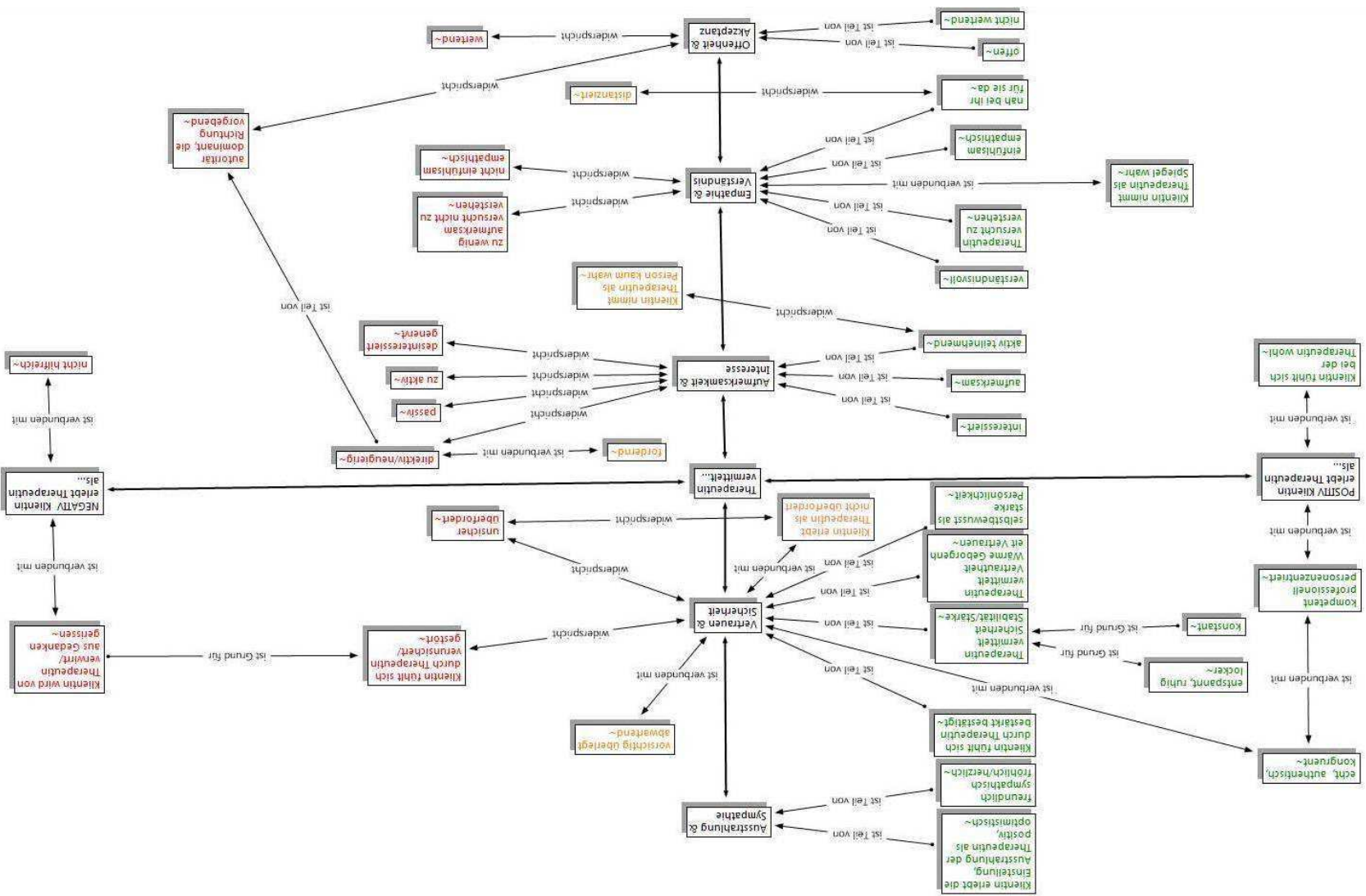
Diese Kategorie beinhaltet Aussagen der Klientinnen darüber, wie sie die Therapeutinnen während dem Therapiegespräch erleben. Die Klientinnen schreiben den jeweiligen Therapeutinnen Eigenschaften zu, welche ihren Persönlichkeitsmerkmalen gelten, sich auf das Verhalten oder auf die Einstellung der Therapeutinnen beziehen.

Bei dem Großteil der Kodes handelt es sich um positives Erleben zu den Therapeutinnen und bei etwa einem Drittel um negatives Erleben zu den Therapeutinnen. Einige wenige Kodes sind nicht eindeutig positiv oder negativ behaftet.

Da die Kategorie sehr umfangreich ist, ist es sinnvoll, das Erleben der Klientinnen in Bezug auf die Therapeutinnen nochmals zu unterteilen. Eine mögliche Unterteilung ergibt sich aus der Aufspaltung in das Erleben, das keine Folge des Gesprächs ist, und das Erleben, das sich aus dem Gespräch ergibt. Das Erleben zur Therapeutin, das keine Folge aus dem Gespräch ist, beruht auf Vorannahmen und Vorurteilen der Klientinnen. Das Erleben zur Therapeutin, das sich aus dem Gespräch ergibt, gibt Auskunft darüber, wie sich das Verhalten der Therapeutinnen auf die Klientinnen auswirkt. Ebenso können daraus Informationen über die Beziehung zwischen den Klientinnen und Therapeutinnen abgelesen werden.

Die Kategorie *Erleben zur Therapeutin* steht in Verbindung mit dem *Verhalten/Vorgehen der Therapeutin*, den *Emotionen der Klientin* und den *Erwartungen/Wünschen der Klientin*. Wie die Therapeutinnen erlebt werden, ist abhängig von deren Verhalten bzw. welche Erwartungen und Wünsche die Klientinnen an sie herantragen. Es handelt sich hier um ein komplexes Zusammenspiel, dass auch durch die Gefühle der Klientinnen beeinflusst wird.

Abbildung 2: Erleben zur Therapeutin



14.3.1 Ausstrahlung & Sympathie

Viele der Codes, die dieser Kategorie zugeordnet werden, sind von recht allgemeinem Charakter und beziehen sich auf die positive Einstellung und Ausstrahlung der Therapeutinnen. Vielfach werden die Therapeutinnen als freundlich, sympathisch, fröhlich oder herzlich wahrgenommen. Lächeln die Therapeutinnen, sind offen und freundlich, so wird ihnen meist auch eine positive und optimistische Ausstrahlung sowie Einstellung zugeschrieben.

Aus einigen Aussagen der Klientinnen geht hervor, dass die gegenüber den Therapeutinnen empfundene Sympathie meist bereits vor dem Gespräch, bei den ersten Begegnungen mit den Therapeutinnen entsteht (z.B. EB_K1_G1_T3, Q 49:8). Aus den Daten ist ebenso abzulesen, dass die erlebte Sympathie die Klientinnen dabei unterstützt sich im Gespräch zu öffnen:

Mir ist es dieses Mal besonders leicht gefallen, da ich sie sehr sympathisch finde und ihre offene und freundliche Art einem einlädt über alles zu reden. (EB_K13_G2_T2, Q 62:4)

Das positive Empfinden der Einstellung und Ausstrahlung der Therapeutinnen wirkt ebenso positiv auf die Gesprächsatmosphäre ein (z.B. PS_K15_G1_T2, Q 115:6). Der Ton, die Stimme, die Ausstrahlung sowie die Sprache der Therapeutinnen haben allesamt Einfluss darauf ob diese von den Klientinnen als freundlich bzw. sympathisch erlebt werden (z.B. AA_K13_G2_T2, Q 14:4).

Das Erleben zur Therapeutin impliziert welche Gefühle die Therapeutinnen den Klientinnen durch ihre Präsenz bzw. ihr Agieren vermitteln. Folgend werden in dieser Kategorie immer wieder Codes in Untergruppen zusammengefasst, die eine bestimmte Wirkung bei den Klientinnen erzielen.

14.3.2 Vertrauen & Sicherheit

Einen großen und wichtigen Anteil am positiven Erleben zur Therapeutin machen jene Eigenschaften und Verhaltensweisen aus, die den Klientinnen das Gefühl der Sicherheit und des Vertrauens vermitteln und sie in ihrem Erzählen bzw. der Auseinandersetzung mit dem Thema bestärken.

Es gibt verschiedene Reaktionen der Therapeutinnen, die dazu führen können, dass

sich die Klientinnen bestärkt und bestätigt fühlen. Die Therapeutinnen können den Klientinnen nonverbal, z.B. mit Hilfe eines Blickes, der Körperhaltung oder einer gemeinsamen Interaktion (z.B. EB_K14_G1_T2, Q 64:16) zeigen, dass sie für sie da sind und sie bestärken:

In diesem Moment geschah etwas ganz besonderes für mich: [Name], die bis zu diesem Zeitpunkt immer ganz entspannt in ihrem Sessel saß, lehnte sich nach vorne, so als würde sie mir sagen wollen „Ja, genauso musst du es angehen! So schaffst du auch die Diplomarbeit!“. Sie brauchte in diesem Moment nichts zu sagen, diese Reaktion von ihr reichte vollkommen aus um mich in meinem Vorhaben zu bestärken und umzudenken. Ab diesem Zeitpunkt wurde ich im Gespräch immer ruhiger, nachdenklicher, aber nicht, weil ich nichts mehr zu sagen hatte, sondern einfach, weil es für mich galt im Kopf meine Gedanken zu ordnen. (EB_K12_G2_T2, Q 59:15)

Ebenso können gute, treffende Paraphrasen dazu beitragen, dass sich die Klientinnen bestärkt fühlen und sich noch eindringlicher mit ihrem Thema auseinandersetzen können (z.B. EB_K11_G2_T3, Q 56:10).

Gelingt es den Therapeutinnen den Klientinnen Sicherheit und Stabilität zu vermitteln, so dass sich diese gestärkt und begleitet fühlen, hat das eine positive Wirkung auf das weitere Erleben der Klientinnen. Diese fühlen sich von den Therapeutinnen angenommen und respektiert und es fällt ihnen nicht mehr schwer sich zu öffnen. Stabilität vermitteln die Therapeutinnen, indem sie sich den Klientinnen gegenüber gleichbleibend und konstant verhalten:

Es gab keine Veränderung wie z.B. Mitleid oder dergleichen. Es wurde meine Reaktion genau so angenommen und durch diese Konstanz aber auch die Stabilität, die die Therapeutin ausstrahlte, verspürte ich eine Kraft und hatte das Gefühl, dass auch ich mich respektierte und wertschätzte mit meiner Reaktion. (EB_K15_G3_T3, Q: 69:19)

Sicherheit und Stabilität können die Therapeutinnen nur dann erreichen, wenn sie stark genug sind, um das von den Klientinnen an sie Herangetragene auszuhalten. Sie müssen "stark und offen [sein] für alles was kommt" (EB_K13_G3_T3, Q: 63:12) und eine gewisse Ruhe ausstrahlen (z.B. AA_K15_G3_T3, Q 21:16). Es kommt gelegentlich vor, dass die Therapeutinnen durch ihr zurückhaltendes (z. B. EB_K8_G1_T2, Q 91:16) oder unsicheres Vorgehen und ihre Körpersprache den Klientinnen den Eindruck vermitteln, mit der Situation überfordert zu sein. In diesem Fall ist es notwendig, dass die Therapeutinnen dennoch so viel Stärke und Stabilität

ausstrahlen können, um den Klientinnen die nötige Sicherheit zu geben, die sie brauchen um sich auf das Gespräch einlassen zu können.

Ich war mir wie gesagt, in diesem Augenblick sehr unsicher ob die Therapeutin das alles aushalten kann. Doch dieses Gefühl hat sie mir genommen als sie begonnen hat meine gesagten Dinge zusammenzufassen und mir geordnet wieder gegeben hat. Plötzlich war dieses Gefühl, ich könnte sie überfordern, wie weggeblasen. (EB_K8_G1_T2, Q: 91:18)

Empfinden die Klientinnen Wärme und Geborgenheit durch die Beziehung zu den Therapeutinnen und können sie diesen vertrauen, so trägt das ebenso dazu bei, dass die Klientinnen weniger Scheu haben sich zu öffnen. Vertrauen zu den Klientinnen aufbauen sowie Geborgenheit schaffen, können die Therapeutinnen, indem sie diesen bedingungslose Aufmerksamkeit, eventuell auch mit Hilfe des ständigen Blickkontakts, entgegenbringen:

Durch ihren ständigen Blickkontakt empfand ich, dass von Seiten der Therapeutin großes Interesse kam und das gab mir ein Gefühl der Geborgenheit. (EB_K11_G2_T3, Q 56:9)

14.3.3 Echtheit, Kontinuität, Ruhe & Kompetenz

Damit die Klientinnen eine vertrauensvolle Beziehung zu den Therapeutinnen aufbauen können, die von Sicherheit und Stabilität geprägt ist, müssen die Therapeutinnen in ihrem Verhalten bzw. Vorgehen echt, kongruent, konstant, entspannt und ruhig sein.

Ich hatte auch das Gefühl, dass die Therapeutin mit sich im Einklang war und das Verständnis und die Empathie, die sie mir entgegenbrachte nicht gespielt waren. (EB_K9_G2_T3, Q 95:15)

Erleben die Klientinnen die Therapeutinnen als echt und authentisch und mit sich selbst im Einklang, so können sie diesen viel eher vertrauen und trauen ihnen auch zu, die nötige Stärke aufzubringen, um sie in ihrer Auseinandersetzung mit ihren Problemen zu unterstützen.

Die Klientinnen empfinden es als positiv wenn das Verhalten bzw. Vorgehen der Therapeutinnen im Laufe des Gespräches konstant ist. Erwähnt wird in diesem Zusammenhang besonders oft die gleichbleibende Nähe und Aufmerksamkeit der Therapeutinnen. Durch dieses konstante da und aufmerksam Sein, das z.B. durch den

Blickkontakt oder Gesichtsausdruck vermittelt wird (z.B. PS_K7_G1_T1, Q 136:4), erreichen die Therapeutinnen die notwendige Stabilität:

Dies zeigte sich auch im Verlauf des Gespräches - nie hatte ich das Gefühl, dass sie abwesend war, oder mir mal mehr- oder weniger zuhört - die Aufmerksamkeit der Therapeutin blieb konstant, was mich im Gespräch sehr bestärkte. (EB_K9_G2_T3, Q 95:21)

Nehmen die Klientinnen die Therapeutinnen als ruhig und entspannt wahr und haben die Klientinnen das Gefühl, dass ihnen ausreichend Zeit gegeben wird, so fällt es den Klientinnen leichter sich zu beruhigen und sich auf ihr Thema einzulassen:

Zuerst war ich sehr unruhig und aufgewühlt, doch als ich die Ruhe der Therapeutin spürte, merkte ich richtig wie ich innerlich auch ruhiger wurde und konnte mich nun auf mein Thema voll und ganz einlassen. (EB_K9_G2_T3, Q 95:10)

Immer wieder werden die Therapeutinnen von den Klientinnen als vorsichtig, überlegt oder abwartend beschrieben. Hier ist wichtig anzumerken, dass vorsichtiges Agieren sowohl als positiv als auch negativ von den Klientinnen empfunden werden kann. Gründet die Vorsicht der Therapeutinnen darin, dass sie die Klientinnen nicht falsch verstehen wollen und z.B. lieber nachfragen, um sicher zu gehen, den Gedanken der Klientinnen folgen zu können, wird das von den Klientinnen positiv aufgefasst. Ein solch überlegtes Vorgehen zeigt den Klientinnen wie wichtig es ihrem Gegenüber ist, genau an ihrem Erleben zu bleiben (z.B. AA_K10_G3_T3, Q 6:23).

Nehmen die Klientinnen die Therapeutinnen als abwartend wahr, so kann das aber auch den Eindruck hinterlassen, dass die Therapeutinnen unsicher oder überfordert sind. Das kommt oft am Gesprächsbeginn vor. Zum Beispiel, wenn seitens der Therapeutinnen keine einleitenden Worte bzw. ein Einstieg in das Gespräch geboten wird. Dann fühlen sich die Klientinnen alleine gelassen, weil ihnen die Unterstützung fehlt. Diese fehlende Unterstützung der Therapeutinnen wird von den Klientinnen als Überforderung bzw. Unsicherheit erlebt. (z.B. PS_K4_G2_T1, Q 128:14).

Bezeichnen die Klientinnen die Therapeutinnen als kompetent bzw. professionell oder personenzentriert, dann bringen sie das mit den empathischen Eigenschaften der Therapeutinnen, welche es schaffen die personenzentrierte Haltung umzusetzen, sowie einer interessanten und angenehmen Therapieerfahrung in Verbindung (z.B.

EB_K15_G1_T2, Q 67:28).

14.3.4 Störung/Irritation durch die Therapeutin

Immer wieder kommt es jedoch auch vor, dass sich Klientinnen durch die Therapeutinnen gestört fühlen. Eine Aussage (z.B. AA_K15_G2_T1, Q 20:4), Frage (z.B. PS_K2_G1_T1, Q 121:7) oder auch die Körpersprache (z. B. AA_K5_G2_T1, Q 35:5) der Therapeutinnen kann dazu führen, dass die Klientinnen aus ihren Gedanken gerissen werden. Diese Irritation stört die Klientinnen in ihrer Auseinandersetzung mit dem zu bearbeitenden Thema:

Als störend habe ich empfunden, als sie anfang mir Fragen zu stellen. Ich hatte den Eindruck, sie wollte dann „erraten“ was in mir vorgeht. Die Fragen waren aber teilweise für mich nicht passend, bzw. haben mich von dem abgelenkt, was ich eigentlich ausdrücken wollte. (EB_K2_G1_T1, Q 73:26)

Eine, nicht der Situation angemessene, Reaktion der Therapeutinnen, kann dazu führen, dass sich die Klientinnen unter Druck gesetzt, verunsichert und überfordert fühlen (z.B. EB_K12_G3_T1, Q 60:11).

14.3.5 Aufmerksamkeit & Interesse

Von der Aufmerksamkeit der Therapeutinnen, die durchwegs als positiv bewertet wird, ist in den Berichten der Klientinnen sehr häufig die Rede, oft auch in Form des aufmerksamen Zuhörens. Meist geht die Aufmerksamkeit der Therapeutinnen mit Empathie einher und führt schließlich zum Verstehen:

Die Klientin fand es sehr angenehm, dass sie mit der Therapeutin in einem Dialog ist, dass sie ihre Sätze ergänzt. So hatte sie das Gefühl, dass die Therapeutin bei ihr ist und ihr zuhört und auch versteht was sie denkt. (AA_K4_G3_T3, Q 33:3)

Ich hatte auch in dieser ersten Phase des Gespräches das Gefühl, dass mir die Therapeutin wirklich zuhört und nicht nur versucht mich zu verstehen, sondern es auch wirklich tut. (EB_K9_G2_T3, Q 95:20)

Das aufmerksame Zuhören spiegelt sich ebenso im Blickkontakt, der Körpersprache oder der Mimik der Therapeutinnen wieder (z.B. EB_K13_G2_T2, Q 62:11). Durch die ihnen entgegengebrachte Aufmerksamkeit fühlen sich die Klientinnen gut aufgehoben bei den Therapeutinnen sowie angenommen und respektiert.

Können die Therapeutinnen die Aufmerksamkeit den Klientinnen gegenüber halten, so zeigt sich das auch an ihren treffenden Reaktionen wie z.B. in Form einer treffenden Spiegelung bzw. Paraphrase (z.B. PS_K8_G2_T3, Q 140:12) oder dem Aufgreifen einer Metapher:

Besonders gut gefiel mir auch, dass sie meine Gedanken auffing und aufnahm. Ein Beispiel: Ich benutzte in einer Gesprächssituation eine Metapher um mich besser ausdrücken zu können und die Therapeutin griff diese auf und sprach mit meiner Metapher und mit meinen Worten weiter. Diese Situation war sehr hilfreich für unsere Beziehung, da ich an dieser Situation merkte, dass sie mir auch wirklich aufmerksam zuhörte und mich mit meinen Problemen versteht. (EB_K9_G1_T1, Q 94:23).

Das Interesse der Therapeutinnen kann durch das Stellen von Fragen (z.B. PS_K15_G3_T3, Q 117:7), das aufmerksame Zuhören (z.B. EB_K15_G1_T2, Q 67:16), das Verstehen bzw. das Verstehen-Wollen (z.B. EB_K15_G3_T3, Q 69:21) und dergleichen zum Ausdruck kommen. Auch kann es durch einen Blick oder die Körperhaltung der Therapeutinnen vermittelt werden (z.B. EB_K11_G2_T3, Q 56:9). Erleben die Klientinnen die Therapeutinnen als interessiert, dann empfinden sie das meist als positiv, als Interesse an ihrer Person und ihren Themen (z.B. EB_K1_G2_T2, Q 50:22). Geht dieses Interesse allerdings in Neugier über, wird dies von den Klientinnen als negativ aufgefasst (z.B. AA_K12_G2_T2, Q 11:1).

Können die Therapeutinnen durchwegs Interesse entgegen bringen, dann trägt das dazu bei, dass die Klientinnen tiefer in die Thematik eingehen können und die Therapiestunde besser für sich nutzen können:

"Dieses Interesse seitens der Therapeutin gab mir sowohl einen psychischen als auch physischen Raum mich zu öffnen und auch gehört zu werden!" (EB_K16_G3_T2, Q 72:24)

Hin und wieder geben Klientinnen an, dass die Therapeutinnen zu wenig aufmerksam waren bzw. dass sie das Gefühl hatten, dass die Therapeutinnen nicht ausreichend versucht haben sie zu verstehen:

Ich fühlte mich während des ganzen Gesprächs nicht wirklich verstanden. Besser gesagt ich hatte nicht das Gefühl, dass sich die Therapeutin in meine Welt begeben hat, und versuchte mich zu begleiten und zu verstehen. (EB_K15_G2_T1, Q 68:11)

Dass die Therapeutinnen ihnen zu wenig Aufmerksamkeit entgegenbringen, lesen die Klientinnen an für sie unpassenden Reaktionen bzw. Wortmeldungen der

Beraterinnen ab:

Auch diese Aussage oder Frage hat die Klientin irritiert. Durch diese hat die Klientin das Gefühl, dass Erklärungsbedarf und eine genauere Beschreibung der Problematik notwendig ist. Jedoch hat dies Ärger und Wut in der Klientin ausgelöst, da sie empfand, dass sie alles bereits genau erklärt hatte. (AA_K15_G2_T1, Q 20:5)

Unpassende Reaktionen der Therapeutinnen, aber auch ihre Stimme, ein Seufzer oder z.B. ihre schwere Atmung, lassen die Klientinnen vermuten, dass die Therapeutinnen kein Interesse für sie und ihr Thema empfinden. Die Therapeutinnen wirken auf ihr Gegenüber abwesend, teilnahmslos oder gar genervt:

Die Therapeutin wirkte ab und zu unsicher und hat einmal tief aus- und eingeatmet, was der Klientin das Gefühl gegeben hat „es ist ihr zu viel, sie fühlt sich genervt. (PS_K11_G1_T1, Q 103:7)

Dieses Beispiel gibt zu bedenken, dass das von den Klientinnen wahrgenommene Desinteresse womöglich auch ein Ausdruck von Unsicherheit oder Überforderung der Therapeutinnen sein könnte. Dieser Kode zeigt deutlich, dass die Klientinnen die Reaktionen der Therapeutinnen genau wahrnehmen und wiederum darauf reagieren.

Manchmal werden die Therapeutinnen als teilnehmend oder aktiv beschrieben. Das Teilnehmen der Therapeutinnen am Gespräch ist positiv besetzt und steht auch mit der Aufmerksamkeit und Empathie der Therapeutinnen in Verbindung.

Allerdings kommt es auch vor, dass die Therapeutinnen kaum auf die Klientinnen reagieren, so dass die Klientinnen das Gefühl haben, dass sich die Beraterinnen nicht auf sie einlassen wollen (z.B. AA_K9_G1_T1, Q 46:15). Die Passivität der Therapeutinnen führt dazu, dass die Klientinnen das Gefühl haben, dass sich die Therapeutinnen nicht genügend anstrengen um ihnen zu folgen und sie zu verstehen:

Es entstehen immer längere Pausen im Gespräch, die die Klientin zwar während des Gespräches nicht als sehr störend empfand, aber sie hat darauf gewartet, dass die Beraterin einen Einstieg in das Gespräch findet bzw. sie besser versteht. (AA_K12_G3_T1, Q 12:30)

Dass die Klientinnen die Therapeutinnen als Person kaum wahrnehmen, begründet sich nicht in der Passivität der Therapeutinnen, sondern vielmehr darin, dass sich die Klientinnen während des Gesprächs nur auf sich selbst konzentrieren.

Wie bisher jedes Mal in meinen drei Gesprächen, muss ich im

Nachhinein auch hier feststellen, dass ich während des Gesprächs wohl so mit mir selbst und mit meinem Inneren beschäftigt war, dass es mir nun schwer fällt, die Therapeutin und ihr Verhalten mir gegenüber zu beschreiben. (EB_K2_G3_T3, Q 75:12)

Zwar ist es positiv zu bewerten wenn die Klientinnen sich auf sich selbst konzentrieren können, allerdings kommt es auch vor, dass sie diese "Abwesenheit" der Therapeutinnen als „sich allein gelassen fühlen“ interpretieren und mehr Unterstützung durch die Therapeutinnen als hilfreich empfinden würden. (z.B. PS_K15_G2_T1, Q 116:2).

Die Daten zeigen allerdings auch, dass Therapeutinnen die sich zu aktiv ins Gespräch einbringen ebenso wenig geschätzt werden. Klientinnen fühlen sich dadurch irritiert, aus ihren Gedanken gerissen oder unterbrochen, das ist vor allem dann der Fall wenn die Therapeutinnen zu viel bzw. zu schnell Gefühle und Gedanken der Klientinnen paraphrasieren:

Sie hat mich dann auch gleich sehr intensiv angesehen, als ich zu sprechen begonnen habe, auffällig für mich war, dass sie sehr schnell etwas von mir zusammenfasste und dabei selbst sehr viel sprach, im Nachhinein betrachtet vielleicht sogar etwas zu viel. Ich hatte fast den Eindruck sie bemüht sich schon zu sehr mich zu verstehen, aber vielleicht liegt das auch daran, dass das für mich ein sehr wesentlicher Punkt ist vor allem im Therapiegespräch aber auch außerhalb, dass man mich versteht!! Ich war fast sogar etwas überrascht- ich würde nicht soweit gehen und sagen irritiert - dass so viel von Ihrer Seite gekommen ist. (EB_K14_G3_T3, Q 66:11)

Auch ist es negativ besetzt, wenn die Klientinnen die Therapeutinnen als fordernd wahrnehmen. Die Klientinnen erleben von Seiten der Therapeutinnen eine Aufforderung durch deren Blick oder Gesichtsausdruck und spüren einen Druck bzw. eine Verantwortung etwas sagen zu müssen (z.B. EB_K8_G3_T1, Q 93:16).

14.3.6 Empathie & Verständnis

Innerhalb der Aussagen zum positiven Erleben zur Therapeutin, wurde den Therapeutinnen am häufigsten die Eigenschaft einfühlsam bzw. empathisch zu sein, zugeschrieben. Dieses Einfühlen schließt mit ein, dass die Therapeutin mit der Klientin fühlt, auf diese eingeht, sich gut in diese hineinversetzen kann und ihr gegenüber feinfühlig ist.

Wird die Therapeutin als einfühlsam bzw. empathisch erlebt so wird sie ebenso als

sehr nahe, und im Extremfall gar als Teil der Klientin empfunden:

Sie ist auch sehr schnell in meine Gefühlswelt eingestiegen und hat extrem mit mir mitgeföhlt. Das war so als würde ich meinem Spiegelbild gegenüber sitzen. Irgendwie föhlte ich die Therapeutin in mir drinnen. Hört sich jetzt vielleicht ein wenig komisch an aber anders kann ich es im Moment nicht beschreiben. (EB_K8_G2_T3, Q 92:15)

Einige Male geben Klientinnen an, die Therapeutinnen als Spiegel wahrgenommen zu haben. Die Therapeutinnen spiegeln die Geföhle als auch die Aussagen der Klientin und verhilft ihr so an Sicherheit und Klarheit zu gewinnen. Die Therapeutin reagiert auf die Emotionen der Klientin und fungiert als Spiegel ihrer Selbst:

Die Beraterin schien mir beinahe als ein Spiegel. Waren meine Formulierungen undeutlich oder nicht ganz klar wurde ich durch ihre Bemerkungen oder auch schon durch ihre Mimik damit konfrontiert. Ich glaube dass ich ein paar Mal „ich weiß nicht“ gesagt habe und diese Unsicherheit bzw. Unklarheit über die eigenen Geföhle konnte ich dann auch an ihr ablesen. (EB_K10_G1_T2, Q 52:15)

Dieses Spiegeln wird von der Klientin durchwegs positiv aufgenommen und kann sie dabei unterstützen ihre Unsicherheit oder Nervosität abzulegen (z.B. AA_K10_G3_T3, Q 6:1). Die Therapeutin passt ihre Körperhaltung, Mimik oder gar ihre Stimmung der Klientin an und zeigt so dass sie mit der Klientin mitföhlt (z.B. EB_K13_G2_T2, Q 62:11).

Die Beispiele machen deutlich, dass das Empathisch-Sein untrennbar mit dem Nahe-Sein verbunden ist. Diese Nähe der Therapeutinnen ist mit deren Aufmerksamkeit einer der am häufigsten vorkommenden Kodes zum positiven Erleben der Therapeutin und wird nur noch von der Empathie der Therapeutin übertroffen. Nähe können die Therapeutinnen entweder nonverbal, durch ihre Stimme, den Blickkontakt oder die Körperhaltung herstellen, oder indem sie sich sehr einföhlsam und empathisch gegenüber den Klientinnen verhalten:

... dass die Therapeutin zu mir nach vorne gebeugt gesessen ist, was ich in diesem Moment sehr passend fand, da ich sie sehr nahe bei mir erlebt habe. (EB_K1_G1_T3, Q 49:40)

Die Betonung und Wichtigkeit dieser Nähe für die Klientinnen bedeutet aber nicht zwangsläufig, dass sich eine Distanz zwischen Therapeutinnen und Klientinnen negativ auswirken muss (z.B. EB_K9_G1_T1, Q 94:22). Im positiven Fall können die Klientinnen die herrschende Distanz zwischen ihnen und den Therapeutinnen

nutzen:

Heute jedoch erlebte ich die Therapeutin eher auf einer anderen Ebene und sah in ihr auch eine gewisse „Autoritätsperson“. Dies nahm ich jedoch als keinesfalls störend wahr, sondern im Gegenteil, es schaffte für mich die nötige Distanz und eine angenehme Basis mich zu öffnen und über meine Gefühle zu sprechen. (EB_K16_G2_T1, Q 71:6)

Vielfach ist die gefühlte Distanz zu den Therapeutinnen jedoch unangenehm für die Klientinnen. Sie nehmen die Therapeutinnen als reserviert, unpersönlich oder emotionslos wahr und vermissen die Nähe, Unterstützung und Empathie der Therapeutinnen (z.B. AA_K12_G3_T1, Q 12:10). Diese Distanz wird den Klientinnen durch die Körperhaltung und den Gesichtsausdruck der Therapeutinnen vermittelt (z. B. EB_K2_G1_T1, Q 73:3). Das fehlende Einfühlungsvermögen zeigt sich in den nur zum Teil stimmigen Zusammenfassungen und daran, dass sie die Gedanken und Gefühle der Klientinnen nicht treffen (z.B. AA_K12_G3_T1, Q 12:9). In der Folge der fehlenden Empathie fühlen sich die Klientinnen allein und wünschen sich mehr Unterstützung und Verständnis von den Therapeutinnen:

Ein Erlebnis, dass ich nicht so positiv empfunden hab, oder vielleicht nur anders wahrgenommen habe, war als ich geweint habe. In dem Moment hab ich sie nicht als empathisch empfunden. Ich kenne es halt so, wenn der Klient anfängt zu weinen, dass man bei ihm ist und ihn unterstützt vielleicht durch Worte wie z.B. " ich seh, dass du traurig bist." oder "Das macht dich jetzt traurig." So eine Aussage hat mir gefehlt. (EB_K13_G1_T1, Q 61:3)

Wie die folgenden Beispiele zeigen, hängt die empfundene Nähe der Klientinnen nicht nur an der empathischen Einstellung/Ausstrahlung der Therapeutin, sondern ebenso an der passenden Wortwahl, einer treffenden Paraphrase, der Stimme und der Körpersprache.

Der Satz „Da hängst ziemlich drinnen“ klingt zwar sehr entmutigend, wird aber von der Klientin in diesem Moment nicht so empfunden, sondern es gelingt ihr damit eher „ein Einfühlen“ in ihre Situation." (z.B. AA_K16_G2_T1, Q 23:7)

Dieses Vorlehnen der Therapeutin gab ihr noch stärker das Gefühl, dass sie sie verstehen wollte und dass die Therapeutin miterleben möchte, was sie erzählt. Sie hat sich dadurch akzeptiert und verstanden gefühlt. „Sie interessiert sich wirklich für mich (PS_K5_G3_T3, Q 132:17)

Das nächste Beispiel zeigt wie sehr Empathie und Verstehen-Wollen

zusammenhängen bzw. einander bedingen. So erklärt sich auch, dass sich viele Klientinnen ebenso verstanden fühlen, wenn sie eine Therapeutin als Gegenüber haben, welche sie als empathisch empfinden, und umgekehrt:

Ich fühlte mich während des Gespräches durchaus wohl und auch angenommen von der Therapeutin. Ich empfand, dass sie meine Gefühlswelt verstand und sich dadurch in mich einfühlen konnte.
(EB_K11_G1_T1, Q 55:5)

Sind die Therapeutinnen aufmerksam, empathisch, nehmen aktiv am Gespräch teil und sind am Thema der Klientinnen interessiert, so werden sie von diesen als verständnisvoll wahrgenommen. Den Klientinnen ist es ein Anliegen verstanden zu werden.

Aus der Untersuchung geht hervor, dass verstanden zu werden einen wichtigen Rang im Erleben der Klientinnen einnimmt.

Wenn es den Therapeutinnen schwer fällt den Gedanken der Klientinnen zu folgen, muss sich das nicht unbedingt negativ auf die Gesprächssituation bzw. die Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin auswirken. Wichtig ist vielmehr, dass die Therapeutinnen klar versuchen zu verstehen. Wie wichtig es der Therapeutin ist, die Klientin zu verstehen, ist am Verhalten der Therapeutin abzulesen, z.B. wenn diese besonders vorsichtig und überlegt agiert (z. B. AA_K10_G3_T3, Q 6:18).

Auch das Nachfragen von Seiten der Therapeutinnen wird durchwegs als positiv aufgefasst, wenn es zu einem besseren Verständnis beiträgt (z.B. AA_K1_G2_T1, Q 2:4) und die konstante Aufmerksamkeit der Therapeutinnen bestätigt.

Es gab nur einen kleinen Moment, indem ich das Gefühl hatte, dass sie zuviel ihre Ansicht der Dinge einbrachte, jedoch hat sie das in diesem Moment selber gut erkannt und sich selber wieder davon weggelenkt. Dies beeindruckte mich auch sehr, da sie dies sofort an meiner Reaktion merkte und auch gleich verbal zugab, dass sie hier am falschen Wege sei. Dies vermittelte mir das Gefühl, dass sie genau auf meine Reaktionen und meine Körpersprache achtet um wirklich meine Gefühle und Emotionen zu verstehen und diese im richtigen Sinne wieder zu geben.
(EB_K11_G2_T3., Q 56:15)

Wichtig ist es auch zu sehen, dass dieses Verstehen-Wollen der Therapeutin seine Entsprechung im Verständlich sein-Wollen der Klientin hat. Diese zwei Phänomene beschreiben die einander gegenüberliegenden Pole des Verstehens-Prozesses. So

gesehen kann dieses Ringen um Verständnis durchaus als Teamwork gesehen werden.

14.3.7 Offenheit und Akzeptanz

Die Offenheit der Therapeutinnen ist sehr wichtig für die Selbstexploration der Klientinnen, da aus ihr die Sicherheit resultiert alles sagen zu können (z.B. PS_K3_G3_T2, Q 126:5). Aus den Daten geht hervor, wie wichtig es ist, dass die Therapeutinnen keine Wertungen vornehmen, da diese Sicherheit, die die Klientinnen brauchen um sich wirklich öffnen zu können, an diese Wertfreiheit gebunden ist (z.B. EB_K3_G3_T2, Q 78:20). Dennoch kommt es relativ oft vor, dass die Klientinnen eine Aussage der Therapeutinnen als Bewertung bzw. Vorwurf empfinden und das Gefühl haben sich rechtfertigen oder verteidigen zu müssen:

Zweimal im Laufe des Gesprächs hat mich sehr gestört, als ich das Gefühl hatte, in ihrer „Reflexion“ kommt eine Wertung mit: einmal ungefähr in der Mitte des Gesprächs, ich war gerade dabei, verschiedene Lebenszusammenhänge zu erklären, meinte sie, „für sie passe dieser Aspekt meines Lebens mit jenem nicht zusammen“ - daraufhin hatte ich das Gefühl, ich müsse mich bei ihr dafür rechtfertigen, warum für mich meine unterschiedlichen Lebensbereiche sehr wohl „zusammenpassen“. (EB_K2_G1_T1, Q 73:29)

Die Therapeutin interpretiert hier das von der Klientin Erzählte und bringt ihre eigene Meinung ein. Es fällt auf, dass oftmals ein Wort oder Begriff darüber bestimmt, ob die Klientinnen eine Aussage als Wertung empfinden (z.B. AA_K12_G3_T1, Q 12:27) und auch der Tonfall der Therapeutinnen kann dazu führen, dass sich die Klientinnen bewertet fühlen. Eine solche Bewertung kann dazu führen, dass die Klientinnen irritiert sind und sich nicht verstanden fühlen (z.B. AA_K5_G2_T1, Q 35:8).

Wenige Male geben Klientinnen an, dass sie die Therapeutin als autoritär/dominant/die Richtung vorgebend erleben:

Sie fühlt sich in eine Ecke gedrängt, die sie aber nicht definieren kann. Das merkt man auch daran, dass die Klientin in weiterer Folge auf die von ihr erwähnte „Theorie“ nicht eingehen kann. (AA_K11_G1_T1, Q 7:16)

Als Folge sind die Klientinnen irritiert oder verwirrt durch das Vorgehen der Therapeutinnen. Sie fühlen sich in ihrem Prozess gestört und erleben Enttäuschung

in Bezug auf die Therapeutinnen (z.B. EB_K4_G1_T2, Q 79:35).

14.3.8 Resümee

Erleben die Klientinnen die Therapeutinnen als negativ, weil sie ihnen zu wenig Interesse, Aufmerksamkeit, Empathie und Verständnis entgegenbringen, dann resultiert das meist daraus dass sie die Therapeutinnen insgesamt als nicht hilfreich erleben:

Ich hatte zwar eine ZuhörerIn, aber sehr hilfreich empfand ich sie nicht. Eher sehe ich sie als zurückgezogen und nicht bereit sich in meine Welt zu begeben. Sie ist an der Oberfläche geblieben und ich konnte diese Ferne sehr stark spüren. (EB_K15_G2_T1, Q 68:26)

Dass die Therapeutinnen als nicht hilfreich empfunden werden, kann sich aber auch auf eine bestimmte Stelle im Gespräch (z.B. AA_K12_G3_T1, Q 12:32), eine Aussage oder ein bestimmtes Vorgehen der Therapeutin beziehen (z.B. AA_K15_G2_T1, Q 20:2).

Viele Klientinnen geben an, sich bei den Therapeutinnen wohl zu fühlen. Dieses Wohlfühlen der Klientinnen kann an viele Faktoren geknüpft sein. Allerdings geht aus den Daten hervor, dass das einfühlsame und empathische Agieren der Therapeutinnen sowie der Umstand, dass sich die Klientinnen verstanden fühlen, gute Indizien dafür sind, dass sich die Klientinnen bei den Therapeutinnen wohl fühlen:

Ich fühlte mich während des Gespräches durchaus wohl und auch angenommen von der Therapeutin. Ich empfand, dass sie meine Gefühlswelt verstand und sich dadurch in mich einfühlen konnte. (EB_K11_G1_T1, Q 55:5)

14.4 Vorgehen/Verhalten der Therapeutin

Der Inhalt dieser Kategorie umfasst das Verhalten und Vorgehen der Therapeutinnen, also wie sich die Therapeutinnen in der Therapiesituation verhalten bzw. wie sie auf die Klientinnen reagieren. Das Verhalten und Vorgehen der Therapeutinnen in der Therapiesituation hat das Ziel, die Klientinnen dahingehend zu unterstützen und zu begleiten, dass sie sich selbst helfen können.

Bei etwa zwei Drittel der Codes in dieser Kategorie handelt es sich um Aktivitäten seitens der Therapeutinnen, die sich positiv auf die Klientinnen auswirken. Der Rest teilt sich gleichmäßig in negative bzw. nicht deutlich positiv oder negativ zuordenbare Aktivitäten auf.

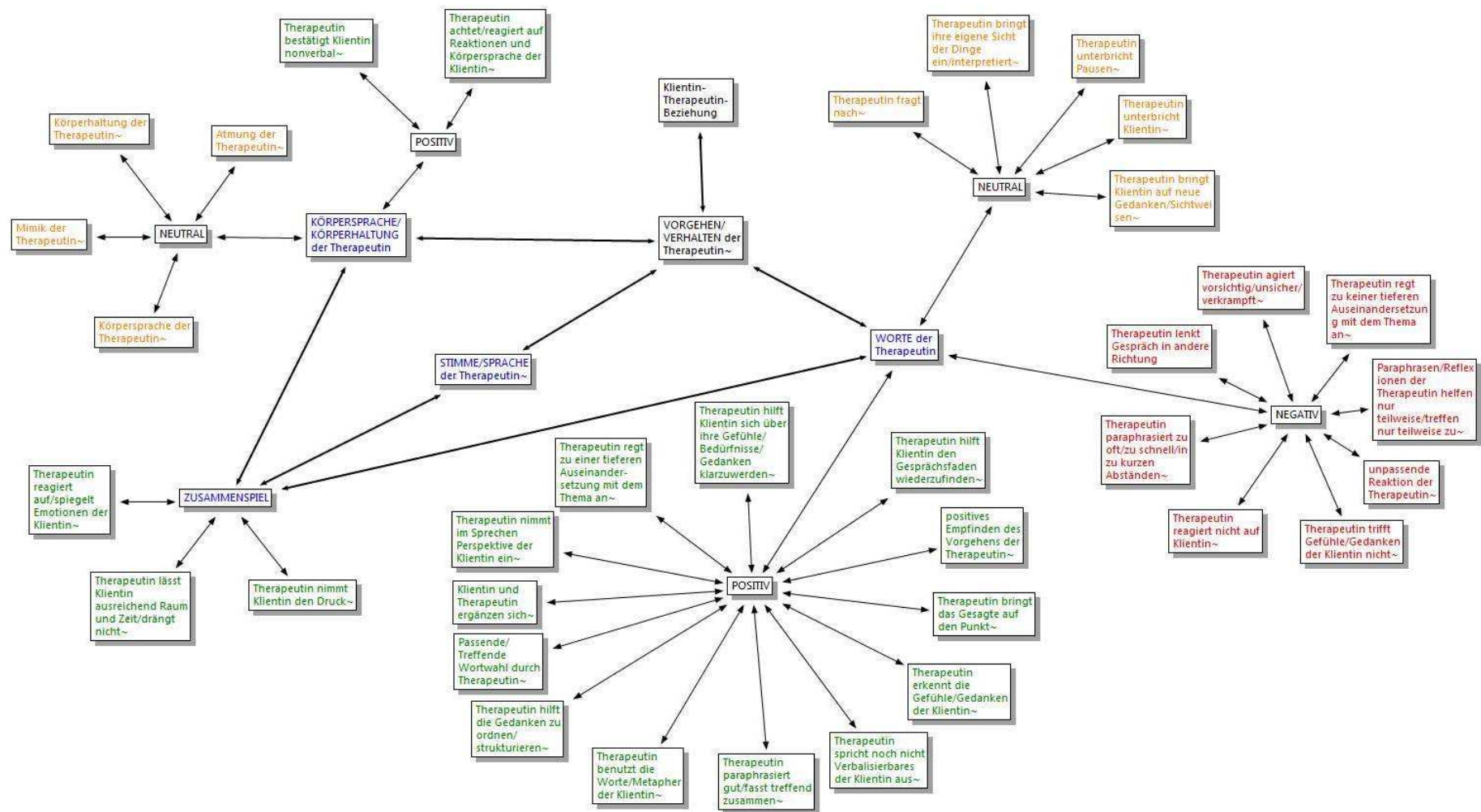
In Bezug auf das Klientinnen-Erleben spielt diese Kategorie eine wesentliche Rolle. Schließlich hat das Verhalten einer Person, in unserem Fall der Therapeutin, immer Auswirkungen auf die Reaktion einer anderen Person, in unserem Fall der Klientin. Das Verhalten und Vorgehen der Therapeutinnen in dieser Untersuchung ist auf jeden Fall von der Therapietheorie der personenzentrierten Gesprächspsychotherapie beeinflusst. Da die untersuchten Gespräche mit Therapeutinnen geführt wurden die sich in Ausbildung zur personenzentrierten Psychotherapeutin befinden. In weiterer Folge wirkt sich das Vorgehen/Verhalten der Therapeutinnen auf die Reaktionen, Vorgehens- und Verhaltensweisen der Klientinnen aus.

Interessant ist, dass das Verhalten bzw. das Vorgehen der Therapeutinnen unter der ständigen Kontrolle der Klientinnen steht. Die Klientinnen prüfen, ob es auf sie abgestimmt ist (z.B. PS_K8_G3_T1, Q 141:4).

Die Kategorie Vorgehen/Verhalten der Therapeutin kann in folgende Faktoren, welche das Erleben der Klientinnen beeinflussen, unterteilt werden: Stimme/Sprache der Therapeutin, Körpersprache/Körperhaltung der Therapeutin, Worte der Therapeutin, sowie das Zusammenspiel dieser einzelnen Aspekte. Diese Faktoren die sich auf das Erleben der Klientinnen auswirken haben eine gemeinsame Folge: die Klient-Therapeut-Beziehung.

Den größten Teil in dieser Kategorie nehmen vor allem die Worte der Therapeutinnen ein.

Abbildung 3: Vorgehen/Verhalten der Therapeutin



14.4.1 Stimme und Sprache der Therapeutin

Auf die Therapiesituation trifft das folgende Sprichwort zu: „Der Ton macht die Musik“. Sprechen die Therapeutinnen in einem warmen Tonfall und mit ruhiger Stimme, oder passen sie die Stimme oder Sprache den Klientinnen und der Situation an, so fühlen sich die Klientinnen von den Therapeutinnen verstanden und getragen:

Die Klientin wurde bei ihrer vorigen Aussage lauter und die Therapeutin passte die Lautstärke und das Gesprächstempo dem der Klientin an. (AA_K11_G2_T3, Q 8:14)

An einer Stelle des Gespräches waren meine Gefühle sehr intensiv da die Thematik sehr nah an meinem Kern war und in diesem Moment lag sehr viel Zuneigung in ihrer Stimme und sie wand sich ein Stück näher zu mir, gab mir Zeit mich zu sammeln und es entstand eine kurze Pause, die aber sehr angenehm war. (EB_K5_G3_T3, Q 84:26)

Ein negativer Tonfall seitens der Therapeutinnen bewirkt genau das Gegenteil. Die Klientinnen fühlen sich nicht wohl und verstanden. In weiterer Folge bedeutete das, dass sie sich nicht auf ihre Gefühle und Gedanken konzentrieren und in der Therapie entfalten konnten:

Der Tonfall der Therapeutin klingt sehr herablassend und es stimmt nicht mit den Gefühlen der Klientin überein, dass wirft die Klientin aus ihren Gedanken. (AA_K5_G2_T1, Q 35:8)

14.4.2 Körpersprache und Körperhaltung der Therapeutin

Die Körpersprache und Körperhaltung der Therapeutinnen muss der Gesprächssituation und der Klient-Therapeut-Beziehung angepasst sein. Da sich diese Beziehung zu Beginn erst entwickeln muss, ist es besonders in der Anfangsphase unumgänglich, dass die Therapeutinnen ihre Körpersprache und -haltung überlegt einsetzen (z.B. PS_K1_G1_T3, Q 97:13). So müssen die Therapeutinnen z.B. spüren ab wann sie körperliche Zugewandtheit oder Nähe gegenüber den Klientinnen einnehmen können, ohne diese zu verunsichern bzw. zu überfordern.

Treffen die Therapeutinnen genau diesen Punkt, so beschreiben die Klientinnen, dass sie sich durch die Körperhaltung (z.B. EB_K5_G1_T2, Q 82:26) der Therapeutinnen gestützt, verstanden, akzeptiert und vor allem begleitet fühlen:

Aufgefallen ist mir, dass die Therapeutin ihre Sitzhaltung relativ konstant eingehalten hat, nur irgendwann ist mir, während ich etwas mich sehr bewegendes erzählt habe, aufgefallen, dass die Therapeutin zu mir nach vorne gebeugt gesessen ist, was ich in diesem Moment sehr passend fand, da ich sie sehr nahe bei mir erlebt habe, was mir auch geholfen hat diese schmerzliche Erinnerung zum Ausdruck zu bringen. (EB_K1_G1_T3, Q 49:38)

Es war für sie eine schöne Erfahrung doch selber die Lösung zu wissen und diese auch anzusprechen, bestärkt durch die nonverbale Reaktion der Therapeutin, vorbeugen im Stuhl, so als ob sie jetzt ganz nahe bei der Klientin sein wollte, sie in ihrem Denken bestärken. Zu dieser Situation brauchte es keine Worte, nur eine Reaktion genügte. (PS_K12_G2_T2, Q 107:7)

Auch den Umstand, dass die Therapeutinnen auf die Körpersprache der Klientinnen achten und angemessen darauf reagieren, erleben die Klientinnen durchwegs als positiv. Die Therapeutinnen signalisieren den Klientinnen damit "ich verstehe dich, ich erkenne deine Gefühle und Gedanken, ich akzeptiere und begleite dich":

Es gab nur einen kleinen Moment, indem ich das Gefühl hatte, dass sie zuviel ihre Ansicht der Dinge einbrachte, jedoch hat sie das in diesem Moment selber gut erkannt und sich selber wieder davon weggelenkt. Dies beeindruckte mich auch sehr, da sie dies sofort an meiner Reaktion merkte und auch gleich verbal zugab, dass sie hier am falschen Wege sei. Dies vermittelte mir das Gefühl, dass sie genau auf meine Reaktionen und meine Körpersprache achtet um wirklich meine Gefühle und Emotionen zu verstehen und diese im richtigen Sinne wieder zu geben. (EB_K11_G2_T3, Q 56:15)

Die Körpersprache und Körperhaltung der Therapeutinnen, kann auch genau das Gegenteil bei den Klientinnen bewirken. Wird die Körpersprache und –haltung der Therapeutinnen von den Klientinnen als passiv wahrgenommen und interpretiert, so löst das bei den Klientinnen meist negative Gefühle aus:

Die Therapeutin saß zurückgelehnt auf ihrem Sessel und umklammerte die Tasse die sie in ihren beiden Händen hielt. Ihre Beine waren übereinandergeschlagen und sie bewegte sich kaum. Ich empfand sie als sehr weit weg von mir, unnahbar und zurückgezogen. Hier und da biss sie sich auf die Unterlippe, wie als ob sie Schmerzen hätte. Ich fühlte mich ein wenig unerwünscht und so, als ob es der Therapeutin nicht passen würde, dass wir in diesem Augenblick anwesend sind. (EB_K5_G2_T1, Q 83:20)

Auch Atmung, Mimik und Gestik der Therapeutinnen wirken sich auf das Erleben der Klientinnen sowie die Beziehung zwischen Klientinnen und Therapeutinnen aus:

Im Laufe des Gesprches, als die Klientin ein Thema gefunden hatte, sah sie eine Erleichterung bei der Therapeutin. Dies resultierte sie einerseits durch eine Vernderung des Gesichtsausdruckes und andererseits durch ein tiefes Einatmen. Auch durch ein mit lachen der Therapeutin sah sie eine zunehmende Lockerheit auf Seiten der Therapeutin. Durch dieses mit Lachen ist die „Therapeutin sympathischer geworden“. (PS_K8_G3_T1, Q 141:8)

Jedoch gab es auch eine ziemlich hinderliche Situation, die mich ein wenig aus meinem Redefluss und meinem Gedankengang brachte. Die Therapeutin atmete einmal tief ein und aus. Dies gab mir das Gefhl, dass ich an ihre Grenzen gestoen bin. Ich bin mir nicht sicher ob dies wirklich so war oder ob es einfach ein durchatmen war, welches der Erholung diene. Jedoch empfand ich in dieser Situation ein wenig Desinteresse fr die Thematik von Seiten der Therapeutin und dachte in diesem Moment kurz darber nach. Nach einer kurzen Zeit, dachte ich mir jedoch selber, dass ich mich nun weiter mit der Thematik befassen mchte und ich deswegen einfach fortsetzen werde. Diese Situation fand ich als sehr hinderlich bezglich meines Redeflusses, aber ich konnte mich dann trotzdem wieder einfinden. (EB_K11_G1_T1, Q 55:7)

An dieser Stelle fllt der Klientin wieder ein, dass die Bewegung sie irritierte, die die Therapeutin bei dem Satz „Also der Gedanke den ich gehabt hab war“. Sie hob ihre Hnde und fasste sich mit den Fingerspitzen an die Stirn, dass erschien der Klientin etwas esoterisch und verwirrte sie. (AA_K5_G2_T1, Q 35:5)

Viele Klientinnen beschreiben den Blickkontakt zu den Therapeutinnen als sehr hilfreich, vor allem der Gesichtsausdruck der Therapeutinnen wurde positiv interpretiert (z.B. EB_K5_G3_T3, Q 84:21). Dieser Gesichtsausdruck der Therapeutinnen vermittelte den Klientinnen, „du bist nicht allein“, „ich begleite dich“ und „ich bin fr dich da“. Diese von den Therapeutinnen gebotene Sicherheit und Stabilitt half den Klientinnen sich zu entfalten:

Am aller besten hab ich gefunden, dass sie durch ihre Mimik sehr viel vermittelt hat. Sie hat mit mir gelacht, sie war aufmerksam und wie ich traurig war, hat sie mit mir gefhlt. Ich hab mich richtig wohl gefhlt bei diesem Gesprch, und deshalb hab ich mich immer mehr geffnet und hab auch einiges von meiner Familie erzhlt. (EB_K13_G2_T2, Q 62:11)

Was mir besonders gut gefallen hat war ihr Gesichtsausdruck, der war immer gleich, quasi offen und das hat sich im gesamten Verlauf nicht verndert. Den Kontakt den sie gehalten hat war super, der Blickkontakt war immer da. (EB_K7_G1_T1, Q 136:4)

14.4.3 Worte der Therapeutin

Wie bereits erwhnt, spielen die Worte der Therapeutin in dieser Kategorie die

größte Rolle. Dieser Schluss wird daraus gezogen, dass sich viele Codes in dieser Kategorie auf die Worte der Therapeutinnen beziehen. Dabei handelt es sich etwa um Paraphrasen, die von den Klientinnen als positiv oder negativ beurteilt werden, die passende (z.B. EB_K3_G2_T1, Q 77:17) oder unpassende (z.B. AA_K16_G3_T2, Q 24:3) Wortwahl oder um die seitens der Therapeutinnen eingesetzten Metaphern (z.B. EB_K9_G1_T1, Q 94:23).

Interessant ist, dass das Nachfragen, das ja eigentlich direktiv zu werten wäre, von den Klientinnen als durchwegs positiv aufgefasst wurde:

Obwohl die Beraterin eine Frage stellt, ist diese hier gerechtfertigt, weil sie die Klientin zum Nachdenken anregt. (AA_K14_G2_T1, Q 17:10)

Das Ordnen und Strukturieren der Gedanken der Klientinnen, durch die Therapeutinnen, wird als positiv bewertet. Es trägt dazu bei, dass die Klientinnen den Gesprächsfaden nicht verlieren, neue Perspektiven erkennen und sich noch tiefer mit ihrem Thema/Problem auseinandersetzen können:

Besonders hilfreich empfand die Klientin das Verhalten der Therapeutin, als sie den Faden verlor und nicht mehr wusste wo sie anknüpfen soll. Die Therapeutin hat das zusammengefasst, was die Klientin davor gesagt hat und das besprochene Thema mit ihren eigenen Worten noch einmal beschrieben. (PS_K6_G3_T2, Q 135:11)

Die Therapeutin versucht hier das gerade Beschriebene einzuordnen und der Klientin klarzustellen; das hilft, um weiterzudenken... (AA_K3_G_2_T1, Q 29:3)

Die Klientin findet, dass die Therapeutin hier gut paraphrasiert hat. Sie kann in weiterer Folge intensiver darauf eingehen. (AA_K11_G1_T1, Q 7:18)

Dass die Therapeutinnen die Gefühle der Klientinnen erkennen, auch wenn diese noch nicht ausgesprochen wurden, trägt ebenfalls dazu bei, dass sich die Klientinnen wohl fühlen. Werden diese noch nicht ausgesprochenen Gefühle oder Gedanken von den Therapeutinnen schließlich verbalisiert, ist das in den meisten Fällen hilfreich für die Klientinnen.

Ein Moment, der mir ganz besonders gut gefallen hat war, als [Name] einen Gedanken, den ich in mir hatte und nicht fähig war ihn frei zu denken, ausgesprochen hat. Es war wie eine Erleichterung für mich- total verstanden. (EB_K13_G1_T1, Q 61:4)

Manchmal jedoch ist das Aussprechen und Verbalisieren dieser Gedanken und

Gefühle durch die Therapeutinnen bei den Klientinnen mit Angst verbunden. Da steht dann plötzlich etwas ganz klar und deutlich im Raum und konfrontiert die Klientinnen direkt. Diese direkte Konfrontation überfordert manche Klientinnen. Hier ist es wichtig, dass die Therapeutinnen erkennen wann der richtige Zeitpunkt dafür ist. Wichtig ist, dass die Klientinnen diesen Moment der Konfrontation gut aushalten können bzw. damit gut umgehen und weiterarbeiten können. Die Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin nimmt hier eine sehr bedeutende Rolle ein. Haben die Klientinnen das Gefühl, dass sie nicht alleine sind und da jemand ist der ihnen zur Seite steht, diese große Last zu tragen, so können sie sich besser darauf einlassen und sich damit auseinandersetzen. Hier sind Akzeptanz, Stabilität und Sicherheit seitens der Therapeutin gefragt:

Doch wirklich emotional fand ich es nur die ersten paar Minuten, als die Therapeutin genau das aussprach, was ich zwar innerlich wusste, ich jedoch nie gewagt hätte auszusprechen. Diesen Moment erlebte ich als sehr ambivalent: einerseits war ich erschrocken diesen Gedanken so klar und vor allem einmal ausgesprochen vor mir zu haben, andererseits aber war es ein „gutes“ Gefühl, da ich das Gefühl hatte, jemand begleitet mich auf meiner aufgrund des gewählten Themas als schwierig eingestuften 45 Minuten Gesprächs- bzw. Gedankenreise. (EB_K16_G2_T1, Q 71:16)

Meistens hat die Therapeutin erkannt, dass ich nicht in Gedanken versunken bin, sondern dass ich wirklich einfach nur vergessen habe, was ich eigentlich sagen wollte und sie hat mir jedes Mal wieder geholfen, den Anschluss wieder zu finden. Die Art und Weise, wie sie mir dabei geholfen hat, hat mir imponiert, da sie irgendwie immer genau das getroffen hat, was ich 10 Minuten davor gesagt habe und das dann aber auch noch in andere Worte geformt hatte, so dass ich eine viel klarere Sicht auf das, was ich gerade erzähle, bekommen habe. Einige Male hat sie wirklich genau den Punkt in mir getroffen, den ich zwar gespürt habe, aber nicht getraut habe ihn zu verbalisieren. (EB_K6_G3_T2, Q 87:15)

Ob das Unterbrechen der Klientinnen während dem Erzählen als positiv oder negativ beurteilt wird ist immer situationsabhängig. Wenn die Klientinnen nicht mehr wissen was sie sagen sollen oder das Gefühl haben sich im Kreis zu drehen, ist es gut wenn die Therapeutinnen sich einschalten (z.B. EB_K6_G1_T3, Q 85:15). Unterbrechen die Therapeutinnen jedoch eine Pause, welche die Klientinnen zum Nachdenken nützen wollen, wird das als negativ empfunden (z.B. EB_K15_G2_T1, Q 68:28). Das Klientinnen-Erleben ist hier stark davon abhängig wie sensibel bzw. empathisch die Therapeutinnen mit diesen Situationen umgehen und die richtige Vorgehensweise erkennen und einsetzen:

Die Klientin fand die Art wie die Therapeutin die Pause anspricht sehr angenehm und ungezwungen, sie hatte nicht das Gefühl, dass die Therapeutin die Pause nicht aushalten würde, sondern interessiert ist was der Grund dafür ist. (AA_K4_G3_T3, Q 33:17)

Während viele verbale Äußerungen der Therapeutinnen sich positiv auf die Beziehung zwischen Klientinnen und Therapeutinnen auswirken, gibt es auch Äußerungen und Verhaltensweisen der Therapeutinnen, die von den Klientinnen nicht verstanden bzw. als nicht passend empfunden werden. Diese sind hinderlich für eine vertiefende Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin.

Eine derartige unpassende Reaktionen der Therapeutinnen passiert dann, wenn diese die Gefühle und Gedanken der Klientinnen nicht erkennen und das Gespräch in eine andere Richtung lenken (z.B. AA_K14_G1_T2, Q 16:22), zu schnell, zu oft oder in zu kurzen Abständen paraphrasieren, usw. (z.B. PS_K14_G3_T3, Q 114:11).

Dieses Verhalten der Therapeutinnen führt dazu, dass die Klientinnen eher verunsichert sind und sich nicht öffnen können:

Die Therapeutin stieg dann zwar doch in das Gespräch ein, aber ich hatte das Gefühl, dass sie sehr vorsichtig agierte. Oft verstand ich auch nicht, was sie mit ihrem Verbalisieren bezwecken wollte. Es kam auch vor, dass ich gar nicht verstand, was sie jetzt genau meinte. Das verunsicherte mich sehr. (EB_K12_G3_T1, Q 60:11)

Die Klientin empfindet die Aussagen der Therapeutin nicht treffend, sie nimmt zwar teilweise die Wörter auf hat aber nicht das Gefühl, dass sie weiterhelfen tiefer ins Gespräch zu finden. (AA_K12_G3_T1, Q 12:9)

14.4.4 Zusammenwirken der therapeutischen Verhaltens-/Vorgehensweisen

Es zeigt sich, dass vor allem das Zusammenwirken der Worte, Stimme, Sprache und Körperhaltung/-sprache der Therapeutinnen sich auf das Erleben bzw. auf die Beziehung zwischen Klientinnen und Therapeutinnen auswirkt. Zuvor wurden diese Einflüsse einzeln behandelt. In den folgenden Beispielen soll aufgezeigt werden, dass sich diese Einflüsse in der Praxis aber vermischen und nicht für sich alleine auftreten.

Was mir besonders positiv auffiel und mir für den Gesprächsverlauf sehr hilfreich und wichtig vorkam werde ich im Folgenden beschreiben. Die Therapeutin griff in ihren Paraphrasen und Reflexionen nicht nur, dass von mir Gesprochene auf, sondern sie verknüpfte jene Inhalte auch mit meinen non-verbalen Äußerungen. Wie beispielsweise Dingen die ich

mit meinen Händen gestikulierte. Durch jene Verbindung bekam ich eine völlig neue Perspektive von mir selber und dem was ich zuvor ausgesprochen habe. Denn mir fiel auf, dass mir die non-verbalen Aktivitäten oftmals nicht bewusst sind, aber sie doch so viel Aussagen. Ebenso, wie die Therapeutin die Bewegungen meiner Arme mit einbrachte, erwiderte sie auch bestimmte Gesichtsmimik von mir, die ich in bestimmten Situationen hatte. Jene verband sie wieder mit den Inhalten und formte etwas Neues daraus, was wiederum die Sache von einer anderen Seite beleuchtete. Mir machte es sehr viel Freude jene Inhalte von anderen Perspektiven aus betrachten zu können. Zudem empfand ich ihre Reflexionen stets zutreffend und genau passend. (EB_K5_G3_T3, Q 84:12)

Die Therapeutin griff in ihren Paraphrasen und Reflexionen nicht nur, dass von mir Gesprochene auf, sondern sie verknüpfte jene Inhalte auch mit meinen non-verbalen Äußerungen. Wie beispielsweise Dingen die ich mit meinen Händen gestikulierte. Durch jene Verbindung bekam ich eine völlig neue Perspektive von mir selber und dem was ich zuvor ausgesprochen habe. Denn mir fiel auf, dass mir die non-verbalen Aktivitäten oftmals nicht bewusst sind, aber sie doch so viel Aussagen. (EB_K5_G3_T3, Q 84:15)

14.4.5 Klient-Therapeut-Beziehung

Wie oben schon erwähnt, entwickelt sich durch diese Faktoren und deren Zusammenspiel die Klient-Therapeut-Beziehung. Die Beziehung wird, durch das eben beschriebene Vorgehen und Verhalten der Therapeutinnen aufgebaut und beeinflusst. Wie bereits zuvor beschrieben beeinflussen die Körperhaltung, Körpersprache, Mimik, Stimme und Sprache der Therapeutinnen die Klient-Therapeut-Beziehung, im Positiven wie im Negativen.

Umso authentischer die Therapeutinnen in der Therapiesituation sind, desto positiver wirkt sich das auf das Klientinnen-Erleben und somit auf die Beziehung zwischen Klientinnen und Therapeutinnen aus:

Die gesamte Einstellung und Ausstrahlung der Therapeutin gab mir während des gesamten Gespräches ein sehr entspanntes und wohlwollendes Gefühl, mit dem ich auch aus der Therapiestunde ausstieg. (EB_K11_G2_T3, Q 56:14)

Ein Beispiel: Ich benutzte in einer Gesprächssituation eine Metapher um mich besser ausdrücken zu könne und die Therapeutin griff diese auf und sprach mit meiner Metapher und mit meinen Worten weiter. Diese Situation war sehr hilfreich für unsere Beziehung, da ich an dieser Situation merkte, dass sie mir auch wirklich aufmerksam zuhörte und mich mit meinen Problemen versteht. (EB_K9_G1_T1, Q 94:36)

Von der Stimmlage her hat T. die meiste Zeit des Gesprächs eher teilnahmslos gewirkt, was nicht sehr förderlich für die Klientin-Therapeutin-Beziehung war, auch wenn die Zusammenfassungen oftmals im Nachhinein betrachtet sehr treffend waren, hat es sich in der Therapiesituation oft nicht so angefühlt, weil die Empathie nicht so spürbar war. (AA_K2_G1_T1, Q 25:12)

Die Beziehung zwischen Klientinnen und Therapeutinnen wird von allen Klientinnen getestet. Manche Klientinnen testen die Beziehung ganz bewusst, andere wiederum nur unbewusst. Geprägt wird die Beziehung grundsätzlich vom Vorgehen/Verhalten der Therapeutin und wie die Klientin darauf reagiert. In diesem Zusammenspiel entscheidet sich die Richtung in der sich die Beziehung weiterentwickelt.

Und ich prüfte (das kann ich auch erst im Nachhinein feststellen), wie tragfähig sie bzw. der Kontakt zu ihr war. Ich hielt diesen Blickkontakt auch nur einige Sekunden aus, bevor mir die Tränen in die Augen stiegen. Jaja, so fest hab ich mir vorgenommen gehabt, nicht aufzumachen - und dann bin ich innerhalb weniger Minuten am Kern. Denn ich prüfte eigentlich nicht nur, wie tragfähig dieser Kontakt generell ist, sondern ich provozierte ja noch die Situation, dass ich sozusagen einen „Giftpfeil“ verschoss und wissen wollte, wie er dann abläuft und ob dieses Kontaktangebot überhaupt noch aufrecht bleibt. Die Tatsache, dass sie den Kontakt aufrecht erhielt, obwohl ich nicht die liebe, nette und lustige Person war, berührte mich sehr. (EB_K7_G1_T1, Q 88:16)

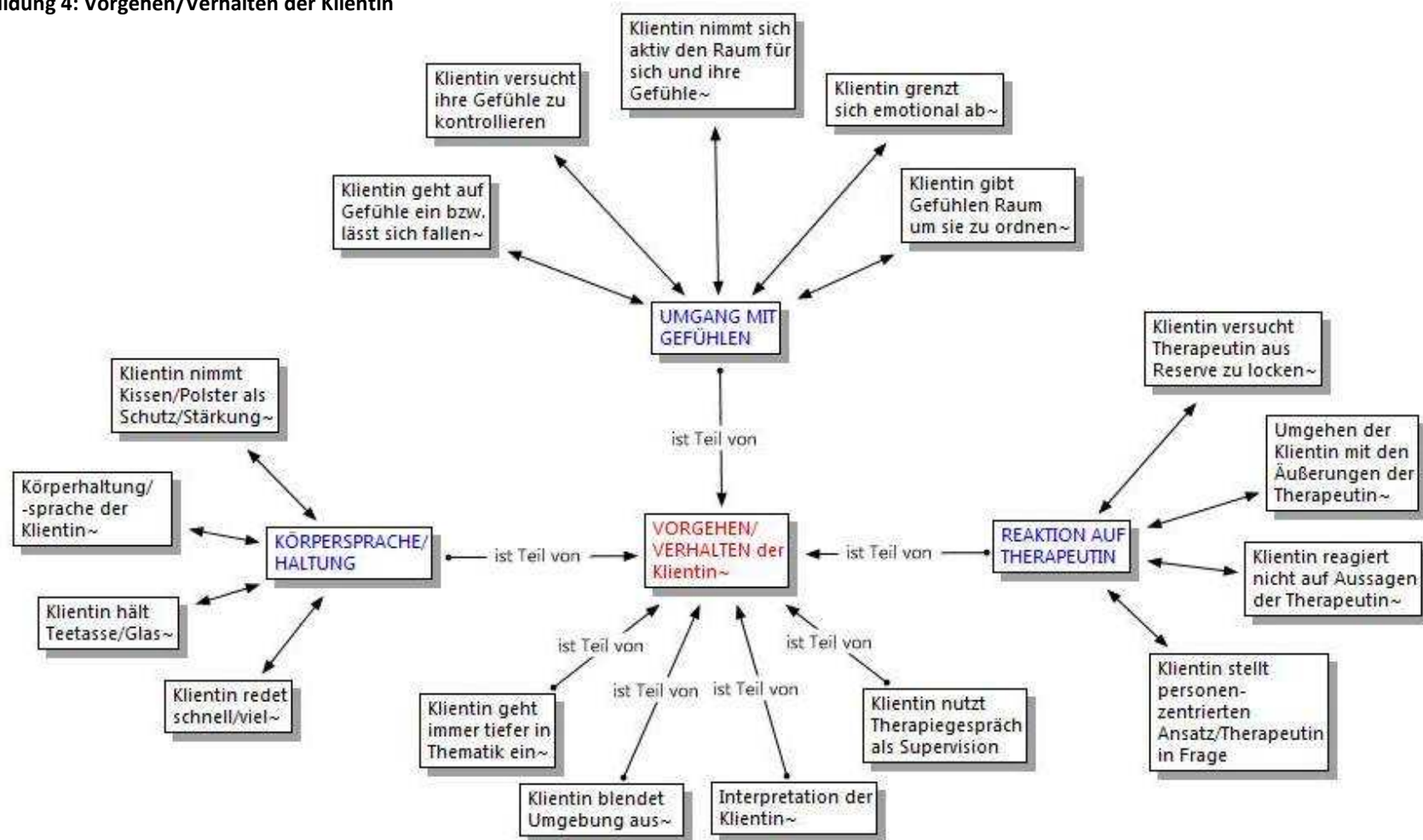
14.5 Vorgehen/Verhalten der Klientin

In dieser Kategorie wird das Vorgehen/Verhalten der Klientin in den Mittelpunkt gerückt. Die Vorgehensweisen/Verhaltensweisen werden von den Klientinnen, aktiv oder passiv, und bewusst oder unbewusst, zur Erfüllung ihrer Erwartungen, die sie an die Therapeutinnen bzw. das Therapiegespräch stellen, eingesetzt. Beeinflusst wird das Vorgehen/Verhalten der Klientinnen sehr stark vom eigenen Befinden sowie von der Einstellung der Klientinnen, die sie gegenüber der Therapie haben.

Auch die Bedeutung der Therapeutinnen als Einflussfaktor auf das Erleben der Klientinnen wird in dieser Kategorie wieder sichtbar. Die Verhaltens- und Vorgehensweisen der Klientinnen sind abhängig von den Verhaltens- und Vorgehensweisen der Therapeutinnen. Es ist ein Wechselspiel zwischen den beiden auszumachen, das sich in weiterer Folge auf die Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin auswirkt.

Viele Aussagen dieser Kategorie beziehen sich ebenso auf das Gesprächsthema. Hier ist auffällig, dass es sich dabei hauptsächlich um Gefühle handelt, die das Thema betreffen und darum, wie die Klientinnen damit umgehen. Meist werden in diesem Zusammenhang Verhaltensweisen bzw. Vorgehensweisen beschrieben, die Klientinnen anwenden, um sich vor negativen Gefühlen zu schützen.

Abbildung 4: Vorgehen/Verhalten der Klientin



Wir möchten auch darauf hinweisen, dass das künstliche Setting der Therapiesitzungen von den Klientinnen als Einfluss auf ihr Verhalten/Vorgehen zur Sprache gebracht wird. Manche Klientinnen erwähnen explizit dass ihr Verhalten oder Vorgehen damit zu tun hat, oder zumindest davon beeinflusst ist, dass es sich bei den Therapiegesprächen um künstlich herbeigeführte Situationen handelt:

Mein relativ gelassenes Gefühl dem Therapiegespräch gegenüber lässt sich, glaube ich, darauf zurückführen, dass ich durch die Gespräche im Empathy Lab schon eine ungefähre Vorstellung von der Gesprächssituation hatte und mir dieses Setting nicht gänzlich unbekannt war. (EB_K1_G1_T3, Q 49:2)

Die meisten Klientinnen konnten sich aber gut auf das Therapiegespräch einlassen und den künstlichen Aspekt des Settings ausblenden:

Ich war sehr vertieft ins Erzählen und ging auf recht viele Details ein. Die Erzählung drehte sich nur um mich und meine Gefühle und Gedanken, alles andere hatte ich ausgeschaltet. (EB_K10_G2_T1, Q 53:7)

Interessant ist auch die unterschiedliche Wahrnehmung der Klientinnen aus den verschiedenen Perspektiven. So empfinden sie im Therapiegespräch oft ganz anders, als wenn sie im Nachhinein, beispielsweise bei der Audioanalyse, nochmal das Gespräch reflektieren:

Es ist hier wiederum sehr auffallend wie schnell, laut und aufgewühlt die Klientin erzählt und wie unpassend die langsamen und ruhigen Wortmeldungen der Beraterin hier sind. Die Klientin hat das während dem Gespräch nicht so empfunden, jetzt beim zuhören, hat sie aber das Gefühl gegen eine Wand geredet zu haben. (AA_K12_G3_T1, Q 12:12)

Es war der Klientin während dem Gespräch nicht bewusst, dass sie die Beraterin unterbricht bzw. öfter ihre Sätze vervollständigt, sie ist etwas überrascht. (AA_K10_G1_T2, Q 4:6)

In einigen Fällen reflektieren die Klientinnen ihr Verhalten während des Therapiegespräches im Erlebnisbericht, um zu verstehen warum sie sich in der Therapiesituation so verhalten haben oder gewisse Vorgehensweisen eingeschlagen haben. Manche Klientinnen beschreiben beispielsweise, warum sie sich nicht richtig auf die Therapie einlassen können oder warum sie mit einer großen Unsicherheit während des Therapiegespräches kämpften:

Ich habe die aufgekomenen Themen für mich wie aus einer

Außenperspektive geschildert ohne da irgendwelche stärkeren Gefühle wahrnehmen zu können, obwohl ich weiß, dass mich diese Themen wenn ich ihnen Platz lasse schon sehr bewegen und da normalerweise auch stärkere Emotionen aufkommen. Warum es heute der Fall war, dass ich emotional für mich nicht wirklich in das Therapiegespräch hinein gekommen bin, kann ich nicht genau beantworten. Eine mögliche Erklärung ist, dass ich mich durch diese Begegnung im Bus nicht auf die Therapiestunde einstellen konnte und ich dadurch nicht ganz bei der Sache war. Weiter ist es möglich, dass ich mich so verhielt, da für mich bei der letzte Therapiestunde bei einer anderen Therapeutin keine zufriedenstellende „Lösung“ herauskam und ich mir irgendwo gedacht habe, dass es eh nicht viel Sinn hat der Therapeutin das alles zu erzählen was in meinem Kopf vorgeht, da sie mir ja doch keine Antwort auf die Fragen geben kann die mich so beschäftigen. (EB_K1_G3_T1, Q 51:17)

Das Verhalten bzw. Vorgehen der Klientinnen in dieser Kategorie ist von folgenden Faktoren beeinflusst oder von diesen abhängig: dem Befinden der Klientinnen sowie deren Einstellung zur Therapie, dem Umfeld in dem die Therapie stattfindet, der Thematik über die die Klientinnen sprechen oder sprechen möchten, der Sprache und den Worten sowie der Körpersprache der Therapeutinnen und vor allem von der Therapeutin als Person selbst.

14.5.1 Umgang mit Gefühlen

Die Klientinnen bringen in vielen Fällen das positive Vorgehen/Verhalten der Therapeutinnen damit in Verbindung, dass sie sich im Therapiegespräch fallen lassen können, ihre Gefühle zulassen bzw. dass sie die angesprochenen Themen vertiefen und mit Hilfe der Therapeutinnen neue Sichtweisen/Perspektiven gewinnen können. Den Aussagen der Klientinnen, warum sie sich entfalten können, ist zu entnehmen, dass die Therapeutinnen vor allem Akzeptanz, Wertschätzung und Empathie vermitteln:

Es hat einfach alles gepasst, sie hat mir offen zugehört und ich hab immer tiefer im Gespräch gehen können. Ich hab gespürt, dass ich hier einfach alles loslassen kann, es hat alles Platz was von mir kommt. (EB_K13_G3_T3, Q 63:14)

Zunächst habe ich ein eher allgemeines Thema angeschnitten, weil es mir lieber war, nichts allzu Persönliches zu erzählen und bin dann aber immer persönlicher geworden. Persönlicher, als ich mir eigentlich vorgenommen hatte. Ich denke, dass das daran liegt, dass ich mich so wohl und gut aufgehoben bei der Therapeutin gefühlt habe und sie mir stets das Gefühl vermittelt hat, dass alles was ich sage, gut bei ihr aufgehoben ist. (EB_K6_G1_T3, Q 85:8)

Ich hatte wirklich das Gefühl, ich werde da von jemandem begleitet, der mich versteht und akzeptiert in meinen Worten und Gedanken und Reaktionen.

Dadurch konnte ich mich sehr auf meinen Inhalt konzentrieren und war nicht durch äußere Bedingungen negativ beeinträchtigt. Dies zeigte sich auch, dass ich mich sehr gut in mein Thema und meine Gefühle hineinlassen konnte und so auch zu einer Ebene kam, auf der ich Gefühle vorfand, die mir so gar nicht bewusst waren. Es war ein sehr schönes und tiefgehendes Erlebnis, das mich aber auch sehr zum Nachdenken gebracht hat. (EB_K15_G3_T3, Q 69:26)

Eine wichtige Rolle spielen in dieser Kategorie die Gefühle der Klientinnen bzw. die Thematik über die sie mit den Therapeutinnen sprechen oder sprechen möchten. Viele Klientinnen versuchen ihre Gefühle zu kontrollieren oder sich davon abzugrenzen, um sich nicht in die Gefahr zu begeben, von ihren Gefühlen überwältigt zu werden. Diese Angst vor dem Zulassen von Gefühlen steht immer mit der Thematik, die die Klientinnen ansprechen, in Zusammenhang:

Da die Situation als unangenehm von der Klientin empfunden wurde, entschied sie ein Thema zu wählen, dass sie zwar beschäftigt und ihr auch wichtig war, aber von dem sie emotional nicht so sehr betroffen war. (AA_K5_G2_T1, Q 35:4)

Auch hier spürt Klientin wie nahe ihr das Thema geht, und versucht wieder emotional Distanz zu gewinnen, damit sie nicht von Gefühlen überschwemmt wird. (AA_K9_G2_T3, Q 47:16)

Ich schaffte eine Distanz und konnte mich emotional abgrenzen, da ich nicht zum ersten Mal über dieses Thema gesprochen hatte, hatte ich auch einen objektiven Blick auf meine Gefühle. (EB_K9_G2_T3, Q 95:24)

In manchen Fällen geht das soweit, dass die Angst vor diesen Gefühlen, die das Thema betreffen, so groß ist, dass die Klientinnen vorwiegend damit beschäftigt sind, diese unter Kontrolle zu halten. Diese Kontrolle über die Gefühle hat zur Folge, dass sich die Klientinnen selbst hemmen. Außerdem ist diese Selbstdrosselung mit einem enormen Energieaufwand verbunden, der sich auch in Form von körperlicher Erschöpfung zeigen kann:

Meine körperliche Erschöpfung, die sich gegen Ende des Gespräches zu zeigen drohte, machte es mir zusehends schwieriger, klare Gedanken zu fassen beziehungsweise diese auch angemessen zu erläutern. Ich hatte einen total leeren Kopf und konnte an nichts mehr denken. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die erwartete Emotionalität im ganzen Gespräch ausblieb und ich eher rational von meiner Problematik berichtete und diese eher den Charakter einer simplen Nacherzählung annahm. Die Therapeutin meinte auch, dass es für mich mit einer großen

Anstrengung verbunden sei, meine Gefühle von mir fernzuhalten. Vielleicht lässt sich so meine körperliche Erschöpfung am Ende der Therapie erklären. (EB_16_G2_T1, Q 71:28)

14.5.2 Körpersprache und Körperhaltung

Auffallend ist auch, dass einige Klientinnen, meist unbewusst, Hilfe, Schutz oder Stärkung in Gegenständen, wie beispielsweise Tassen, Gläsern, Kissen usw. suchen. Sie erklären dies etwa so, dass es hilfreich ist sich an etwas festzuhalten (z.B. EB_K10_G2_T1, Q 52:7), oder sie nutzen ein Kissen, das sie in Griffnähe haben und legen es sich schützend vor den Bauch oder klemmen es sich als symbolische Stärkung in den Rücken (z.B. EB_K6_G1_T3, Q 85:6):

Besonders durch den abrupten Einstieg in das Gespräch und den Druck, dass ich das jetzt irgendwie managen muss, fühlte ich mich anfangs sehr unwohl in der Gesprächssituation. Ich hielt mich an meiner Tasse fest und versuchte so viel als mögliche zu erzählen. Ich hatte das Gefühl, als hätte die Therapeutin mein Unwohlsein bemerkt. Durch ihre Art sich in das Gespräch einzubringen und mit mir zu reden, nahm sie mir dieses Gefühl dann aber auch sehr rasch. (EB_K3_G2_T1, Q 77:10)

Wir gingen ins Therapiezimmer und die Therapeutin bot uns Getränke an, wobei mir auffiel, dass ich meine eigene, mitgebrachte Wasserflasche in der Hand hielt. Ich überlegte kurz, ob das nun unhöflich wirken könnte, dann nahm ich aber im bequemen Stuhl Platz und wunderte mich selbst darüber, dass ich sofort zu einem Kissen griff und es mir schützend vor den Bauch legte. (EB_K2_G2_T2, Q 74:7)

Den Polster legte ich mir diesmal nicht auf den Schoß, sondern klemmte ihn zwischen Lehne und meinen Rücken. (Wollte ich mir damit „den Rücken stärken“? (EB_K2_G3_T3, Q 75:5)

Viele Klientinnen nutzen das Reden als Ventil um sich Luft zu verschaffen oder sie setzen es als Mittel gegen ihre eigene Unsicherheit ein. Die Klientinnen reden oft sehr viel und vor allem schnell. Wie die Therapeutin auf dieses Vorgehen/Verhalten der Klientin reagiert, ist sehr unterschiedlich. Auch wie dieses Verhalten/Vorgehen der Therapeutin von der Klientin wahrgenommen weicht stark voneinander ab. Für manche Klientinnen ist es einfach nur wichtig, dass jemand da ist der ihnen zuhört, ihnen Raum und Zeit gibt und sie begleitet. Für andere ist es wiederum hilfreich wenn sich die Therapeutinnen aktiv am Gespräch beteiligen und helfen, die oft wirren Gedanken oder die vielen Informationen, zu strukturieren:

Ich wusste zu Beginn nicht wirklich wie ich Anfangen soll, damit die Therapeutin mich versteht und meine Geschichte auch nachvollziehe

kann - ich glaube ich habe zu Beginn auch etwas unruhig und verwirrt erzählt. Da die Therapeutin aber ruhig geblieben ist und mir Zeit gelassen hat, habe ich schnell in das Thema und die Geschichte gefunden und ich begann einfach zu reden. Dieser anfängliche Redeschwall hat mir sehr gut getan und die Reaktionen der Therapeutin waren auf keinen Fall störend, oder behindernd für mich und meinen Redefluss. Ich hatte auch in dieser ersten Phase des Gespräches das Gefühl, dass mir die Therapeutin wirklich zuhört und nicht nur versucht mich zu verstehen, sondern es auch wirklich tut. Dies zeigte sich auch im Verlauf des Gespräches - nie hatte ich das Gefühl, dass sie abwesend war, oder mit mal mehr- oder weniger zuhört - die Aufmerksamkeit der Therapeutin blieb konstant, was mich im Gespräch sehr bestärkte.“ (EB_K9_G2_T3, Q 95:19)

Sie empfand die Atmosphäre nicht dynamisch, aber es herrschte für sie fortwährend ein angenehmes Klima. Sie fühlte sich beim dem Gedanken wohl, dass ihr Raum gelassen wurde und sie sich im Mittelpunkt befinden durfte. Der ganze Raum war für sie da. Häufiger kamen ihr Gedanken, dass sie auch einmal die Therapeutin reden lassen wolle, da sie sehr interessiert an ihren Reflexionen war, aber sie war so in einem Schwall und redete und redete. (PS_K1_G3_T2, Q 99:7)

Sie verlor sich in sehr vielen auf sie einströmenden Gedanken und redete und redete und die Therapeutin bremste sie und versuchte diese Gedanken nach der Reihe zu rekonstruieren. (PS_K1_G2_T1, Q 98:21)

14.5.3 Reaktion auf Therapeutin

Wie bereits erwähnt wurde, ist diese Kategorie stark vom Verhalten bzw. vom Vorgehen der Therapeutinnen abhängig. Das Verhalten/Vorgehen der Klientinnen ist hier eine Folge auf das Verhalten/Vorgehen der Therapeutinnen. Bei diesen Folgereaktionen der Klientinnen handelt es sich um unreflektiertes, nicht geplantes, spontanes, situationsbezogenes Handeln. Hier möchten wir nochmals darauf hinweisen, dass diese Vorgehensweisen und das Verhalten der Klientinnen in einer Wechselwirkung mit, bzw. in einem Abhängigkeitsverhältnis zu, der Kategorie „Vorgehen/Verhalten der Therapeutin“ stehen.

Manche Klientinnen haben das Gefühl die Therapeutinnen aus der Reserve locken zu müssen, was auf das Bedürfnis der Klientinnen, nach einer engeren oder intensiveren Beziehung zur Therapeutin, schließen lassen:

Die Klientin ist froh, die Beraterin quasi mit Ihrer Geschichte zu unterhalten um so einen Zugang zu ihr zu bekommen. (AA_K14_G2_T1, Q 17:2)

Ich hatte die ganze Zeit das Gefühl, was soll ich ihr jetzt erzählen, dass

sie etwas lockerer wird. Vielleicht war das reden über „keine Themenfindung“ auch so ein Austesten der Psychotherapeutin, denn ich kannte ihre Art der Therapieführung schon aus der Beobachterrolle. (EB_K8_G3_T1, Q 93:19)

Eine spezielle Situation für die Klientin war, als sie die Therapeutin zum Lachen brachte. Die Klientin hatte während dem Gespräch den Wunsch, dass die Therapeutin „ein bisschen lockerer wird“. Sie dachte sich „Werde lockerer, ist ja nicht so schlimm.“

Als diese mit ihr gelacht hat, hatte die Klientin den Eindruck, sie habe nun Zugang zu ihr gefunden. „Es war fast so, als ob ich sie knacken hab müssen“. (PS_K8_G3_T1, Q 141:11)

Viele Klientinnen erwähnen auch, dass sie selbst das Gespräch aktiv vorantreiben. Das zeigt auch, dass die Therapeutinnen nicht direktiv eingestellt sind und den Klientinnen die Selbstexploration ermöglichen.

In den folgenden Beispielen rücken die Klientinnen dieses Vorgehen/Verhalten der Therapeutinnen in ein eher negatives Licht.

Allerdings hatte ich nicht so sehr das Gefühl, aufgrund einer Einladung ihrerseits den Raum für mich und meine Gefühle zu erhalten, sondern ich habe ihn mir einfach genommen, ich habe also bei der ganzen Sache eine sehr aktive Rolle gespielt. (EB_K2_G1_T1, Q 73:28)

Ich besprach es in seiner ganzen Vielfalt und fand einige ihrer Paraphrasen sehr treffend. Jedoch fühlte ich mich nicht angeregt weiter zu erzählen, dies tat ich aus Eigeninitiative und aus dem Grund, da ich Pausen vermeiden wollte. (EB_K5_G2_T1, Q 83:23)

In vielen Audioanalysen wird den Klientinnen bewusst, dass sie manche Aussagen oder Kommentare der Therapeutinnen, die im Moment des Therapiegespräches nicht für sie passten, einfach ignorierten. Es kann jedoch nicht festgestellt werden ob sich diese ignorierten Aussagen bzw. Kommentare in irgendeiner Form auf die Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin bzw. auf den Verlauf des Gesprächs auswirken:

Kl: Ich glaube, dass auch ein Problem von mir ist, dass ich irgendwie so viel wie möglich auf einmal machen möchte, aber auf der anderen Seite so, dass ich nicht übertreibe. (Th: Mhm) Sonst habe ich immer wieder das Gefühl, dass ich zu wenig mache oder dass ich nicht ausreichend genug mache um z.B. beim Studieren weiterzukommen oder so, dass ich immer eine Arbeit nebenbei habe oder so. Oftmals verkehrt es sich dann ins Gegenteil und hab dauernd irgendwelche Sachen.

Th: In der Angst zu wenig zu machen?

Die Klientin geht hier eigentlich gar nicht auf das von der Beraterin Gesagte ein.

Kl: Ich glaube, dieses Semester habe ich es z.B. übertrieben. Zumindest fühle ich mich vom Inhaltlichen nicht überfordert, aber ich merke dann eben, dass die Zeit einfach zu knapp wird (Th: Mhm) und dass es besser für mich wäre, wenn ich vielleicht einfach weniger machen würde.

Th: Das wäre angenehmer, wenn weniger Stress dabei wäre.

Kl: Es kommt dann noch dazu, dass ich auch noch so viele Sachen in der Freizeit machen will. Ich will mich mit so vielen Leuten treffen, muss und will (Th: Mhm) und das ist mir dann genauso wichtig oder noch wichtiger. Das hat dann genauso Priorität und dann es ist sehr schwer, dass ich das richtig einteile. Was ich vorher mache und auf was ich am ehesten verzichten kann oder verzichten darf. (lacht) (AA_K10_G2_T1, Q 5:5)

Einige Klientinnen können unpassende Aussagen oder Kommentare der Therapeutinnen nicht einfach ignorieren und tun dies dann auch in einer Reflexion kund. Auch hier konnte nicht ermittelt werden ob sich diese Aussagen oder Kommentare in weiterer Folge positiv oder negativ auf die Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin ausgewirkt haben:

Hier wieder Interpretation der Therapeutin: „Kinder gute Möglichkeit, sich eingeeengt zu fühlen!“ Hat Klientin nie erwähnt und passt überhaupt nicht mit ihrer Lebensrealität zusammen! Daraufhin muss Klientin wieder auf ihre Mutterrolle Bezug nehmen, um die es in dem Gespräch eigentlich gar nicht geht, Klientin hat hier wieder das Gefühl, sich rechtfertigen zu müssen! (AA_K2_G1_T1, Q 25:9)

Auch hier in der Kategorie Verhalten/Vorgehen der Klientin wird, wie in der Kategorie Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, sichtbar welche große Rolle die Wortwahl der Therapeutinnen einnimmt:

Auch die Kommentare und Bemerkungen der Therapeutin fand ich an den meisten Stellen sehr hilfreich, da mich ihre Äußerungen, obwohl sie Großteils „bloß“ mein Gesagtes wiederholte, dazu anregten weitere Gedanken zu spinnen. In einigen Gesprächssituationen hat die Therapeutin versucht sich einzubringen, an denen ich jedoch das Bedürfnis hatte weiter zu sprechen. Diese kurzen Einschübe haben mich jedoch nicht gestört, da sie immer schnell merkte, dass ich noch nicht fertig gesprochen habe bzw. meinen Gedanken noch nicht vollendet hatte und ihren Satz unterbrach sodass ich weiter sprechen konnte. (EB_K1_G1_T3, Q 49:28)

Irgendwann hat dann die Therapeutin gemeint sie müsse mich da jetzt kurz unterbrechen, weil ich mich in so einen Strudel hineinspreche oder

so. Dies fand ich sehr gut von ihr, da ich durch diesen Input meine Empfindungen besser ordnen konnte. (EB_K1_G2_T2, Q 50:28)

Für mich interessant war, dass ich mich erneut dabei ertappte, dass ich mir die Frage stellte, ob das was ich hier erzähle, überhaupt relevant ist und ob das meine Beraterin überhaupt interessieren würde. Obwohl ich eigentlich ein Thema ansprach, dass ja ganz nah an meiner Person ist, sprich da geht es ja eigentlich um die Dinge die mich beschäftigen!!

Damit will ich nicht sagen, dass mir die Therapeutin das Gefühl gegeben hat, dass sie sich nicht für meine Inhalte interessiert, ganz im Gegenteil, sie hat den Kontakt während des Gespräches konstant in einer angenehmen Art und Weise zu mir gehalten, aber anscheinend habe ich den Drang mich selbst zu bewerten sehr stark in mir und erwarte dies auch automatisch von den anderen. (EB_K14_G2_T1, Q 65:10)

14.6 Gemeinsame Interaktion

In dieser Kategorie wird der Blickkontakt zwischen den Klientinnen und den Therapeutinnen, gemeinsames Lachen oder auch die Körperhaltung und Körpersprache zueinander thematisiert. Es geht um das miteinander in Kontakt Treten, aufeinander Reagieren und das zusammen Agieren.

Die gemeinsame Interaktion ist oft eine Folge der Wechselwirkung zwischen den Kategorien „Vorgehen/Verhalten der Therapeutin“ und „Vorgehen/Verhalten der Klientin“. Besonders sichtbar wird hier die Bedeutung der Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin, die sich aus der Verknüpfung dieser Kategorien ergibt.

Beispielsweise ist beim Blickkontakt zwischen den Therapeutinnen und Klientinnen besonders darauf zu achten, dass bereits eine Vertrauensbasis vorhanden sein sollte, damit die Blicke, die getauscht werden, nicht falsch interpretiert und verstanden werden.

Setzen die Therapeutinnen zu Beginn des Gespräches, wo sich Klientinnen und Therapeutinnen noch fremd sind, einen fordernden Blick ein, so beschreiben die Klientinnen dies als hinderlich für den weiteren Verlauf des Therapiegespräches. Viele Klientinnen erwähnen, dass es zu Beginn eines Therapiegespräches, wichtig und sehr hilfreich ist, wenn von Seiten der Therapeutin ein paar einleitende Worte kommen. Das hilft eine Vertrauensbasis herzustellen und verhindert dass Blicke oder Gesten des Gegenübers falsch interpretiert und verstanden werden:

Sie fragte mich, ob ich bereit bin und schaltete dann das Diktiergerät ein. Hier fehlten mir ein paar einleitende Worte wie zum Beispiel, du bist ja mit den Bedingungen schon vertraut, die nächsten fünfundvierzig Minuten gehören uns. Es entstand dann gleich zu Beginn eine peinliche Schweigepause. Die Therapeutin saß mir also gegenüber und blickte mich direkt an. Ihr Blick, war meiner Einschätzung nach sehr fordernd. (EB_K8_G3_T1, Q 93:16)

Schließlich lehnte sie sich zurück und erkundigte sich bei mir, ob ich bereit sei. Diese Frage bejahte ich. Sie nickte und ein Schweigen trat ein. Dieses Schweigen wurde untermauert durch ein monotones, regelmäßiges Klopfen, das aus der Wand zu kommen schien. Ich schaute dort hin und dann schaute ich die Therapeutin wieder an und ihr Blick sagte mir, dass ich anfangen sollte. Ich überlegte eine Zeitlang und mein Blick glitt wieder hinüber zu jener Wand. Die Therapeutin fing diesen Blick auf und erklärte mir, dass das Klopfen durch die Lampen in der

Decke käme und dass sie die Beleuchtung ausschalten könne, wenn mich das Klopfen irritiere. Ich bedankte mich und bat sie das Licht auszuschalten. Danach trat wieder ein Schweigen ein und die Therapeutin schaute mich mit dem gleichen Blick wie zuvor an. Ich war überrascht und verwundert, da ich eigentlich darauf wartete, dass sie das Gespräch einleiten würde. Ich fühlte mich unwohl und leicht unter Druck gesetzt, nun etwas sagen zu müssen. (EB_K5_G2_T1, Q 83:12)

Dann lehnte sie sich zurück und schaute mich an. Nach ein paar Sekunden begann ich mich zu wundern - hat die Sitzung bereits begonnen? Ich glaube auch, mich erinnern zu können, dass ich gefragt habe und [Name] mir geantwortet hat: „Wenn du bereit bist ...“ Jedenfalls fehlte mir der einleitende Startschuss,... (EB_K7_G1_T1, Q 88:8)

Während des Therapiesgespräches wird der Blickkontakt von den Klientinnen meist als positiv empfunden und beschrieben. Sie assoziieren damit Geborgenheit, Vertrautheit und haben das Gefühl, dass jemand an ihnen interessiert ist, dass sie jemand versteht und sie akzeptiert so wie sie sind. Hier ist zu erkennen, dass bereits eine Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin vorhanden ist.

Durch ihren ständigen Blickkontakt empfand ich, dass von Seiten der Therapeutin großes Interesse kam und das gab mir ein Gefühl der Geborgenheit. (EB_K11_G2_T3, Q 56:9)

Ihr Blickkontakt war immer bei mir, er strahlte volles Verständnis für mich aus. (EB_K13_G3_T3, Q 63:11)

Die Klientin nahm die Therapeutin als sehr positiv wahr. Sie zeigte Interesse am Thema und hielt immer Blickkontakt zur Klientin, was der Klientin grad dieses Gefühl von Verstanden werden vermittelte. Die Therapeutin hatte der Klientin gegenüber eine wertschätzende, akzeptierende Haltung eingenommen. (PS_K11_G3_T2, Q 105:6)

Auch das wiederholte Fragen der Therapeutin ob diese alles richtig verstehen würde und der stetige Augenkontakt zur Klientin zeigte für die Klientin enormes Interesse und gab der Klientin ein angenehmes Gefühl. (PS_K15_G3_T3, Q 117:7)

Gemeinsame Interaktion, wie z.B. Lachen, hilft den Klientinnen ihre Nervosität zu reduzieren und die Therapiesituation aufzulockern. Durch dieses „Gemeinsame“ wird die Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin gefördert und gestärkt, was bei den Klientinnen ein Tiefergehen in die Thematik ermöglicht.

Hin wieder lachte sie sogar gemeinsam mit mir, was für mich eine große Erleichterung war. Das gemeinsame Lachen lockerte für mich die Situation auf, und die Therapeutin wirkte dann auf mich zugänglicher

und nicht mehr so unnahbar. Dadurch bekam ich auch Mut, meinen Gefühlen weiter nach zu forschen. (EB_K1_G1_T1, Q 73:20)

Es war eine „angenehme Atmosphäre“, die Klientin konnte „alles ansprechen“, sie hat sich „sicher gefühlt und gut aufgehoben“, hatte „Vertrauen in die Therapeutin“, „die Therapeutin war sehr aufmerksam“, „einfühlsam und sehr verständnisvoll, von der Art her ruhig, so quasi voll konzentriert auf mich“, „ich hab bei manchen Zusammenfassungen wirklich das Gefühl gehabt, sie versteht mich.“ Dieses Gefühl von der Klientin ist „zum Teil sogar stärker geworden, weil wir haben sogar einmal gemeinsam gelacht - als würde sie das Gefühl kennen, das ich da beschreibe. (PS_K14_G1_T2, Q 112:9)

Zusammenfassend zur Kategorie „gemeinsame Interaktion“ kann gesagt werden, dass es sich hierbei um einen wesentlichen Einflussfaktor auf das Erleben der Klientinnen handelt, der vom Zusammenspiel der Kategorien „Vorgehen/Verhalten der Therapeutin“ und „Vorgehen/Verhalten der Klientin“ geprägt wird. Das Ergebnis dieses Zusammenspiels ist die entstehende Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin.

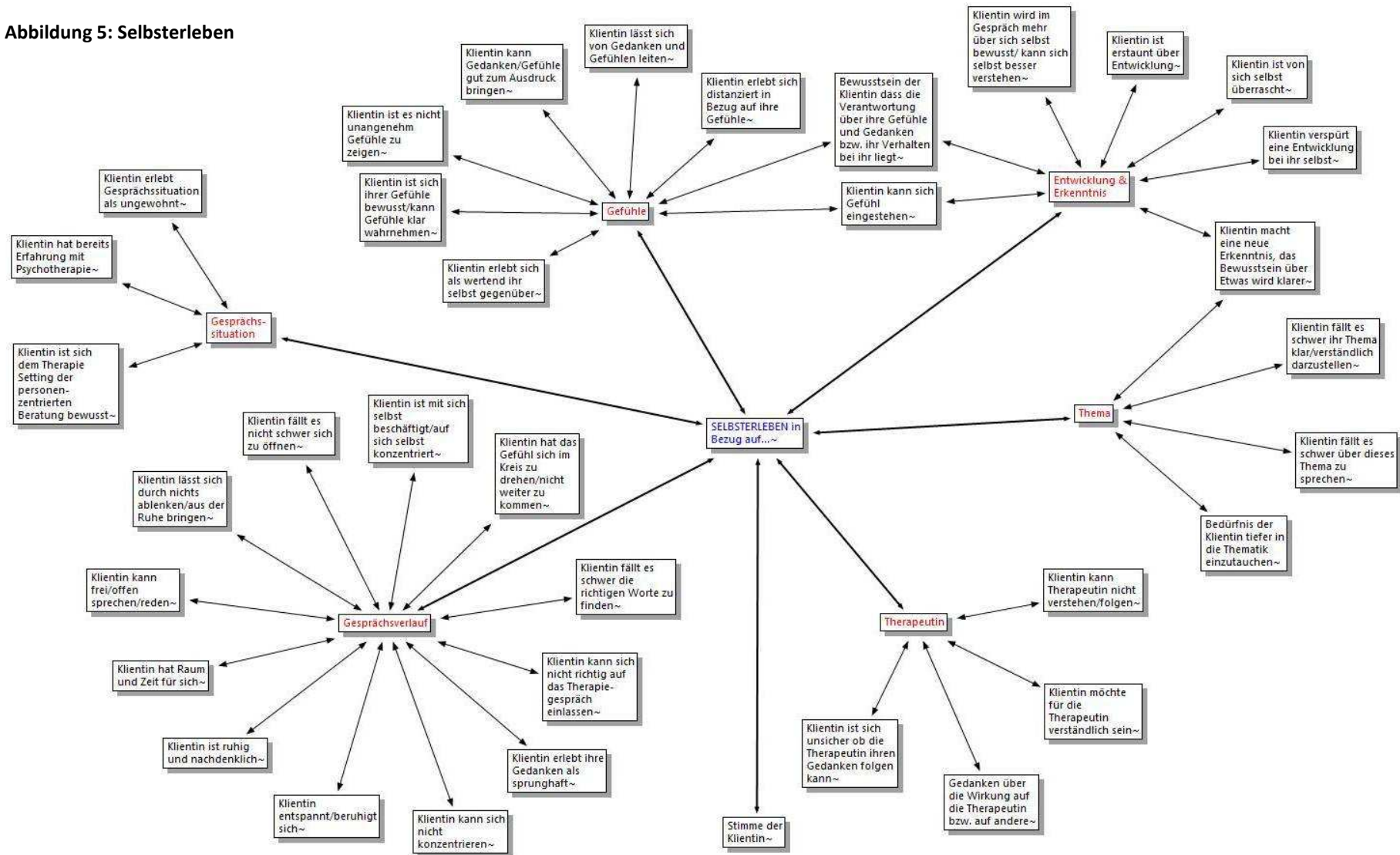
14.7 Selbsterleben

Da im Rahmen dieser Untersuchung das Erleben der Klientinnen aus deren Blickwinkel, im Fokus steht, beschreiben im Prinzip alle Kategorien das Selbsterleben der Klientinnen. Dennoch oder gerade deshalb war es im Laufe der Analyse notwendig zwischen den unterschiedlichen Facetten des Erlebens zu unterscheiden. So ergab sich eine Unterteilung in Hinblick auf die unterschiedlichen Bezüge des Erlebens der Klientinnen.

Die Kategorie Selbsterleben vereint jene Passagen, in welchen die Klientinnen Auskunft darüber geben, wie sie sich selbst im Therapiegespräch erlebt haben. Dabei werden vorerst Wünsche, Ängste und definitive Gefühle der Klientinnen Großteils ausgespart, weil diese in eigenen Kategorien zusammengefasst werden. Das Selbsterleben der Klientinnen wird in dieser Kategorie meist anhand des Gesprächsverlaufes beschrieben. Es ist sehr stark vom Verhalten der Therapeutinnen und den Gefühlen der Klientinnen, das Thema betreffend, abhängig.

Innerhalb der Kategorie "Selbsterleben" ergeben sich, je nach den Bezügen des Selbsterlebens, wiederum Unterteilungen in mehrere Untergruppen.

Abbildung 5: Selbsterleben



14.7.1 Gesprächsverlauf

Der *Gesprächsverlauf* ist, wie dem Networkview zu entnehmen ist, stark vom *Selbsterleben* und den *Emotionen der Klientin* geprägt. Wie sich das Gespräch entwickelt und welchen Verlauf es nimmt ist ein komplexer Prozess zwischen Klientin und Therapeutin. Auch hier ist ganz zentral wie die beiden miteinander agieren.

Der Beginn des Gesprächs ist oftmals durch die Nervosität oder Anspannung der Klientinnen gekennzeichnet. Großteils geben die Klientinnen an, dass sie sich im Laufe des Gespräches entspannt und beruhigt haben. Dass sich die Klientinnen entspannen ist meist an die Interaktion mit den Therapeutinnen gebunden und davon abhängig ob die Klientinnen einen guten Kontakt zu den Therapeutinnen herstellen können (z.B. PS_K15_G1_T2, Q 115:3). Als hilfreiche Supports werden folgende Dinge genannt: Gemeinsame Interaktion, Ausstrahlung der Therapeutin, Auftreten der Therapeutin, Begleitung durch die Therapeutin, Haltung der Therapeutin usw.

Die Klientin fand es gut dass die Therapeutin hier auch mit lachte bzw. sich an ihre Stimmung anpasste, das lockerte das Gespräch schon auf und ließ die anfängliche Nervosität abklingen. (AA_K10_G1_T2, Q 4:1)

Sie (die Therapeutin) saß entspannt in ihrem Sessel, was die Situation allgemein für die Klientin entspannter machte, gerade zu Beginn des Gesprächs. (PS_K12_G2_T2, Q 107:14)

Allerdings spielt hier auch die Einstellung der Klientinnen eine bedeutende Rolle. So kommt es vor, dass die Klientinnen eine Abwehrhaltung gegenüber der Therapiestunde einnehmen oder den Therapeutinnen Vorurteile entgegenbringen:

Am Anfang war ich ziemlich misstrauisch. Hab am Anfang vorgehabt „da mach ich jetzt nicht auf“, das war mein Anfangsziel. Nachdem ich das angesprochen hab, hab ich gemerkt wie sich das löst, und ich hab mich dann auch körperlich Entspannen können. (PS_K7_G1_T1, Q 136:1)

Hier wird deutlich, dass die Klientinnen das Gespräch auch zulassen müssen um sich öffnen zu können. Es kommt vor, dass Klientinnen es nicht schaffen sich auf das Gespräch einzulassen. Die Klientinnen sind voreingenommen gegenüber den Therapeutinnen und der Therapiestunde oder einfach nicht bereit dazu, ihren Gefühlen Raum zu geben. Als Folge davon bleibt das Gespräch eher an der Oberfläche:

Das Gespräch hat mich heute nicht in meinem Denken weitergebracht oder mir neue Wege aufgezeigt, was ich jedoch wie oben schon erwähnt nicht auf fehlende Unterstützung, Empathie oder Akzeptanz der Therapeutin zurückzuführen ist, sondern darauf dass von mir heute nicht wirklich die Bereitschaft da war mich auf meine Gefühle einzulassen. Ich war heute einfach mit meinen Gefühlen nicht wirklich in Kontakt. (EB_K1_G3_T1, Q 51:24)

Eine größere Anzahl an Klientinnen geben allerdings an, dass es ihnen nicht schwer fiel sich zu öffnen und sie keine innere Blockade verspürten:

Ich fühlte mich bei der Therapeutin sehr wohl und sicher und konnte ihr voll und ganz Vertrauen, so dass ich keine innere Blockade in mir verspürte. (EB_K9_G3_T2, Q 96:12)

Als hilfreicher Aspekt wird hier erneut die Unterstützung durch die Therapeutinnen mittels Aufmerksamkeit, Wertschätzung, Sicherheit, Verständnis usw. genannt. Wichtig ist, dass die Klientinnen durch die Therapeutinnen das Gefühl vermittelt bekommen, alles sagen zu können.

Sie empfand „keine Scheu etwas zu sagen, weil sie das Gefühl vermittelt bekommen hat alles sagen zu dürfen und zu können. (PS_K3_G3_T2, Q 126:5)

In den meisten Fällen gelingt es den Klientinnen sich zu öffnen und sie geben an, dass sie frei und offen sprechen können. Gründe dafür finden sich wiederum hauptsächlich in der guten Beziehung zur Therapeutin:

Es war eine „angenehme Atmosphäre“, die Klientin konnte „alles ansprechen“, sie hat sich „sicher gefühlt und gut aufgehoben“, hatte „Vertrauen in die Therapeutin“, „die Therapeutin war sehr aufmerksam“, „einfühlsam und sehr verständnisvoll, von der Art her ruhig, so quasi voll konzentriert auf mich“, „ich hab bei manchen Zusammenfassungen wirklich das Gefühl gehabt, sie versteht mich.“ Dieses Gefühl von der Klientin ist „zum Teil sogar stärker geworden, weil wir haben sogar einmal gemeinsam gelacht - als würde sie das Gefühl kennen, das ich da beschreibe. (PS_K14_G1_T2, Q 112:2)

Durch die Beispiele wird ersichtlich, dass es hierbei weniger darum geht was genau oder wie viel die Therapeutinnen sagen oder unternehmen, sondern darum, dass sie den Klientinnen Verständnis entgegen bringen:

Obwohl die Therapeutin nicht viel sagte, auch nur wenig wiederholte oder spiegelte, hatte ich trotzdem das Gefühl, dass sie mich versteht und dass ich keine Scham haben muss. Ihre anfängliche Kühle verspürte ich auch nicht mehr als unangenehm, sondern im Gegenteil empfand ich nun diese Distanz als hilfreich über dieses Thema zu sprechen. Besonders gut

gefiel mir auch, dass sie meine Gedanken auffing und aufnahm.
(EB_K9_G1_T1, Q 94:20)

Eine der Klientinnen gibt mehrmals an, so ins Gespräch vertieft gewesen zu sein, dass sie sich durch nichts aus der Ruhe bringen ließ. Die Klientin fühlt sich bei der Therapeutin sehr wohl und erlebt diese als nahe bei ihr. Die Klientin fühlt sich trotz dem Handyläuten nicht gestört, weil die Therapeutin bei ihr bleibt:

Während des Gesprächsverlaufes nahm ich ziemlich zu Beginn des Gespräches wieder das Klopfen in der Wand, was ich bereits in meiner zweiten Therapiestunde bemerkte, wahr. Einen kurzen Moment überlegte ich, ob ich die Therapeutin bitten solle, ob wir nicht das Licht in dieser Ecke ausschalten könnten. Aber kaum hatte ich es gedacht, hatte ich es auch schon wieder vergessen. Erst im Nachhinein, als die Forscherin mich beim Post-Session-Interview auf Situationen ansprach, die ich als hinderlich empfand kam mir dieses Ereignis wieder in den Sinn. Als ich dies daraufhin erwähnte, fragte mich die Forscherin: „und das Handy?“. Erst dann fiel mir wieder ein, dass während der Stunde das Handy der Therapeutin läutete. Sie entschuldigte sich vielmals und sagte, dass sie angenommen habe dass sie es ausgedreht hatte. Aber anscheinend habe ich dies auch nicht als sonderlich hinderlich empfunden, da ich es bereits wieder vergessen hatte. Der Gesprächsverlauf wurde auch durch beide Ereignisse nicht gehindert. Denn nachdem das Handy ausgeschaltet war, ging das Gespräch sofort weiter und die Therapeutin war wieder gleich bei mir, so als wäre sie nie „weg“ gewesen. (EB_K5_G3_T3, Q 84:32)

Manchen Klientinnen fällt es schwer sich zu konzentrieren. Der Grund dafür kann zum einen bei den Klientinnen selbst bzw. bei ihren emotionalen und komplexen Themen (z.B. AA_K11_G2_T3, Q 8:13) oder aber auch bei den Therapeutinnen liegen.

Eine Klientin gibt an so sehr mit sich selbst und ihrem Thema beschäftigt gewesen zu sein, dass sie sich nicht auf die Paraphrasen der Therapeutin konzentrieren konnte (z.B. EB_K16_G3_T2, Q 72:17). Eine andere Klientin konnte keine klaren Gedanken fassen, da sie sich von der Therapeutin unter Druck gesetzt fühlte:

Wenn ich versuchte, manche Gedanken weiter zu verfolgen, war das sehr schwierig, da ich mich nicht wirklich konzentrieren konnte und ich mich von der Therapeutin beobachtet fühlte. In solchen Momenten wünschte ich mir, dass die Therapeutin Fragen gestellt hätte, um mir einen gewissen Anhaltspunkt zu geben oder vielleicht auch, dass sie ihre Sicht der Dinge eingebracht hätte, um mir einen Erklärungsansatz zu liefern.
(EB_K16_G1_T3, Q 70:26)

Drei Klientinnen geben auch an, dass sie ihre Gedanken während des Gesprächs als sprunghaft erlebten und sich zum Teil selbst verwirrten:

Zeitweise bin ich, glaube ich, mit meinen Gedanken sehr sprunghaft gewesen. Wenn ich z.B. einen Gedanken ausführen wollte und mir ist ein anderer Gedanken dazu gekommen, habe ich den gleich eingebunden, so als würde er mir abhandenkommen, wenn ich ihn nicht gleich aufgreifen würde. (EB_K15_G1_T2, Q 67:20)

Es kommt öfter vor, dass es Klientinnen schwer fällt, die richtigen Worte zu finden. Besonders schwierig ist es, bestimmte Gefühle zu betiteln, welche sie in einer Situation verspüren (z.B. PS_K2_G3_T3, Q 123:2). Es ist ihnen ein großes Anliegen von den Therapeutinnen verstanden zu werden und ihre Geschichten klar darzustellen. Die Therapeutinnen können in einer derartigen Situation von großer Unterstützung für die Klientinnen sein:

Oft hat sich die Klientin schwer getan Gedanken in Worte zu fassen und die Therapeutin war dabei sehr hilfreich, da diese in eigenen Worten es ausformulierte. Die Therapeutin konnte sehr gut mit den Gefühlen mitgehen und durch die Worte „ich fühle“, hatte die Klientin den Eindruck sie werde begleitet von der Therapeutin und „sie hatte nicht so eine Distanz“, was sie als angenehm beschreibt. (PS_K8_G2_T3, Q 140:13)

Aus den relevanten Textpassagen geht hervor, dass die richtige Wortwahl der Klientinnen, aber auch die der Therapeutinnen, eine sehr wichtige Rolle spielt. An einigen Stellen wird gewissermaßen ein gemeinsames Ringen um die richtigen Worte deutlich. Das geht so weit, dass es für eine Klientin gar wichtig zu sein scheint, sich im Sprechen nicht zu sehr gehen zu lassen bzw. keine unpassenden Ausdrücke zu verwenden:

Ein weiteres Erlebnis, dass mir stark aufgefallen ist, war das die Therapeutin hier und da meine Sätze, wenn ich nach Worten suchte, beendete. Dies fand ich sehr hilfreich und angenehm. Ihre Worte sagten oftmals genau das aus, was ich in diesem Moment nicht in Worte fassen konnte. Während des Erzählens habe ich häufig in meinen Gedanken nach anderen Wörtern gesucht um das Extreme zu beschreiben, denn ich wollte nicht Worte wie „Scheiße“ etc. verwenden. Im Augenblick kann ich mich leider nicht mehr an die Worte der Therapeutin erinnern, ich weiß jedoch, dass sie für mich treffend waren und ich somit den Zwiespalt in mir loslassen konnte. (EB_K5_G1_T2, Q 82:21)

Häufig gelangen die Klientinnen zu einem Punkt im Gespräch, wo sie das Gefühl haben sich im Kreis zu drehen und in der Auseinandersetzung mit ihrem Thema nicht mehr weiterkommen. Dieses Gefühl führt häufig zu einem Unwohlsein bei den Klientinnen und dazu, dass sich die Klientinnen Hilfe von den Therapeutinnen

erwarten.

Hier merkt die Klientin, dass sich das Gespräch nur mehr im Kreis dreht, es bringt sie irgendwie nicht weiter, es ist unangenehm. (AA_K4_G1_T2, Q 31:16)

Oft tritt ein derartiger Stillstand erst gegen Ende des Gesprächs auf und kann somit auch ein Zeichen dafür sein, dass die Klientinnen tatsächlich bereits alle wichtigen Facetten ihres Themas beleuchtet haben:

Am Ende des Gesprächs kam es zu einer längeren Pause. Ich hatte das Gefühl, schon alles besprochen zu haben und befürchtete mich wieder im Kreis zu drehen, wenn ich jetzt noch länger weitersprechen würde. Unerwarteter Weise war jedoch die Zeit auch schon am Ende, wie mir die Beraterin mitteilte, als sie meinen Widerwillen weiterzusprechen spürte. (EB_K10_G3_T3, Q 54:19)

Oft ist die Erfahrung sich im Kreis zu drehen mit einer Enttäuschung in Bezug auf die Erwartungen, welche die Klientinnen an das Gespräch stellen, verbunden. Das kann mitunter dazu führen, dass die Klientinnen das Gespräch als nicht hilfreich erleben.

Ich hatte mir erwartet, dass mir die Therapeutin helfen würde, auf non-direktive Weise mehr aus diesem Thema herauszuholen, in mir vielleicht neue Denkweisen zu öffnen, aber ich hatte das Gefühl, dass ich mich im Kreis drehe und einfach nicht vom Fleck komme. (EB_K12_G3_T1, Q 60:10)

Allerdings kann es auch bei von den Klientinnen als hilfreich erlebten Gesprächen vorkommen, dass die Klientinnen ab und an das Gefühl haben anzustehen bzw. sich im Kreis zu drehen.

Viele Klientinnen geben an, im Rahmen der Therapiestunde ausreichend Raum und Zeit für sich gehabt zu haben. Meist handelt es sich hierbei um sehr allgemeine Aussagen, welche sich auf das positive Empfinden der Therapieeinheit beziehen. Dass die Klientinnen das Gefühl haben, den vorhandenen Raum sowie die Zeit tatsächlich für sich und ihr Anliegen nutzen zu können, ist an das positive Empfinden des Vorgehens der Therapeutinnen gebunden. Die Klientinnen haben das Gefühl, dass die Stunde ihnen allein zur Verfügung steht, weil sie die Therapeutinnen als offen sowie interessiert erleben und diese sie in keinsten Weise drängen (z.B. EB_K9_G1_T1, Q 94:25). Im Normalfall gehen die Klientinnen davon aus, dass die Therapeutinnen diesen Raum zur Verfügung stellen. Allerdings macht ein Beispiel aus unseren Daten deutlich, dass die Klientinnen sich diesen Raum auch

eigenmächtig verschaffen können, sollten die Therapeutinnen ihnen diesen Platz nicht einräumen:

Allerdings hatte ich nicht so sehr das Gefühl, aufgrund einer Einladung ihrerseits den Raum für mich und meine Gefühle zu erhalten, sondern ich habe ihn mir einfach genommen, ich habe also bei der ganzen Sache eine sehr aktive Rolle gespielt. (EB_K2_G1_T1, Q 73:28)

Einige der Klientinnen geben an, während des Gesprächs ganz auf sich selbst konzentriert gewesen zu sein und sowohl die Beobachterin als auch die Umgebung ausgeblendet zu haben. Manche Klientinnen sind sehr vertieft in das Gespräch und voll und ganz auf sich selbst und ihr Thema konzentriert:

Während des Gesprächs hatte ich alle Geräusche oder auch die Anwesenheit meiner Beobachterin völlig ausgeblendet, ich war nur auf meine eigenen Gedanken konzentriert. (EB_K10_G1_T2, Q 52:16)

Zum Teil wird die Umgebung dabei so stark ausgeblendet, dass die Klientinnen nicht nur die Beobachterin, sondern auch die Therapeutin als Person kaum wahrnehmen:

Von der Therapeutin selbst kann ich nicht so viel berichten. Ich hab das Gefühl, während der Sitzung so sehr mit mir selbst beschäftigt zu sein, dass ich nicht so sehr auf die Reaktionen der Therapeutin achten kann. Meistens schau ich während meiner Ausführungen irgendwo im Raum umher oder bin in Gedanken ganz wo anders." (EB_K2_G2_T2, Q 74:24)

14.7.2 Thema

Unter das Selbsterleben fallen auch einige Kodes die den Umgang der Klientinnen mit dem Gesprächsthema und deren Gefühlen dazu beinhalten. Hierbei ist besonders die Unsicherheit hervorzuheben, welche viele Klientinnen mit ihrem Thema verbinden. Vielen bereitet es Schwierigkeiten ihr Thema überhaupt anzusprechen oder klar und verständlich darzustellen. Kann diese Unsicherheit gebannt werden, geben jedoch auch einige Klientinnen an, das Bedürfnis verspürt zu haben tiefer in die Thematik einzutauchen.

Das Thema wird in Bezug auf das Selbsterleben hier nicht weiter vertieft da dies im Kapitel 14.14 *Gesprächsthema* ausführlich bearbeitet wird.

14.7.3 Gefühle

Die Kategorie zum Selbsterleben der Klientinnen enthält eine ganze Reihe von

Kodes, welche sich auf den Umgang der Klientinnen mit deren Gefühlen beziehen.

Häufig betonen Klientinnen, dass sie sich in der Lage fühlen ihre Gedanken bzw. Gefühle gut zum Ausdruck bringen zu können. In einigen Fällen sind die Klientinnen selbst überrascht über die Klarheit der Präsentation ihrer Gefühle:

Hier ist die Klientin sehr verwundert, dass sie ihre Emotionen und Gefühle so klar formulieren kann. Dies war ihr während des Gesprächs überhaupt nicht bewusst. (AA_K15_G1_T2, Q 19:2)

Die Fähigkeit ihre Gefühle klar auszudrücken ist davon abhängig wie bewusst sich die Klientinnen ihrer Gefühle sind. Einige Klientinnen geben an ihre Gefühle klar wahrnehmen zu können, während andere eine gewisse Distanz ihren eigenen Gefühlen gegenüber verspüren:

Anders als bei den beiden Themen in den vorherigen Gesprächen, war es heute möglich, meine Gefühle während des Gespräches auch wirklich wahrzunehmen, zu fühlen und zu spüren und nicht nur rational, aus einem Beobachterstandpunkt quasi zu reflektieren und zu verbalisieren. (EB_K16_G3_T2, Q 72:5)

... jedoch war ich gefühlsmäßig nicht wirklich in das Ganze verstrickt. Ich habe die aufgetauchten Themen für mich wie aus einer Außenperspektive geschildert ohne da irgendwelche stärkeren Gefühle wahrnehmen zu können. (EB_K1_G3_T1, Q 51:15)

Dass sich die Klientinnen distanziert von ihren Gefühlen erleben ist als Folge innerer Hemmungen (z.B. EB_K7_G3_T3, Q 90:17) zu sehen. Auch das Thema und dessen Emotionalität spielt hierbei eine große Rolle. Im besten Fall macht die Klientin im Laufe des Gesprächs eine Entwicklung in Bezug auf die Wahrnehmung ihrer Gefühle durch:

Ich habe während dem Gespräch eine sehr starke Veränderung in mir gespürt. Zu Beginn der Sitzung war ich dem Thema gegenüber distanziert, unter anderem deshalb habe ich es auch ausgewählt- weil ich dachte, dass das ein Thema ist, über welches ich in dem Rahmen des Seminars gut sprechen könnte, weil meine ganzen persönlichen Gefühle eigentlich nicht so eingeschlossen sind. Aber im Verlauf des Gesprächs haben sich meine Gefühle total geändert und mir ging das Thema so nahe, dass ich so intensiv empfunden habe, wie schon sehr lange nicht mehr. (EB_K6_G2_T1, Q 86:9 und Q 86:26)

Bedingung dafür ihre Gefühle zuzulassen und auch den Therapeutinnen anvertrauen zu können, ist dass sie diesen gegenüber keine Scham empfinden und ihnen

vertrauen können. Ist eine derartige Vertrauensbasis gegeben, ist es den Klientinnen nicht unangenehm Gefühle zu zeigen:

Ich war dieses Mal bereiter, über mich und meine Gefühle zu reden, als ich es beim ersten Mal war. Ich hatte wirklich das Gefühl dass es egal ist, was ich sage, und wie ich etwas sage. Ob ich es ins lächerliche ziehe oder ganz ernsthaft über etwas rede, dass eigentlich lächerlich ist - ich und mein Gesagtes waren akzeptiert und willkommen. (EB_K6_G3_T2, Q 87:12)

Einige der Klientinnen geben an, dass sie sich im Laufe des Gesprächs, bestärkt durch die vertrauensvolle Beziehung zu den Therapeutinnen, immer mehr fallen lassen können und sich von ihren Gedanken und Gefühlen leiten lassen:

Mir fiel es aber dann sehr leicht meine Emotionen hinaus zu lassen. Sicherlich half mir dabei, dass ich mich sehr wohl und gut aufgehoben gefühlt hatte, und so meinen Gefühlen freien Lauf lassen konnte. (EB_K15_G3_T3, Q 69:15)

Mit der Unterstützung und dem Verständnis der Therapeutinnen wird es den Klientinnen vereinzelt auch möglich sich Gefühle einzugestehen, welche ihnen bis dahin unklar waren:

In der speziellen Situation ging es um das Gefühl des „Genervt sein“. Es konnte bis dahin nicht eingeordnet werden. Für die Klientin war es ein riesiger Schritt dieses Gefühl jetzt auch benennen zu können. (PS_K11_G1_T1, Q 103:15)

Einige Klientinnen geben an, dass sie sich an bestimmten Stellen des Gesprächs als wertend ihnen selbst gegenüber empfunden haben bzw. das Gefühl hatten sich vor ihnen selbst rechtfertigen zu müssen (z.B. AA_K14_G1_T2, Q 16:15).

14.7.4 Therapeutin

Ein nicht vernachlässigbarer Anteil der Aussagen welche der Kategorie "Selbsterleben" zugeordnet werden, bezieht sich zumindest indirekt wiederum auf die Therapeutinnen. Aus den Erlebnisberichten sowie den Postsession-Interviews geht klar hervor, dass sich die Klientinnen im Verlauf des Therapiegesprächs immer wieder Gedanken über die Therapeutinnen und die Beziehung zu diesen machen.

Viele Klientinnen machen sich Gedanken darüber, wie sie auf die Therapeutinnen wirken. Es scheint ihnen sehr wichtig zu sein, was die Therapeutinnen von ihnen halten bzw. dass sie keinen negativen Eindruck bei diesen hinterlassen:

Die Therapeutin atmete einmal ganz tief durch, was der Klientin das Gefühl vermittelte, dass die Therapeutin genervt von ihr war, dass kein Interesse für ihr Thema da war. Die Klientin fühlte sich in ihren Gedankengängen unterbrochen und konnte sie somit nicht weiterführen, weil sie damit beschäftigt war, was die Therapeutin wohl in diesem Moment von ihr denkt. (PS_K11_G1_T1, Q 103:17)

Die Wirkung der Therapeutinnen auf die Klientinnen wird in vielerlei Hinsicht durch das ihnen entgegen gebrachte Verständnis bestimmt. Damit erklärt sich die Wichtigkeit dieses Verstehens, die bereits im Kapitel 14.3.6 *Empathie und Verständnis* herausgearbeitet wird.

Ein großer Teil der Klientinnen gibt an, für die Therapeutinnen verständlich sein zu wollen. Immer wieder wird anhand der Gesprächssequenzen ersichtlich wie sehr sich die Klientinnen um das Verständnis der Therapeutinnen bemühen:

Was der Klientin beim Wiederholten hören auch sehr deutlich auffällt, ist dass sie während sie über ihre Probleme spricht, auch immer versucht ihre Gefühle der Beraterin zu erklären bzw. genau darzustellen was sie meint und denkt. Es ist ihr sehr wichtig genau verstanden zu werden." (AA_K10_G1_T2, Q 4:15)

Damit die Klientinnen für die Therapeutinnen verständlich sind versuchen sie sich z.B. Gedanken darüber zu machen wie sie ihre Geschichte erzählen um Verwirrung bei den Therapeutinnen vorzubeugen (z.B. AA_K14_G1_T2, Q 16:5) oder immer wieder Verbindungen zwischen ihren Gedankengängen herstellen um den Therapeutinnen das Verfolgen dieser zu erleichtern (z.B. EB_K10_G2_T1, Q 53:22).

Zwei der Klientinnen fragten sich im Verlauf des Gesprächs ob die Therapeutinnen ihnen überhaupt folgen können und wurden durch diesen Umstand verunsichert:

In gewisser Weise machte es mich wütend, da ich dann öfter damit beschäftigt war mich zu fragen, ob sie meinen Gedankengängen folgen konnte, ob ich mich auch klar ausgedrückt habe. Es machte mich wütend, dass sie oft einfach nicht reagierte. (EB_K12_G3_T1, Q 60:9)

14.7.5 Personenzentrierte Psychotherapie - Therapieerfahrung

In einigen Passagen wird klar, dass sich die Klientinnen, situationsbedingt, auch immer wieder Gedanken darüber machen, ob die Therapeutinnen personenzentriert vorgehen. Dies lässt sich auch darin begründen, dass es sich bei den geführten Therapiegesprächen um Demonstrations-Therapiegespräche handelt und die teilnehmenden Klientinnen aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen mit der

Personenzentrierten Gesprächspsychotherapie mit bestimmten Erwartungen in die Gespräche gingen.

Einige Klientinnen geben an, bereits Erfahrungen mit Psychotherapie zu haben und dass es ihnen deshalb nicht sehr schwer fällt sich auf die Gesprächssituation einzustellen. Andere erleben die Gesprächssituation als ungewohnt und fühlen sich zu Beginn ein wenig überfordert.

14.7.6 Entwicklung & Erkenntnis

Einen, von der Anzahl der Nennungen her, auffallend großen Teil in der Kategorie "Selbsterleben" nehmen auch jene Aussagen ein, welche über Entwicklungen und Erkenntnisse der Klientinnen im Rahmen des Therapiegespräches berichten. Viele Klientinnen erzählen von einer Weiterentwicklung in ihrer Auseinandersetzung mit dem Thema und geben an durch das Gespräch neue Erkenntnisse gewonnen zu haben.

Die Klientinnen werden sich im Laufe der Sitzung über viele Dinge klarer, die mit dem besprochenen Thema in Zusammenhang stehen und nehmen auch eine Entwicklung bei sich selbst wahr. Hinzu kommt, dass viele der Klientinnen sich erstaunt über diese Entwicklungen zeigen, unabhängig davon ob diese nun eher das Thema selbst oder deren veränderten Umgang damit betreffen. Eine beträchtliche Anzahl der Klientinnen gibt an, sich im Gespräch mehr über sich selbst bewusst geworden zu sein bzw. sich durch das Gespräch selbst besser verstehen zu können.

Bei der genaueren Betrachtung der relevanten Textstellen wird deutlich, dass eine neue Erkenntnis oftmals an eine sehr emotionale Situation gebunden ist. Die Klientinnen verspüren bestimmte Gefühle die an ihr Thema gebunden sind bzw. können sich ihre Gefühle eingestehen und erlangen dadurch ein klareres Bewusstsein über ihre Situation oder ihr Problem:

Auch diesem Teil des Gesprächs viel mir auf, dass meine Augen feucht wurden. Ich sah wie durch einen Schleier. Mir war bis jetzt nicht so bewusst gewesen, wie sehr ich doch mit meinen Gefühlen in der Arbeit bin und wie wütend, frustrierend, aber auch traurig und „erschrocken“ es mich stimmt, wie manche Lehrer, Sozialpädagogen, Therapeuten und andere in dieser speziellen Schule auf die Schüler reagieren. Ich stellte mir selbst Fragen über Fragen, erwartete mir aber keine Antworten von [Name]. Es war für mich wichtig diese überhaupt einmal zu formulieren und mir damit bewusst zu machen, was ich mich eigentlich alles so frage. (EB_K12_G1_T3, Q 58:12)

Bei der Bewusstwerdung neuer Erkenntnisse spielen die Therapeutinnen eine große Rolle. Vielfach kann der Auslöser des neuen Bewusstseins im Vorgehen der Therapeutinnen ausgemacht werden. Die treffende Wortwahl oder das Erkennen und Verbalisieren der Gefühle der Klientinnen kann zu einer neuen Erkenntnis oder gar zu einem Aha-Effekt bei den Klientinnen führen:

Die Klientin hatte das Gefühl dass die eigene Betroffenheit im Gespräch zugenommen hat, weil die Beraterin Gefühle angesprochen hat, die der Klientin vorher nicht so bewusst waren. Sie hat gemerkt wie ihre Augen feucht geworden sind und die eigene Betroffenheit gefühlt. Diese Erschrockenheit der Klientin hat die Beraterin verbalisiert, die Klientin empfand diese Verbalisierung als sehr treffend. (PS_K12_G1_T3, Q 106:13)

Bei einem großen Teil der Klientinnen bleiben diese Erkenntnisse am Ende des Gesprächs stehen und verleihen den Klientinnen ein Gefühl von Weiterentwicklung. Sie geben an, dass das Gespräch sie auf neue Einsichten, Perspektiven, Erkenntnisse oder Lösungen brachte.

Viele Klientinnen zeigen sich erstaunt über die Entwicklung welche sie und ihr Thema im Laufe der Therapiestunde bestreiten:

Dadurch sie mir immer wieder meine Ansicht veranschaulichte erlangte ich stets eine neue Perspektive und neue Ideen kamen auf, was mich sehr überraschte. Es gelang mir sogar manchmal Verknüpfungen herzustellen, die vorher für mich keines Wegs erkennbar waren. Dies faszinierte mich sehr, aber gab mir auch wieder Anlass noch intensiver darüber nachzudenken. (EB_K11_G3_T2, Q 57:10)

Darüber hinaus sind viele Klientinnen im Nachhinein auch überrascht von der Nähe und Komplexität ihres Themas:

Überhaupt das ganze Thema des Umzugs, von dem ich erwartet hätte, dass ich vielleicht 10 Minuten darüber sprechen kann, wurde zu einem komplexen Thema. Ich war sehr überrascht dass daran so viele Gefühle und Ängste meinerseits gebunden sind. (EB_K10_G3_T3, Q 54:14)

Überrascht zeigen sich die Klientinnen an vielen Stellen auch von ihnen selbst und ihrem Umgang mit dem gewählten Thema. Vielfach ist diese Überraschung positiv besetzt, wenn eine Klientin sich z.B. darüber wundert, dass sie in der Lage war ein derartig emotionales Thema einer völlig Fremden anzuvertrauen:

Ich war irgendwie von mir selber überrascht, dass ich dieses Thema angesprochen habe, da es mir eigentlich sehr schwer fällt darüber zu sprechen und ich es auch kaum mache. Es war mir wahrscheinlich deswegen möglich über dieses Thema zu sprechen, weil ich mich in der

Gesprächssituation so gut aufgehoben und akzeptiert fühlte und nicht das Gefühl hatte, dass ich die Therapeutin überfordere, wenn ich dieses Thema aufbringe und vielleicht sehr emotional reagiere. (EB_K1_G1_T3, Q 49:18)

Viele Klientinnen sind von der eigenen Offenheit und ihrem Vermögen zur Selbstexploration während dem Therapiegespräch überrascht. Aus den Berichten der Klientinnen geht hervor, dass diese Fähigkeit, sich auf etwas einlassen zu können, stark an die positive Beziehung zur Therapeutin gebunden ist. Des Weiteren zeigen sich Klientinnen überrascht über ihre lockere Einstellung zum Therapiegespräch oder ihr Geschick sich ganz auf ihr Thema zu konzentrieren und ihre Gedanken und Gefühle klar zum Ausdruck zu bringen (z.B. AA_K11_G1_T1, Q 7:4).

Bei der detaillierten Sichtung der untersuchten Passagen geht wiederum deutlich hervor, wie sehr die Beziehung zur Therapeutin beeinflusst, ob die Klientinnen eine derartige Entwicklung im Laufe des Gespräches vollziehen und sich neuen Perspektiven öffnen können:

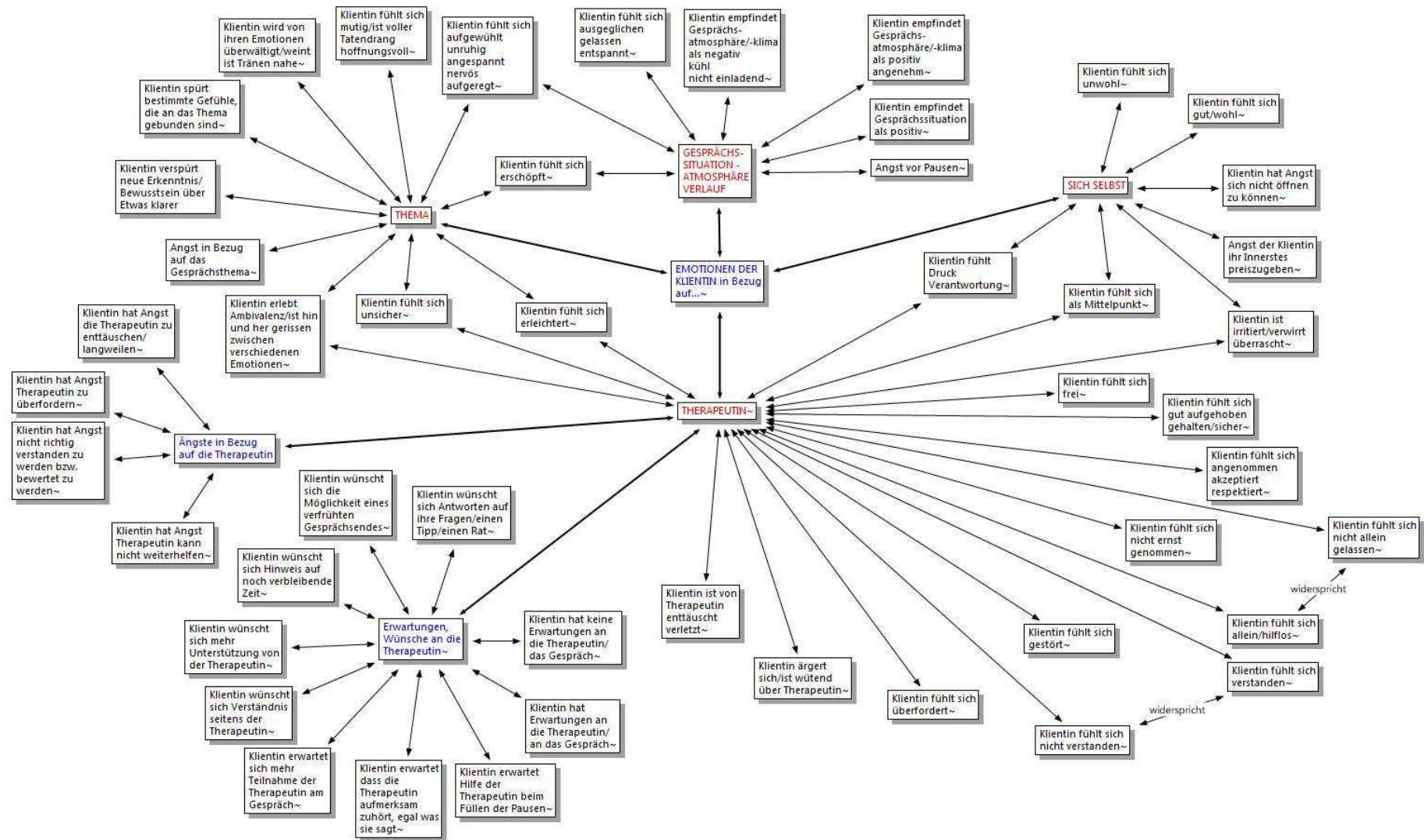
Ein weiterer sehr hilfreicher Moment war eine kleine Erkenntnis am Ende des Gespräches. Durch das immer wiederholende Empfinden meinerseits zu dieser Thematik und das spiegeln meiner Gefühle von Seiten der Therapeutin, erkannte ich nun einige Aspekte genauer als zuvor. Dies überraschte mich ziemlich und gibt mir auch noch im Nachhinein positive Gefühle. Es war als würde mir die Therapeutin einzelne Aspekte noch mal genauer aufzeigen, damit ich diese genauer erkenne und sehen kann. Dies empfand ich in dieser Situation als sehr überraschend und interessant. (EB_K11_G1_T1, Q 55:8)

14.8 Emotionen der Klientin

Diese Kategorie beinhaltet alle Aussagen der Klientinnen die deren Gefühle in Bezug auf das Erleben in der Therapiestunde beschreiben. Die dieser Kategorie zugeordneten Kodes lassen sich sehr gleichmäßig in positive und negative Gefühle aufteilen.

Da das Erleben ohne Gefühle nicht auskommt ist diese Kategorie im Prinzip auch mit allen anderen eng verbunden. Bei der detaillierten Betrachtung der einzelnen Kodes kann eine Unterscheidung, je nach dem worauf sich die jeweiligen Gefühle beziehen, getroffen werden. Demnach unterscheiden wir Gefühle die sich auf die Therapeutinnen, das Thema oder auf die Gesprächsatmosphäre beziehen.

Abbildung 6: Emotionen der Klientin



Ein großer Teil der Kodes benennt Emotionen die sich auf die Therapeutinnen beziehen. Hierbei fällt auf, dass die am häufigsten vorkommenden Kodes dieser Kategorie positiv besetzt sind.

14.8.1 Verständnis

Am häufigsten geben die Klientinnen an, dass sie sich von den Therapeutinnen verstanden fühlen, die Therapeutinnen verständnisvoll sind, ein Gefühl von Verständnis vermitteln und dergleichen. Alleine die häufige Nennung dieses Verstanden-Werdens lässt auf dessen große Bedeutung für die Klientinnen schließen. Fühlen sich die Klientinnen von den Therapeutinnen verstanden, so erleben sie diese auch als sehr nahe bei ihnen und fühlen sich ebenso akzeptiert und respektiert. Das Verständnis der Therapeutinnen zeigt sich den Klientinnen z.B. durch die treffende Wortwahl sowie gute Paraphrasen der Therapeutinnen:

Klientin fühlt sich sehr von der Beraterin verstanden, die Wortwahl "auf Knopfdruck etwas auszuspuken " entspricht ganz und gar den Empfindungen der Klientin. (AA_K6_G1_T3, Q 37:1)

Die Therapeutinnen erkennen die Gedanken und Gefühle der Klientinnen und lassen ihnen ausreichend Zeit und Raum für ihr Thema und ihre Gefühle. Unterstützt wird dieser Verstehens-Prozess auch durch die gemeinsame Interaktion wie z.B. gemeinsames Lachen oder Blickkontakt (z.B. AA_K10_G3_T3, Q 6:21).

Es ist auch möglich, dass das Einbringen der eigenen Sichtweise der Therapeutinnen, oder eine andere Vorgehensweise der Therapeutinnen, welche sich an anderer Stelle negativ auf das Erleben der Klientinnen auswirken würde, zum Verständnis beiträgt:

Hier fand es die Klientin total angenehm, dass die Therapeutin äußert, dass die Situation in ihren Augen auch etwas Kränkendes hat, die Klientin fühlte sich sehr verstanden und konnte auch ihre eigenen Gefühle besser annehmen und dazu stehen. (AA_K4_G3_T3, Q 33:14)

Dieses Beispiel macht deutlich, dass das Agieren der Therapeutinnen immer situationsadäquat erfolgen muss und es keine einheitliche Regelung darüber gibt, welches Vorgehen der Therapeutinnen sich positiv und welches sich negativ auf den Gesprächsverlauf und das Erleben der Klientinnen in der Therapiesituation auswirkt.

Zusammenfassend kann das Gefühl der Klientinnen, verstanden zu werden, als Folge davon gesehen werden, dass die Klientinnen das Vorgehen der Therapeutinnen als

positiv erleben. Voraussetzung dafür ist die Empathie, die Aufmerksamkeit und das Interesse der Therapeutinnen und dass sich diese den Klientinnen gegenüber nicht wertend verhalten. Haben die Klientinnen schließlich das Gefühl verstanden zu werden, steht einer tieferen Auseinandersetzung mit dem Thema nichts mehr im Wege und die Klientinnen fühlen sich gut und wohl im Gespräch.

Weniger häufig, geben Klientinnen an, dass sie sich von den Therapeutinnen nicht verstanden fühlen. Dieses Gefühl kann sich bei den Klientinnen einstellen, wenn die oben genannten Bedingungen für das Verständnis nicht gegeben sind. Die Therapeutinnen sind nicht in der Lage die Gefühle und Gedanken der Klientinnen nachzuvollziehen, sind zu wenig aufmerksam oder versuchen gar nicht die Klientinnen zu verstehen. Auch kann es passieren, dass sich die Klientinnen nicht (mehr) verstanden fühlen, weil sie durch die Therapeutinnen verwirrt werden oder durch eine unpassende Reaktion, wie z.B. einer Interessensfrage, aus dem Konzept gebracht werden:

Jene Gefühle passten aber gar nicht zu meinen und warfen mich aus der Bahn. Ich musste lange Zeit darüber nachdenken. Von meinen Gefühlen her spürte ich eine deutliche Abwehr gegenüber dem Gesagten der Therapeutin. Denn ich war weder Wütend über die beschriebene Situation, noch sauer auf die Person, die in meinen Erzählungen angesprochen wurde. Neben den sehr guten Reflexionen der Therapeutin empfand ich jene Aussage als untypisch und „nicht ins Bild“ passend. (EB_K5_G2_T1, Q 83:28)

Der Vollständigkeit halber sei angemerkt, dass es auch passieren kann, dass die Klientinnen das Vorgehen der Therapeutinnen als positiv empfinden, sich aber dennoch (in einer bestimmten Situation des Gesprächs) nicht verstanden fühlen:

Einerseits empfindet es die Klientin als sehr positiv, dass die Beraterin zugibt, ihr nicht ganz folgen zu können, allerdings erleichtert ein erneuter Erklärungsversuch nicht gerade den Gesprächsfluss, oder das Gefühl verstanden zu werden. (AA_K14_G3_T3, Q 18:10)

14.8.2 Akzeptanz und Sicherheit

Vielfach thematisieren die Klientinnen, dass sie sich von den Therapeutinnen angenommen und akzeptiert sowie respektiert fühlen. Neben dem Verständnis ist die Akzeptanz seitens der Therapeutinnen enorm wichtig für die Klientinnen. Angenommen fühlen sich die Klientinnen wenn die Therapeutinnen ihnen gegenüber einfühlsam und aufmerksam sind und ihnen Vertrauen, Sicherheit und Stabilität

entgegenbringen. Wichtig ist hier wiederum, dass die Therapeutinnen den Klientinnen ausreichend Raum und Zeit lassen um ankommen zu können um ihr Thema zu bearbeiten. Es wirkt sich positiv auf das Erleben der Klientinnen aus, wenn die Therapeutinnen die Klientinnen nicht drängen oder in irgendeiner Weise bewerten:

Die Klientin empfand es als sehr angenehm, die Gedanken, die ihr gerade durch den Kopf gingen nicht runterschlucken zu müssen, sondern sie aussprechen zu dürfen und das sie ohne weiteres von der Therapeutin angenommen wurden. (AA_K5_G3_T3, Q 36:1)

Ist eine derartige Akzeptanz gegeben, fühlen sich die meisten Klientinnen gut aufgehoben bei den Therapeutinnen und insgesamt wohl in der Gesprächssituation:

Ich hatte dabei auch nicht das Gefühl beobachtet zu werden, sondern ich fühlte mich wieder aufgehoben und sah die Therapeutin in diesen Momenten als eine Unterstützung oder als ein quasi Auffangnetz." (EB_K16_G2_T1, Q 71:25)

Auch die Körperhaltung und Körpersprache der Therapeutinnen kann dazu beitragen, dass sich die Klientinnen gut aufgehoben, gehalten und sicher fühlen:

Für die Klientin war die Veränderung der gesprochenen Lautstärke der Therapeutin sehr angenehm. Dies geschah genau zu jenem Zeitpunkt, in dem sie sehr traurig war und so fühlte sie sich gehalten. Zu dem kam noch hinzu, dass die Therapeutin sich nach vorn zu ihr neigte, bemerkte die Klientin. (AA_K5_G3_T3, Q 36:6)

14.8.3 Freiheit

Gelegentlich geben Klientinnen an, sich während des Gesprächs frei zu fühlen. Die Klientinnen können frei und offen sprechen und sind in der Lage ihre Gefühle gut zum Ausdruck zu bringen:

Während ich über dieses Thema sprach, wurde mir dann klar, dass es mich doch noch stärker beschäftigt und die Therapeutin sagte mich auch mit einfühlsamer Stimme, dass es völlig in Ordnung sei darüber zu sprechen. Diese Worte gaben mir Sicherheit und ich hatte das Bedürfnis noch weiter in diese Thematik eintauchen zu können, was mir ein befreiendes Gefühl vermittelte. (EB_K9_G1_T1, Q 94:18)

Wie aus dem Beispiel klar hervorgeht, ist diese Freiheit an die Akzeptanz und den Respekt der Therapeutinnen sowie das Gefühl bei diesen sicher zu sein, gebunden.

14.8.4 Das Gefühl der Mittelpunkt zu sein

Einige der Klientinnen geben an, sich während des Gespräches als Mittelpunkt zu fühlen. Auch dieses Gefühl ist von den Therapeutinnen abhängig, was das nächste Beispiel bestätigt:

Ich hatte das Gefühl, dass es wirklich nur um mich geht und dass alles, was ich sage von großer Bedeutung und Wichtigkeit ist. Dies übermittelte die Therapeutin irgendwie schon allein mit ihrer Körperhaltung und ihrer generellen Haltung mir gegenüber. Es gab eine Situation in der dieses Gefühl des Ernst-genommen-Werdens und Wichtig-Seins besonders deutlich wurde. Wir haben beide zugleich zu reden begonnen. Als wir zeitgleich stoppten, entschuldigte sich die Therapeutin und fragte nach, was genau ich sagen wollte. Ihr agieren in dieser Situation übermittelte das Gefühl, dass meine Empfindungen wichtig sind. Alles, was ich sage und tue ist wichtig. Es ist sogar wichtiger als das, was sie selbst mitteilen wollte. (EB_K3_G1_T3, Q 76:38)

Das folgende Beispiel verdeutlicht, dass die Klientinnen immer nur zu einem gewissen Grad von den Therapeutinnen abhängig sind und sich z.B. auch selbst aktiv Raum für ihre Gefühle nehmen können:

Ich fing an dadurch während des Gespräches meine Bedürfnisse und mich als Person in meiner angesprochenen Thematik in den Mittelpunkt zu stellen. Dies kam nach und nach im Gespräch und fiel mir zu Beginn nicht auf, doch nach dem Interview und dem Nachdenken über das gesamte Gespräch wurde mir dies bewusst. Denn zu Beginn konzentrierte ich mich eher um die Geschichte, die ich unbedingt erzählen wollte und dann rückte ich mich selber, in dieser Geschichte, mehr und mehr in den Vordergrund, bis dann letztendlich Ich das Thema war. (EB_K11_G2_T3, Q 56:11)

Obwohl die positiven Gefühle überwiegen, kommt es immer wieder vor, dass negative Gefühle auftauchen die an die Therapeutinnen adressiert sind. Erwähnt wurde bereits der Ärger, welcher sich im Falle des fehlenden Verständnisses oder der fehlenden Unterstützung bei den Klientinnen einstellen kann. Auch das oben beschriebene Gefühl der Hilflosigkeit ist auf die Therapeutinnen bezogen und kann nur durch diese reguliert werden. Darüber hinaus werden eine ganze Reihe weiterer negativer Emotionen in Bezug auf die Therapeutinnen in den Therapiegesprächen aufgedeckt, die allerdings nicht in der Häufigkeit vorkommen, wie die bereits beschriebenen.

14.8.5 Hilflosigkeit

Dem sehr oft beschriebenen Gefühl von Akzeptanz und Sicherheit und dem Gehaltenwerden durch die Therapeutinnen, steht das Gefühl der Hilflosigkeit gegenüber. Immer wieder beschreiben Klientinnen Situationen in denen sie sich alleine und hilflos fühlen und die Anteilnahme und Unterstützung der Therapeutinnen vermissen. Die Erwartungen der Klientinnen an die Therapeutinnen können nicht erfüllt werden. Die Klientinnen fühlen sich nicht verstanden und erleben sich selbst für den Verlauf der Therapie, wie zum Beispiel für den Gesprächseinstieg, Abschluss oder das Füllen von Pausen, verantwortlich.

Die Klientin musste auch das Gespräch selbstständig beenden, die Beraterin überlies alles ihr. So wie der Einstieg in das Gespräch durch die Beraterin nicht gegeben ist, fehlt hier auch der Schluss. (AA_K12_G3_T1, Q 12:34)

Dieser Druck bzw. die gefühlte Verantwortung verstärkt die Unsicherheit der Klientinnen und lässt die Situation für sie schwierig und unangenehm werden:

Aber an einigen Stellen bekam ich sehr lang keine Rückmeldung von ihr. In diesen Sequenzen kam ich mir ein wenig allein und hilflos vor, da ich gerne erfahren hätte, was sie bezüglich ihrer Wahrnehmung feststellte. (EB_K5_G2_T1, Q 83:18)

Gelingt es den Therapeutinnen gar nicht den Klientinnen das Gefühl zu vermitteln verstanden zu werden und für sie da zu sein, kann es im Extremfall dazu führen, dass sich die Klientinnen über die Therapeutinnen ärgern oder tatsächlich wütend auf diese sind:

In gewisser Weise machte es mich wütend, da ich dann öfter damit beschäftigt war mich zu fragen, ob sie meinen Gedankengängen folgen konnte, ob ich mich auch klar ausgedrückt habe. Es machte mich wütend, dass sie oft einfach nicht reagierte. (EB_K12_G3_T1, Q 60:9)

Die Klientinnen wünschen sich teilweise mehr Unterstützung und Anteilnahme durch die Therapeutinnen. Allerdings geben auch einige der Klientinnen an, sich eben nicht allein gelassen gefühlt zu haben und in einem besonders emotionalen Moment Sicherheit und Stärke durch die Therapeutin erfahren zu haben:

Die Tränen standen mir bereits in den Augen, aber in diesem Moment habe ich mich sehr stark von der Therapeutin gehalten gefühlt. Das war ein sehr angenehmes, warmes Gefühl, dass mir nonverbal vermittelte,

dass ich Raum hatte um weinen zu können und das meine Gefühle akzeptiert werden. Durch diese starke Verbindung habe ich mich verstanden gefühlt und nicht mehr das Bedürfnis gehabt weinen zu müssen. Dies war eine sehr positive und angenehme Erfahrung für mich. (EB_K5_G1_T2, Q 82:18)

Hier ist anzumerken, dass insgesamt, von der Häufigkeit der Nennungen gesehen, die positiven Erfahrungen der Klientinnen hinsichtlich des Gehaltenwerdens durch die Therapeutinnen überwiegen.

14.8.6 Enttäuschung und Verletzung

An zwei Stellen erwähnt eine Klientin dass sie sich nicht ernst genommen bzw. gar "verarscht" von einer Therapeutin fühlt. Das Gefühl von Enttäuschung und/oder Verletzung entsteht bei den Klientinnen besonders dann, wenn die Therapeutinnen als autoritär oder dominant wahrgenommen werden bzw. wenn die Erwartungen der Klientinnen an das Gespräch oder die Person der Therapeutin nicht erfüllt werden:

Außerdem sprach sie einen Satz aus mit dem ich nicht sehr einverstanden war und zwar „na 6 Minuten können wir jetzt auch nicht schweigen“. Ich fand dies etwas unpassend, da ich mir denke, wenn ich das Bedürfnis zu schweigen hätte, kann ich so lange schweigen wie ich will, da mir ja am Anfang gesagt wurde, dass ich die Stunde so nützen kann wie ich möchte. Ich fragte, ob ich die Stunde beenden könne und sie reagierte nur sehr ausweichend darauf. (EB_K4_G1_T2, Q 79:36)

Den letzten Gedanken den ich verbalisierte, war noch sehr stark, aber auf diesen bekam ich keine Paraphrase zurück sondern die Therapeutin teilte mir mit, dass nun die Zeit vorbei sei und fragte mich, ob es okay für mich ist an dieser Stelle zu beenden. Ich war ein wenig enttäuscht, da für mich der letzte Gedanken noch in der Luft hing und abgeschnitten war. Ich sagte ihr, dass es okay für mich sei aufzuhören. Dies entsprach auch der Wahrheit es war ein Ende das okay für mich war aber nicht perfekt. Ich hätte mir gewünscht, dass sie meinen letzten, aufwühlenden Gedanken paraphrasiert. (EB_K5_G1_T2, Q 82:29)

14.8.7 Druck, Verantwortung & Überforderung

Immer wieder kommt es vor, dass sich die Klientinnen überfordert fühlen. Diese Überforderung ist immer eng mit den Therapeutinnen verknüpft. Die Klientinnen erleben die Therapeutinnen als fordernd, weil diese z.B. noch nicht Verbalisiertes in Bezug auf das Thema der Klientinnen aussprechen oder Fragen stellen, welche die Klientinnen nicht beantworten können:

Jedoch gab es auch zwei Situation im Gespräch, welche die Klientin als eher hinderlich betrachtete. Laut Klientin haben die Zwischenfragen der Therapeutin eher verunsichert und sie aus ihrem Redefluss gebracht. Die Klientin meinte auch, dass sie teilweise überfordert war mit diesen Fragen und sie dadurch nur abgelenkt wurde. Bei diesen Situationen verspürte sie auch Druck auf diese Fragen antworten zu müssen, denn „wenn dich wer was fragt, dann muss ich eine Antwort geben“, waren die Worte der Klientin. (PS_K15_G2_T1, Q 116:16)

Nicht stimmige oder verfrühte Aussagen der Therapeutinnen verwirren, verunsichern und überfordern die Klientinnen. Die Klientinnen empfinden Druck und Verantwortung das von den Therapeutinnen Erwartete zu erfüllen. Eine derartige Überforderung der Klientinnen ist oftmals beim Gesprächseinstieg, beim Aufkommen von Pausen oder auch beim Gesprächsabschluss zu finden:

Ich wartete auf einleitende Worte ihrerseits, doch die kamen nicht. Das Gespräch begann also mit dem Einschalten des Diktiergerätes. Das machte es mir sehr schwer überhaupt ins Gespräch hinein zu finden und es entstand irgendwie so ein Druck auf meiner Seite, dass jetzt alles bei mir liegt und alles von mir abhängt. In die Situation hinein zu finden und mich auf das zu konzentrieren was ich eigentlich sagen wollte, gestaltete sich als sehr schwierig. (EB_K3_G2_T1, Q 77:6)

14.8.8 Irritation und Verwirrung

Sehr häufig berichten Klientinnen, dass sie im Laufe des Gesprächs irritiert, verwirrt oder überrascht sind. Die Irritation oder Überraschung muss dabei nicht zwangsläufig negativ sein. Auch gilt es zu unterscheiden, von wem oder was diese Irritation oder Verwirrung ausgelöst wird. Auslöser dieses Überraschtseins können die Therapeutinnen oder auch die Klientinnen selbst sein.

Der Hauptgrund für die Irritation der Klientinnen liegt im Vorgehen der Therapeutinnen. Hier spielt die Wortwahl der Therapeutinnen eine große Rolle. So sind Klientinnen oft mit einem Wort oder einer Formulierung nicht zufrieden bzw. werden durch unglückliche Formulierungen der Therapeutinnen verwirrt:

Das Wort "zwänglich" führt hier zur Verwirrung bei der Klientin. Die Klientin hat das als Bewertung empfunden, selbst unter Zwängen zu leiden. AA_K12_G3_T1, Q 12:27)

Die Sprache nimmt ebenfalls einen wichtigen Stellenwert ein, sie ist der Schlüssel um sich Gefühlen und Gedanken anzunähern:

Klientin ist hier überrascht, wie gut die Therapeutin die Lebenszusammenhänge und Gefühle der Klientin erfassen und zusammenfassen konnte. Klientin hat das Gefühl, total verstanden zu werden. (AA_K2_G3_T3, Q 27:8)

Immer wieder kommt es auch vor, dass die Klientinnen über sich selbst und ihren Umgang mit dem Thema oder den Gefühlen überrascht sind:

Hier ist die Klientin sehr verwundert, dass sie ihre Emotionen und Gefühle so klar formulieren kann. Dies war ihr während des Gesprächs überhaupt nicht bewusst. (AA_K15_G1_T2, Q 19:2)

Meistens erleben die Klientinnen diese Irritationen als negativ. Beispielsweise durch Nachfragen der Therapeutinnen oder unpassende Reaktionsweisen der Therapeutinnen werden die Klientinnen aus ihren Gedanken gerissen und verwirrt. Dies vermittelt den Klientinnen das Gefühl die Therapeutin versteht mich nicht bzw. erkennt meine Gefühle nicht:

Mit dieser Aussage verwirrt die Therapeutin die Klientin komplett, sie weiß nicht was sie damit ausdrücken will und fühlt sich unverstanden. (AA_K10_G2_T1, Q 5:15)

Einige Male geben Klientinnen an, dass sie sich gestört fühlen. Die angesprochene Störung kann sowohl von den Therapeutinnen, den Beobachterinnen als auch von Nebengeräuschen herrühren und führt zu Unsicherheit und Verwirrung bei den Klientinnen.

Die Therapeutin atmete einmal ganz tief durch, was der Klientin das Gefühl vermittelte, dass die Therapeutin genervt von ihr war, dass kein Interesse für ihr Thema da war. Die Klientin fühlte sich in ihren Gedankengängen unterbrochen und konnte sie somit nicht weiterführen, weil sie damit beschäftigt war, was die Therapeutin wohl in diesem Moment von ihr denkt. (PS_K11_G1_T1, Q 103:17)

14.8.9 Erleichterung

Das Gefühl von Erleichterung kommt im Rahmen der Gespräche immer wieder auf. Vorwiegend bezieht sich diese Erleichterung auf das Gesprächsthema. Die Klientinnen fühlen sich z.B. erleichtert, weil sie ein belastendes Thema ansprechen können:

Am Anfang war ich ziemlich misstrauisch. Hab am Anfang vorgehabt „da mach ich jetzt nicht auf“, das war mein Anfangsziel. Nachdem ich das angesprochen hab, hab ich gemerkt wie sich das löst, und ich hab

mich dann auch körperlich Entspannen können. In erster Linie war es dann Erleichterung. (PS_K7_G1_T1, Q 136:2)

Ein weiterer Grund für die gefühlte Erleichterung ist die Erfüllung der zu Beginn an das Gespräch gestellten Erwartungen. Auch ein Gefühlsausbruch oder eine neue Erkenntnis kann Erleichterung mit sich bringen. Ebenso stellt das Ende des Gespräches für einige der Klientinnen eine Erleichterung dar, wenn ihr Thema bereits ausreichend bearbeitet werden konnte.

14.8.10 Erschöpfung

Zwei Mal erwähnen Klientinnen, dass sich besonders gegen Ende des Gesprächs, ein Gefühl der Erschöpfung in ihnen breit macht. Die Arbeit mit, für die Klientinnen sehr emotionalen Themen, bringt eine körperliche Erschöpfung mit sich:

Meine körperliche Erschöpfung, die sich gegen Ende des Gesprächs zu zeigen drohte, machte es mir zusehends schwieriger, klare Gedanken zu fassen bzw. diese auch angemessen zu erläutern. Ich hatte einen total leeren Kopf und konnte an nichts mehr denken. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die erwartete Emotionalität im ganzen Gespräch ausblieb und ich eher rational von meiner Problematik berichtete und diese eher den Charakter einer simplen Nacherzählung annahm. Die Therapeutin meinte auch, dass es für mich mit einer großen Anstrengung verbunden sei, meine Gefühle von mir fernzuhalten. Vielleicht lässt sich so meine körperliche Erschöpfung am Ende der Therapie erklären. (EB_K16_G2_T1, Q 71:28)

14.8.11 Unsicherheit, Anspannung und Nervosität

Des Öfteren geben Klientinnen an, dass sie während des Gesprächs unsicher sind. Die im Gespräch gefühlte Unsicherheit bezieht sich in den meisten Fällen auf das Gesprächsthema:

Klientin ist sich ziemlich unsicher im Gespräch; sie hat zwar verschiedene Gebiete, weiß aber nicht welches sie besprechen sollte; alles erscheint so ungewiss, selbst die im Vorfeld gewählten Themen sind nicht klar und strukturiert präsent; sie ist verwirrt über den Ausgang des Gesprächs; unsicher wo das hinführen kann/soll?! (AA_K16_G1_T3, Q 22:1)

Vielen Klientinnen fällt es schwer über ihr Thema zu sprechen bzw. die richtigen Worte zu finden. Diese Beklommenheit ist aber nicht immer ausschließlich an das Gesprächsthema gebunden, sondern kann auch die Beziehung zur Therapeutin betreffen:

Sie schildert, dass am Anfang von der Therapeutin wenig gekommen sei. Das hat sie verunsichert und sie hatte den Gedanken, dass sie die Therapeutin überfordert und sie hatte eine Verantwortung gespürt, ob sie ihr das zu trauen könne. Sie dachte sich dann aber: „Gib ihr einfach das Vertrauen.“ In weiterer Folge hatte die Klientin die Therapeutin als „voll stark“ empfunden und kam zu dem Schluss, dass sie das aushalte. (PS_K8_G1_T2, Q 139:9)

Besonders zu Beginn des Gesprächs sind viele Klientinnen angespannt und nervös (z.B. AA_K15_G1_T2, Q 19:1). Womöglich tritt dieses Phänomen im Rahmen unserer Untersuchung stärker hervor, da es sich um Erstgespräche handelt. Die Klientinnen sind das erste Mal bei der jeweiligen Therapeutin oder gar in einem Personenzentrierten Psychotherapiegespräch.

Einige der Klientinnen geben aber auch an, dass sie sich während des Gesprächs ausgeglichen, gelassen und entspannt fühlen. Diese Klientinnen gehen zum Teil schon sehr locker in die Gesprächssituation. Aber natürlich trägt auch das Vorgehen bzw. Verhalten der Therapeutinnen dazu bei, ob sich die Klientinnen entspannen können bzw. ihre Gelassenheit das Gespräch über behalten können.

14.8.12 Gefühle der Klientin in Bezug auf das Thema

Ein Großteil der Gefühle die die Klientinnen während des Therapiegesprächs verspüren, sind naturgemäß an das Thema gebunden. Da diese Gefühle natürlich auch das Erleben in der Therapiesituation mitbestimmen, gehen viele der Klientinnen auch näher darauf ein. Dennoch erfahren diese Gefühle in diesem Rahmen keine nähere Betrachtung, da sie sich lediglich auf das Thema beziehen und kaum etwas dazu beitragen können, herauszufinden wie die Klientinnen die Therapiesituation erleben. Vielmehr widmen wir uns an dieser Stelle jenen Gefühlen der Klientinnen, die sich auf den Umgang mit dem Thema beziehen.

14.8.13 Emotionalität & Gefühlsausbruch

Gelingt es den Klientinnen Nähe zuzulassen und sich in ihr Gesprächsthema zu vertiefen, kommt es gelegentlich vor, dass die Klientinnen von ihren Gefühlen überwältigt werden. Manche Klientinnen kommen ihren eigenen Gefühlen so nahe, dass sie den Tränen nahe sind oder zu weinen beginnen:

Als ich über meinen derzeitigen Freund sprach, überkam mich ein Schwall der Emotionen, wie ich ihn zuvor noch nie erlebt hatte. Ich

war/bin so glücklich und so froh, diesen meinen Freund zu haben, dass ich keine Worte mehr fand und mein Gefühltes durch Freudentränen zum Ausdruck gekommen ist. (EB_K16_G1_T3, Q 70:33)

Oftmals sind Klientinnen erstaunt über die Gefühlsnähe oder darüber, dass sie gegenüber der Therapeutin so viel Emotionales preisgeben können. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die starke Emotionalität solcher Situationen häufig zu neuen Erkenntnissen bei den Klientinnen führt:

Klientin kann das erste Mal in diesem Gespräch ihre aktuellen Gefühle spüren, ist überwältigt davon, ist ganz eine neue Blickrichtung, aber eine schöne. Wird als wärmend wahrgenommen, Klientin muss sich ihre Tränen zurückhalten. (AA_K16_G1_T3, Q 22:15)

Um allerdings dazu bereit zu sein, sich so verletzlich zu zeigen bzw. fallen lassen zu können sind die Klientinnen auf die Sicherheit der Therapeutinnen angewiesen:

Als wir sehr tief in das Thema Wert gekommen sind, und [Name] das ausgesprochen hat, was ich mir so wünsche, nämlich anzunehmen und zu erkennen, dass ich auch ohne der 100% Leistung, ich als Mensch, Wert besitze. Durch diesen Ausspruch habe ich sehr bitterlich angefangen zu weinen. Es war ein sehr verzweifelndes, aber auch erleichterndes weinen. Sie hat mir in diesem Moment meine Zeit, die ich gebraucht habe, gelassen und das auch verbal zum Ausdruck gebracht. Sie hat mir ein Taschentuch gereicht und gesagt, dass sie quasi für mich da ist. Ich hätte am liebsten, wie ich angefangen habe zu weinen, einen lustigen Spruch zum Überspielen der Situation los gelassen, aber ich habe es nicht geschafft. Es war anfänglich schwer für mich, mich einfach fallen zu lassen. Doch ich konnte nicht aufhören, es hat einfach hinaus müssen. Ich hab zwar sofort, wie ich mich beruhigt hatte, versucht ein Lächeln auf zu setzen, aber wenigstens habe ich es einmal raus lassen. Dadurch, dass sie mir einfach Raum und Zeit dafür gegeben hat, war das möglich. Es war erleichternd. (EB_K13_G3_T3, Q 63:19)

Vermehrt geben Klientinnen an, dass sie sich während dem Gespräch zwischen verschiedenen Emotionen hin und her gerissen fühlen. Eine derartige Ambivalenz bezieht sich meist auf ein bestimmtes Problem bzw. Thema der Klientinnen, kann sich aber auch auf das Verhalten in der Therapiesituation beziehen:

Dann wollte ich bestimmte Dinge vermeiden und das war ein Ringen mit mir selber, Dinge anzusprechen oder es lieber zu lassen. Ich habe mich selber im Zwiespalt erlebt, andere an meinem Gefühl teilhaben zu lassen, oder mich zurück zu halten. Der „Zwiespalt“ eben. (PS_K2_G2_T2, Q 122:3)

Diesen Moment erlebte ich als sehr ambivalent: einerseits war ich erschrocken diesen Gedanken so klar und vor allem einmal

ausgesprochen vor mir zu haben, andererseits aber war es ein „gutes“ Gefühl, da ich das Gefühl hatte, jemand begleitet mich auf meiner aufgrund des gewählten Themas als schwierig eingestuften 45 Minuten Gesprächs- bzw. Gedankenreise. (EB_K16_G2_T1, Q 71:17)

Einige der Klientinnen geben an, zu Ende des Gesprächs voller Tatendrang zu sein. Sie fühlen sich mutig und hoffnungsvoll und nehmen sich vor, gestärkt durch eine neue Erkenntnis, eine Veränderung zu erwirken (z.B. AA_K9_G2_T3, Q 47:25).

14.8.14 Emotionen der Klientin in Bezug auf die Gesprächsatmosphäre

Die Gesprächsatmosphäre sowie -situation wird in vielen Fällen als positiv beurteilt. Das ist der Fall, wenn die Klientinnen Raum und Zeit haben um sich auf sich und ihr Thema zu konzentrieren. Sie müssen sich außerdem bei den Therapeutinnen wohl fühlen und deren Vorgehen als positiv empfinden. Dass Klientinnen das Gesprächsklima als negativ, kühl bzw. nicht einladend beschreiben kommt nur vereinzelt vor.

14.8.15 Wohlsein versus Unwohlsein

Sehr häufig treffen Klientinnen allgemeine Aussagen darüber ob sie sich in der Gesprächssituation wohl fühlen. Hierbei fällt auf, dass das angesprochene Wohlfühlen häufig in Bezug zum Vorgehen/Verhalten der Therapeutinnen steht. Das Wohlfühlen beschreiben die Klientinnen meist damit, dass sie sich geborgen, respektiert und verstanden fühlen. Sie erwähnen das Wohlfühlen auch häufig in Verbindung mit einer guten Beziehung zur Therapeutin.

Dementsprechend kann ein nicht angebrachtes Verhalten oder Vorgehen der Therapeutinnen dazu führen, dass sich die Klientinnen unwohl fühlen:

Die Klientin empfand diese Aussage als sehr unpassend. Die Therapeutin beschreibt ihre Gefühle, die sie in der Situation gehabt hätte, aber diese passten nicht mit den Empfindungen der Klientin zusammen - dies war eine sehr unangenehme Situation für die Klientin. (AA_K5_G2_T1, Q 35:10)

Des Weiteren kann aber auch das Stocken des Gesprächs oder das Gefühl der Klientinnen sich im Kreis zu drehen zu einem allgemeinen Unwohlsein führen.

Darüber hinaus sind es aber auch immer wieder Gefühle die mit dem Thema verbunden sind, welche dazu führen, dass die Klientinnen sich in der Situation nicht

gut fühlen:

Als wichtigstes und hilfreichstes Ereignis beschreibt die Klientin jene Situation, wo sie sich nicht „gut gefühlt“ hat. Sie betont dabei, dass dieses Gefühl nicht von der Therapeutin ausgelöst worden ist, sondern von der Situation und dem Thema, über das sie gesprochen hatte. (PS_K3_G3_T2, Q 126:11)

14.9 Erwartungen/Wünsche an die Therapeutin

In dieser Kategorie sind alle Wünsche und Erwartungen, welche die Klientinnen an die Therapeutinnen stellen, auszumachen. Es handelt sich um Hoffnungen der Klientinnen, die aber den Therapeutinnen nicht direkt offenbart werden. Einteilen lassen sich diese Erwartungen und Wünsche in zwei Gruppen: In jene die bereits vor dem Gespräch im Bewusstsein der Klientinnen sind und jene, die sich erst während dem Gespräch ergeben. Womöglich kommen sie zum Teil auch erst klar im Resümieren des Therapiegesprächs zutage.

Ob die Erwartungen und Wünsche der Klientinnen im Gespräch erfüllt werden, hat Einfluss auf den weiteren Gesprächsverlauf und ist vor diesem Hintergrund in jedem Fall bedeutend für das Erleben der Klientinnen in der Therapiestunde. Von Wichtigkeit ist hierbei der Umstand, dass auch die Vorerfahrung bzw. das Wissen über die personenzentrierte Gesprächspsychotherapie und deren Ablauf die Erwartungen der Klientinnen beeinflussen. Dazu kommen noch jene Erwartungen, welche die Klientinnen an die Therapeutinnen als Person knüpfen und deren Abhängigkeit von eventuellen Vorurteilen oder Vorerfahrungen.

Ob die Erwartungen und Wünsche der Klientinnen im Laufe des Gesprächs erfüllt werden, nimmt auch Einfluss darauf, wie die Klientinnen die Therapiestunde später beurteilen.

Einige wenige der in dieser Kategorie gesammelten Erwartungen beziehen sich auf das Gesprächsthema bzw. die Klientinnen selbst und drehen sich darum, über ein akutes Problem sprechen zu können und dieses in den Griff zu bekommen. Der Großteil ist allerdings direkt an die Therapeutinnen gerichtet und bezieht sich vor allem auf deren Unterstützung in der Gesprächssituation. Interessant ist, dass ein von den Klientinnen besonders positiv erlebter Empfang durch die Therapeutinnen scheinbar eine hohe Erwartungshaltung an das Gespräch mit sich bringen kann (z.B. EB_K5_G1_T2, Q 82:7).

In vielen Situationen wünschen sich die Klientinnen mehr Teilnahme der Therapeutinnen am Gespräch. Durch zu seltenes oder knappes Paraphrasieren sowie unpassendes Vorgehen kommt bei den Klientinnen das Gefühl auf, dass die Therapeutinnen nicht bei ihnen sind:

Zuerst war es für mich klar, dass die Therapeutin mal gespannt und sehr konzentriert mir zuhörte, doch sehr bald dachte ich mir, wann sie doch wohl verbal in das Gespräch einsteigen würde. Sie nickte zwar oft, sagte „mhm“ und sah mich sehr konzentriert mit ihren zusammengekniffenen Augen an, aber es kam zu wenig Input von ihr. (EB_K12_G3_T1, Q 60:8)

In diesem Beispiel schenkt die Therapeutin der Klientin zu wenig Aufmerksamkeit bzw. liefert zu wenig Input. Die Klientin erlebt die Therapeutin als passiv und ist womöglich sogar von ihr enttäuscht.

Eine der Klientinnen betonte, dass sie von der Therapeutin erwartet, dass diese ihr aufmerksam zuhört, egal was sie sagt:

...und ich dachte auch bei mir, jetzt sitzt du einer ausgebildeten Therapeutin gegenüber, da musst du nicht großartig überlegen, was du sagen sollst/darfst oder nicht, schließlich ist es ihre Aufgabe, dir zuzuhören, egal was kommt. (EB_K14_G1_T2, Q 64:11)

Wenn Klientinnen in eine unangenehme Situation im Gespräch kommen, wie z.B. eine Pause die entsteht, erwarten sie sich, dass sie von den Therapeutinnen dabei unterstützt werden diese unangenehme Situation aufzulösen.

Vielen Klientinnen fällt es äußerst schwer Pausen auszuhalten. Je länger die Stille andauert, desto dringender wünschen sich die Klientinnen einen Input oder ein Agieren seitens der Therapeutinnen. Oft haben die Klientinnen in einer derartigen Situation das Gefühl, dass die Verantwortung, die Pausen zu füllen, bei ihnen liegt:

In weiterer Folge kam es zu längeren Pausen, die sicher nie länger als eine halbe Minute dauerten. Ich brauchte diese Pausen um über das Besprochene nachzudenken und konnte sie anfangs gut aushalten, aber umso länger die Pausen wurden, desto verunsicherter wurde ich und suchte oft wirklich krampfhaft nach Worten. In diesen Situationen hätte ich mir oft gewünscht, dass die Therapeutin in das Gespräch einsteigt. Natürlich muss ich es auch lernen diese Pausen auszuhalten, aber ich hätte mir, wie gesagt, auch Inputs von der Therapeutin gewünscht. (EB_K12_G3_T1, Q 60:12)

Öfter kommt es vor, dass sich Klientinnen einen konkreten Rat von den

Therapeutinnen wünschen, da sie sehr verunsichert sind und keine Ahnung haben wie sie zu einer Lösung ihres Problems kommen können:

Klientin hätte sich so sehr einen Rat oder Tipp zu diesem Thema von der Therapeutin gewünscht, da sie sich selbst so unsicher war und so viele verschiedene Möglichkeiten im Kopf hatte. (AA_K1_G2_T1, Q 2:11)

Es kommt bei den Klientinnen teilweise auch der Wunsch nach der Möglichkeit eines verfrühten Gesprächsendes auf. Ursache dafür ist zum einen der Umstand, dass sich die Klientinnen von den Therapeutinnen nicht verstanden fühlen und die Gesprächssituation deshalb als unangenehm empfinden und zum anderen das Gefühl, dass ihr Gesprächsthema bereits erschöpft ist und sie bereits alles gesagt haben:

Die Aussage fand die Klientin in der Situation sehr unpassend, sie fühlte sich von der Therapeutin nicht verstanden, eigentlich wollte sie am liebsten das Gespräch abbrechen, da sie nicht mehr reden wollte, und die Therapeutin meinte einfach „man kann nicht schweigen“. (AA_K4_G1_T2, Q 31:17)

An eine derartige unangenehme Situation schließt auch der Wunsch an, von der Therapeutin einen Hinweis auf die noch verbleibende Zeit zu bekommen:

Ich wartete nur noch darauf, dass die Therapeutin, das Gespräch beendete und fing an mich auf die Nebengeräusche zu konzentrieren. Dadurch verlief der Schluss sehr holprig. Es wäre besser für mich gewesen, wenn die Therapeutin mich darauf hingewiesen hätte, dass wir z.B. noch 10 Minuten Zeit haben, denn dann hätte ich mich besser darauf einstellen können und das für mich Ganze besser beenden. (EB_K3_G2_T1, Q 77:41)

Immer wieder wird in den Erzählungen der Klientinnen der Wunsch nach Verständnis deutlich:

Was der Klientin beim Wiederholen hören auch sehr deutlich auffällt, ist dass sie während sie über ihre Probleme spricht, auch immer versucht ihre Gefühle der Beraterin zu erklären bzw. genau darzustellen was sie meint und denkt. Es ist ihr sehr wichtig genau verstanden zu werden. (AA_K10_G1_T2, Q 4:15)

So wird die gesamte Therapiestunde von einem Ringen um das Verständnis begleitet. Da es sich hier um keinen einseitigen Vorgang handelt und aus den Daten klar hervorgeht, dass auch die Klientinnen für die Therapeutinnen verständlich sein möchten, kommt hier sehr deutlich die Beziehung zwischen Klientinnen und Therapeutinnen ins Spiel. Besonders problematisch wird diese Erwartung, wenn die Therapeutinnen eben nicht in der Lage sind den Klientinnen einfühlsam und

empathisch zu begegnen.

Manche Klientinnen geben an, keine Erwartungen an das Gespräch bzw. die Therapeutinnen gehabt zu haben:

Im Nachhinein betrachtet hat mir an der Therapiestunde am besten gefallen, dass ich mir die ganze Zeit über bewusst war, dass ich selbst die Verantwortung für meine Gefühle und Gedanken in der Situation trage, ich hatte keinerlei Erwartungen an die Therapeutin als Person, wartete nicht wirklich auf Reaktionen ihrerseits und bekam aber auch die Möglichkeit und den Raum, einfach über meine Gefühle zu reflektieren. Allerdings hatte ich nicht so sehr das Gefühl, aufgrund einer Einladung ihrerseits den Raum für mich und meine Gefühle zu erhalten, sondern ich habe ihn mir einfach genommen, ich habe also bei der ganzen Sache eine sehr aktive Rolle gespielt. (EB_K2_G1_T1, Q 73:22)

Eine derartige Einstellung der Klientinnen kann aber durchaus als Ausnahme gesehen werden. Dass Klientinnen gar keine Erwartungen an die Therapeutinnen stellen scheint nahezu unrealistisch. Was aber immer wieder vorkommt ist ein Übertreffen der anfangs aufgestellten Erwartungen oder Wünsche. So erwähnt eine Klientin, dass sie zu einer Lösung des besprochenen Problems gekommen ist, ohne das jedoch gehofft zu haben (z.B. EB_K6_G2_T1, Q 86:14). Hier wird wiederum deutlich wie sehr eingangs aufgestellte Erwartungen das Gespräch beeinflussen können. Eine niedere Erwartungshaltung kann schnell übertroffen werden, eine sehr hohe allerdings ist schnell enttäuscht:

Auch wenn ich jetzt sehr viel Negatives über das Gespräch erzählt habe, gab es trotzdem etwas Positives. Es war für mich sehr hilfreich und wichtig mit einer außenstehenden Person über meine „Beziehungsproblematik“ in der Arbeit zu reden. So sehr hatte ich mich eine ganze Woche auf das Gespräch gefreut, doch vielleicht hatte ich einfach zu viele Erwartungen in das Gespräch gesteckt, weshalb ich am Gesprächsabschlusses etwas enttäuscht war nicht mehr herausgeholt zu haben bzw. dass mir die Therapeutin nicht mehr geholfen hatte, da noch mehr herauszuholen. (EB_K12_G3_T1, Q 60:16)

Der Großteil der Erwartungen an die Therapeutinnen, die im Laufe des Therapiegesprächs bei den Klientinnen aufkommen, können in dem Wunsch nach mehr Unterstützung zusammengefasst werden. Die Therapeutinnen gehen zu wenig auf die Klientinnen und deren Gefühle ein, was ein Gefühl der Hilflosigkeit bei den Klientinnen hinterlässt. Die Klientinnen wünschen sich Hilfe bei der Gestaltung der Therapiestunde. Auch die Erwartungen, welche die Klientinnen an die Bearbeitungen

ihrer Themen stellen sind untrennbar an die Therapeutinnen gebunden:

Ich hatte mir erwartet, dass mir die Therapeutin helfen würde, auf non-direktive Weise mehr aus diesem Thema herauszuholen, in mir vielleicht neue Denkweisen zu öffnen, aber ich hatte das Gefühl, dass ich mich im Kreis drehe und einfach nicht vom Fleck komme. (EB_K12_G3_T1, Q 60:10)

Besonders beim Gesprächseinstieg, bei auftretenden Pausen und beim Gesprächsabschluss fällt die fehlende Unterstützung der Therapeutinnen auf.

14.10 Ängste der Klientin

Innerhalb der Kategorie Gefühle lässt sich noch eine Subkategorie ausmachen, welche die Ängste der Klientinnen zusammenfasst. Dabei handelt es sich um Ängste die sich auf das Gesprächsthema oder die Beziehung zu den Therapeutinnen beziehen sowie um die Angst der Klientinnen verletzt zu werden. Diese Ängste der Klientinnen spielen insofern eine Rolle, weil sie das weitere Erleben der Klientinnen sowie deren Fähigkeit sich auf das Gespräch einlassen zu können, beeinflussen.

Einige der Klientinnen gaben an, dass sie davor zurückscheuten ihr Innerstes preiszugeben. Sie hatten Angst sich verletzlich zu machen, wenn sie zu viel von sich aufdecken würden.

Klientin kämpft mit der Entscheidung, ob sie das Thema ansprechen soll oder nicht, weil sie befürchtet, dass es sehr emotional werden würde und sie dieses Thema bei anderen Leuten noch nie angesprochen hat. Sie hat Angst davor, wie es ihr ergehen könnte. (AA_K16_G2_T1, Q 23:3)

14.10.1 Ängste in Bezug auf das Gesprächsthema

Ein Großteil der Ängste, die bei den Klientinnen während der Therapieeinheiten auftreten, beziehen sich auf das Gesprächsthema. Auch die bereits oben beschriebene Angst sich zu öffnen rührt oft von einem belastenden Thema her. Die Klientinnen befürchten, dass sie das Ansprechen des Themas zu sehr aufwühlen und belasten würde. Sie machen sich Gedanken darüber was passieren wird wenn sie sich der Therapeutin gegenüber öffnen:

Es war das erste Mal, dass ich dieses Thema jemandem erzählt habe. Ich habe es noch nicht einmal mit meinen engsten Freunden besprochen. Ehrlich gesagt habe ich mich etwas davor gescheut es anzusprechen, da ich glaubte es würde mich sehr mitnehmen und viele Tränen kosten.

(EB_K16_G2_T1, Q 71:15)

Eine weitere Befürchtung der Klientinnen ist jene, dass sie das Gesprächsthema noch den ganzen Tag beschäftigen wird, wenn sie es ansprechen und dass sie nicht damit fertig werden können. Dem gegenüber steht die auch öfter auftretende Angst, das Thema würde nicht reichen um die Therapiezeit füllen zu können. Auch kommt es vor, dass die Klientinnen Bedenken haben nicht an das Thema der letzten Sitzung anknüpfen zu können. All diese Ängste stehen mit der am Anfang des Gespräches häufig auftretenden Unsicherheit in Zusammenhang und lassen besonders den Gesprächseinstieg zur Herausforderung für die Klientinnen werden:

Ich glaube dass ein Problem für mich darstellte, mich überhaupt für dieses Thema zu öffnen, weil ich Angst hatte, das ich gar nicht 45 Minuten darüber sprechen will bzw. kann. Auf der anderen Seite war es das einzige Thema für mich, dass gerade so präsent war. Durch diese innerliche Unsicherheit war auch der Gesprächseinstieg für mich ein wenig schwer. (EB_K10_G2_T1, Q 53:4)

Wenn sich die Klientinnen von den Therapeutinnen gehalten fühlen bzw. die Therapeutinnen einen guten Zugang zu den Klientinnen finden, klingen die Ängste meist ab und die Klientinnen können sich öffnen und tiefer in die Thematik eintauchen. Werden die Therapeutinnen als ruhig und aufmerksam erlebt können die Klientinnen eher alles ansprechen was ihnen auf dem Herzen liegt.

Bezüglich des Themas kam kurz zu Beginn der Gedanke auf, dass diese Thematik vielleicht in ein paar Sätzen geklärt sein konnte. Jedoch blieb ich an diesem Thema den Rest der Stunde hängen, da es mir möglich war immer tiefer hinein zu gehen. Meiner Meinung nach, ergab sich das durch das Reflektieren und Paraphrasieren der Therapeutin. (EB_K11_G3_T2, Q 57:7)

14.10.2 Ängste in Bezug auf die Beziehung zur Therapeutin

Immer wieder treten bei den Klientinnen auch Ängste auf, der Therapeutin nicht gerecht zu werden. Einige der Klientinnen geben an, sich darüber gesorgt zu haben, die Therapeutin zu enttäuschen bzw. sie mit ihrem Thema zu langweilen. (z.B. EB_K14_G2_T1, Q 65:9)

Eine weitere Befürchtung, die sich auf die Therapeutin bezieht ist jene, nicht richtig verstanden oder gar bewertet zu werden. (z.B. EB_K2_G1_T1, Q 73:9)

Selten aber doch, erwähnen die Klientinnen auch die Angst, die Therapeutin könnte

ihnen nicht weiterhelfen. Allerdings ist diese Angst meist auf Vorurteile der Klientinnen zurückzuführen, die durch das erste Zusammentreffen mit den Therapeutinnen entstanden sind.

Klientin merkt dass sie sehr schnell und sehr aufgeregt gesprochen hat. Sie meinte sie habe sich vielleicht so verhalten, weil ihr die Therapeutin nicht so sympathisch gewesen sei und sie nicht wollte dass eine Pause entstehe, da sie der Meinung war in so einer Situation könne ihr die Therapeutin wahrscheinlich nicht helfen. (AA_K1_G2_T1, Q 2:2)

Manchmal kommt bei den Klientinnen, vermittelt durch den Blick oder die Mimik der Therapeutinnen, die Angst auf, sie überfordern die Therapeutinnen. In den meisten Fällen können die Therapeutinnen die Klientinnen vom Gegenteil überzeugen.

An einer Stelle empfand sie durch den traurigen Blick der Therapeutin Verantwortung diese nicht zu überfordern. (PS_K8_G2_T3, Q 140:8)

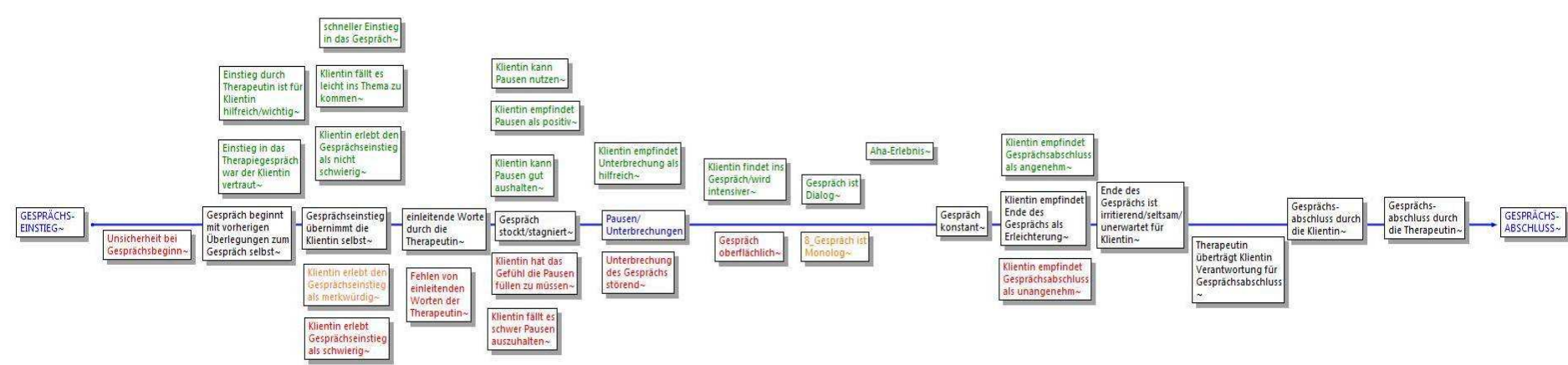
14.11 Gesprächsverlauf

Diese Kategorie enthält Aussagen darüber wie die Klientinnen das Gespräch insgesamt bzw. den Verlauf des Gespräches empfinden. Die meisten Informationen dieser Kategorie stammen aus den Post-Session- Interviews, da sich eine der offenen Fragen direkt auf den Gesprächsverlauf bezieht.

Der Gesprächsverlauf wird von den Klientinnen beispielsweise als konstant, oberflächlich oder stockend bzw. stagnierend beschrieben. Als Einflussfaktoren darauf wie der Gesprächsverlauf erlebt wird, kristallisieren sich hier vor allem das Gesprächsthema und die Therapeutin heraus.

Das Erleben des Gesprächsverlaufes ist abhängig vom Erleben des Gesprächseinstieges. Wird dieser als positiv erlebt, verläuft das Gespräch positiv, nimmt auch ein positives Ende und wird im Resümee als erfolgreich beschrieben. Die Kategorie „Gesprächsabschluss“ ist abhängig von den Kategorien „Gesprächseinstieg“ und „Gesprächsverlauf“ und die Kategorie „Resümee über das Gespräch“ fasst das Erleben der Klientinnen dieser Kategorien nochmals zusammen.

Abbildung 7: Gesprächsverlauf: Gesprächseinstieg - Gesprächsabschluss



14.12 Gesprächseinstieg

Diese Kategorie umfasst die Informationen zum Gesprächseinstieg. Es handelt sich um Beschreibungen die den Gesprächseinstieg ganz allgemein wiedergeben, jedoch meist mit den Folgen und Auswirkungen auf das Erleben der Klientinnen in Verbindung gebracht werden. Hier wird sichtbar, dass die Therapeutin, im Speziellen ihr Verhalten, Einfluss auf die sich in dieser Phase anbahnende Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin nimmt.

Auffallend ist, dass viele Klientinnen beim Gesprächseinstieg von Unsicherheit betroffen sind. Diese Unsicherheit bezieht sich einerseits auf das Thema, das die Klientinnen ansprechen möchten und andererseits auf die Therapeutin und deren Vorgehen bzw. Verhalten. Je nachdem wie die Therapeutinnen den Gesprächseinstieg gestalten, wirkt sich dieser auf den weiteren Gesprächsverlauf bzw. die Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin aus.

Aus den Daten ist zu erkennen, dass die Klientinnen den Gesprächseinstieg als hilfreich erleben, wenn die Therapeutinnen diesen z.B. durch einleitende Worte gestaltet. Die Klientinnen erleben den Gesprächseinstieg als nicht schwierig und finden schnell und leicht ins Thema:

Die Einführenden Worte der Therapeutin findet die Klientin sehr gut. Sie sind sehr freundlich gewählt und zeigen an, dass die Therapieeinheit wirklich nur der Klientin gehört und auch alles Platz hat womit sie kommt. (AA_K13_G2_T2, Q 14:1)

Ich fand es sehr ansprechend, dass die Therapeutin sofort durch scheinbar „belanglosen“ Small talk die oft schwierige Anfangssituation einleitete. (EB_K2_G3_T3, Q 75:7)

Es fiel mir relativ leicht das Gespräch zu beginnen, wie gesagt es herrschte eine angenehme Atmosphäre und ich hatte bereits so etwas wie Zutrauen zu der Therapeutin gefasst. (EB_K14_G1_T2, Q 64:8)

Ist die Therapeutin am Anfang aber eher passiv und die Klientin muss den Einstieg ins Gespräch selbst gestalten, so wird dieser meist als schwierig von den Klientinnen beschrieben:

Diese Situation am Beginn des Gesprächs war für die Klientin von Unsicherheit und Irritation geprägt, da die Therapeutin ihr keinen für sie angenehmen Einstieg bot. (AA_K15_G2_T1, Q 20:1)

Die Klientin hätte sich hier einen Einstieg von der Therapeutin erwartet. Sie hätte nicht damit gerechnet, dass sie das Gespräch eröffnen muss. War kurz unangenehm. (AA_K16_G2_T1, Q23:2)

Manche Klientinnen erleben den Gesprächseinstieg auch als schwierig, weil sie das Thema das sie ansprechen wollen als beängstigend und bedrohlich einstufen:

Ich glaube dass es ein Problem für mich darstellte, mich überhaupt für dieses Thema zu öffnen. Ich hatte Angst, dass ich gar nicht 45 Minuten darüber sprechen will bzw. kann. Auf der anderen Seite war es das einzige Thema für mich, dass gerade so präsent war. Durch diese innerliche Unsicherheit war auch der Gesprächseinstieg für mich ein wenig schwer. (EB_K10_G2_T1, Q 53:4)

14.13 Gesprächsabschluss

Diese Kategorie beinhaltet Informationen darüber, wie der Gesprächsabschluss von den Klientinnen empfunden wird. Anhand der einzelnen Codes wird ersichtlich, dass die Klientinnen bzw. die Therapeutinnen den Gesprächsabschluss beeinflussen indem er von einer der beiden vollzogen wird. Wie der Gesprächsabschluss erlebt wird ist ebenfalls von beiden abhängig, es kommt auf das Verhalten der beiden an bzw. wie sie miteinander agieren.

Die Kategorie Gesprächsabschluss hat Auswirkungen auf die Kategorie „Resümee über das Gespräch“. Als Einflussfaktoren gehen aus dieser Kategorie sowohl die Therapeutin als auch die Klientin hervor.

Die meisten Klientinnen erleben den Gesprächsabschluss als positiv, wenn dieser von der Therapeutin eingeleitet bzw. vollzogen wird:

Die Therapeutin hat das Ganze sehr schön abgerundet. Sie war sehr einfühlsam und meinte, ich befürchte unsere Zeit ist jetzt um, ist das okay für dich oder brauchst du noch ein paar Minuten. Durch dieses Abrunden seitens der Therapeutin, war das total okay für mich. (EB_K8_G2_T3, Q 92:24)

Müssen die Klientinnen selbst das Gespräch zum Abschluss bringen, empfinden sie dies als „im Stich gelassen werden“ seitens der Therapeutin. Vor allem dann wenn die Therapeutinnen nicht auf die Wünsche und Gefühle der Klientinnen eingehen kommen negative Gefühle auf (z.B. AA_K12_G3_T1, Q 12:34).

Manche Klientinnen sind irritiert, weil die Zeit so schnell vergeht und das Ende des Gespräches unerwartet und überraschend für sie ist:

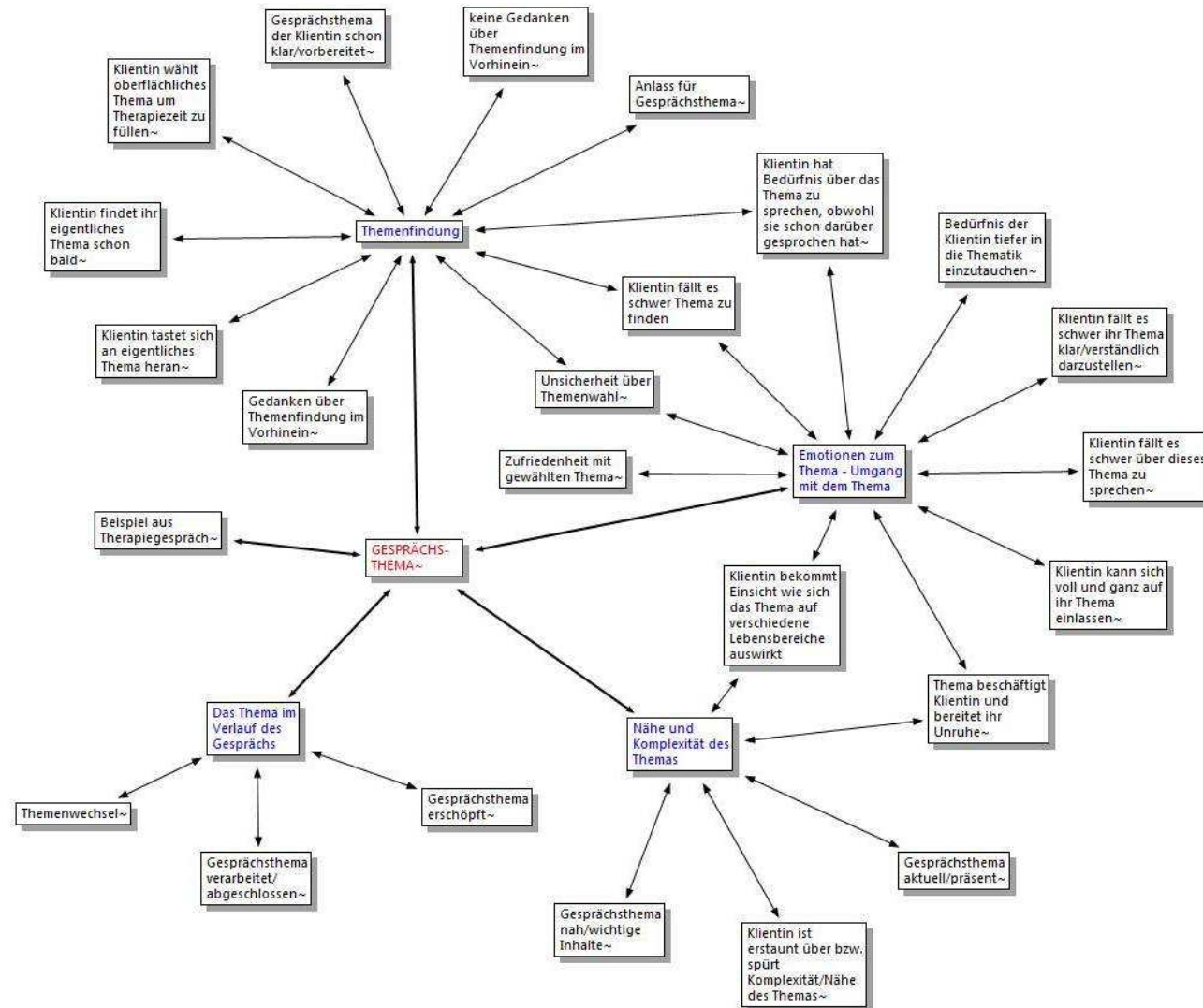
Zum Schluss war ich nur ein bisschen irritiert, da ich durch meinen Blick auf die Uhr mir selber eine Zusammenfassung bot um gut aus diesem Gespräch auszusteigen. Jedoch hat die Therapeutin dies irgendwie nicht wahrgenommen und hat mich dann noch in eine weiterführende Thematik absinken lassen. Dadurch hätte ich dann noch sicher mindestens eine Stunde weiter darüber sprechen können, jedoch war die Zeit ja abgelaufen. In diesem Moment fühlte ich mich ein bisschen rausgerissen und es bot sich für mich dann kein optimales Ende an. Es war als hätte ich das Gespräch gerade angefangen und musste es schon wieder beenden. Die Therapeutin gab mir dann aber noch einen kurzen Moment zum nachdenken und gab mir auch Zeit um aus dem Gespräch gut hinaus zu kommen, aber es war einfach der Grund, dass ich eine weitere Thematik anfang und diese nicht beenden konnte. Ich hätte mir gewünscht, dass die Therapeutin das Gespräch schon vorher beendet, dann wäre dies für mich ein gelungener Abschluss gewesen. (EB_K11_G1_T1, Q 55:11)

14.14 Gesprächsthema

Die Kategorie "Gesprächsthema" beinhaltet alle Aussagen der Klientinnen, welche in Verbindung mit dem Gesprächsthema stehen. Einteilen lassen sich diese Textstellen, in jene die beschreiben wie die Klientin zum Gesprächsthema kommt, jene die darüber Auskunft geben wie die Klientin das Gesprächsthema erlebt und jene, die sich der Entwicklung in der Beschäftigung mit dem Thema widmen.

Erber

Abbildung 8: Gesprächsthema



14.14.1 Themenfindung

Vor und zu Beginn eines Therapiegesprächs sind viele der Klientinnen nervös und unsicher. Zumindest ein Teil dieser Anspannung hängt in vielen Fällen mit dem Gesprächsthema zusammen.

Der Großteil der Klientinnen macht sich schon im Vorhinein Gedanken darüber, was sie ansprechen könnten (z.B. EB_K1_G2_T2, Q 50:2). Dennoch haben nur ganz wenige Klientinnen ihr Thema schon klar vorbereitet wenn sie in die Therapiestunde gehen (z.B. PS_K12_G3_T1, Q 108:17). Viele Klientinnen entscheiden sich aus einem gegebenen Anlass für ein Gesprächsthema (z.B. EB_K9_G3_T2, Q 96:3). Ganz selten machen sich die Klientinnen überhaupt keine Gedanken über die Themenfindung und gehen ganz offen und gelassen ohne ein vorbereitetes Thema ins Gespräch (z.B. EB_K1_G1_T3, Q 49:5).

Oft sind sich die Klientinnen unsicher darüber welches Thema sie anschneiden sollen (z.B. EB_K10_G1_T2, Q 52:1) oder ob sie ein für sie sehr emotionales Thema in diesem Rahmen überhaupt ansprechen möchten:

Klientin kämpft mit der Entscheidung, ob sie das Thema ansprechen soll oder nicht, weil sie befürchtet, dass es sehr emotional werden würde und sie dieses Thema bei anderen Leuten noch nie angesprochen hat. Sie hat Angst davor, wie es ihr ergehen könnte. (AA_K16_G2_T1, Q 23:3)

Zum einen sind es die emotionalen Themen, die den Klientinnen Unruhe bereiten und angesprochen werden wollen, zum anderen zögern die Klientinnen oft wegen dieser emotionalen Betroffenheit damit herauszurücken (z.B. EB_K16_G2_T1, Q 71:12 und Q 71:15).

So kommt es vor, dass Klientinnen aufgrund dieser Unsicherheiten ein oberflächliches Thema wählen um sich nicht angreifbar zu machen. Das hängt auch damit zusammen, dass sich die Klientinnen von den Therapeutinnen nicht genug gehalten fühlen. Dieser fehlende Halt führt oft dazu, dass die Klientinnen die Situation oder Atmosphäre als nicht passend oder unangenehm beschreiben.

Da die Situation als unangenehm von der Klientin empfunden wurde, entschied sie ein Thema zu wählen, dass sie zwar beschäftigt und ihr auch wichtig war, aber von dem sie emotional nicht so sehr betroffen war. (AA_K5_G2_T1, Q 35:4)

Manche Klientinnen haben Angst ihr Innerstes einer Fremden anzuvertrauen. Hinzu kommt noch, dass sich die Klientinnen zum Teil auch Gedanken darüber machen ob ihr Thema die Stunde überhaupt füllen kann und zögern sich für ein Thema zu entscheiden. Auch kommt es vor, dass sie sich Gedanken darüber machen ob das Thema das sie bereden möchten die Therapeutin eventuell langweilen könnte (z.B. EB_K14_G2_T1, Q 65:9).

Des Öfteren möchten Klientinnen auch ein Thema besprechen, über das sie bereits (z.B.: in einer anderen Therapiestunde) gesprochen haben. Zwar drängt sich das Thema in gewisser Hinsicht auf, andererseits, sind die Klientinnen unsicher darüber ob sie sich noch intensiver damit beschäftigen können bzw. sollen (z.B. EB_K8_G1_T2, Q 91:3).

Sobald die Klientinnen einmal begonnen haben zu sprechen, scheint die Anspannung und die Sorge ums richtige Thema, auch wenn immer noch kein konkretes Thema gewählt wurde, abzunehmen. Die Klientinnen beginnen zu sprechen und tasten sich, auch mit Unterstützung der Therapeutinnen, langsam an ihr eigentliches Thema heran (z.B. PS_K3_G1_T3, Q 124:3). Einige der Klientinnen beschreiben, dass sie, obwohl sie mit allgemeinen Beschreibungen ins Gespräch starteten, sich doch recht bald mitten im eigentlichen Thema befinden (z.B. EB_K5_G1_T2, Q 82:13).

Wir wollen an dieser Stelle anmerken, dass der Umstand, dass das Finden eines geeigneten Gesprächsthemas auffällig viel Raum einnimmt, womöglich an das Setting der herangezogenen Gespräche gebunden ist. Wie an anderer Stelle bereits ausführlich beschrieben wurde, fanden die Gespräche im Rahmen eines Seminars an der Universität Wien statt. Dabei nahmen alle Seminarteilnehmerinnen als Klientinnen an den Therapiegesprächen teil, unabhängig davon ob sie ein akutes Problem beschäftigte. Eine Gesprächspsychotherapie wird allerdings im Normalfall eher von Leuten aufgesucht, weil sie ein bestimmtes Thema bearbeiten möchten.

14.14.2 Nähe und Komplexität des Themas

Die Inhalte welche die Klientinnen in den Therapiegesprächen behandeln sind Großteils sehr nah, wichtig und aktuell. Wie sehr sie das jeweilige Gesprächsthema emotional berührt, wird vielen Klientinnen erst durch die Auseinandersetzung damit bewusst. Es kommt vor, dass die Klientinnen erst während des Gesprächs bemerken

wie sehr sie ein bestimmtes Thema beschäftigt:

Ich merkte in dem Gespräch wie sehr mich dieses Thema momentan beschäftigt und wie unruhig mich die Ungewissheit die mit dem Thema im Zusammenhang steht macht. (EB_K1_G2_T2, Q 50:25)

Oftmals sind die Klientinnen darüber erstaunt, wie nahe ihnen das angesprochene Thema geht bzw. wie komplex es ist. Einige Klientinnen bemerken, dass ein Thema, das sie am Anfang als eigentlich zu banal oder unwichtig empfunden haben, um darüber eine Stunde lang zu sprechen, ihnen doch sehr nahe geht:

Das Thema, welches die Klientin im Gespräch aufgriff erschien ihr nicht so aktuell, jedoch ergab sich während des Gesprächs die Erkenntnis, dass diese Thematik ihr sehr nahe geht und es doch ziemlich aktuell erscheint. Die angesprochene Problematik machte die Klientin sehr betroffen und berührte sie stark. Über diese Erkenntnis war die Klientin sehr überrascht und sie beschreibt das gesamte Gespräch als eine „Berg- und Talfahrt der Gefühle“. Es gab viele Situationen, die sie sehr berührten, aber auch viele bei denen eine enorme emotionale Distanz spürbar war. (PS_K15_G3_T3, Q 117:14)

14.14.3 Das Thema im Verlauf des Gesprächs

Zu einem Themenwechsel kann es aus verschiedenen Gründen kommen. Die Klientinnen kommen vom Thema ab, weil sie auf ein wichtigeres Thema kommen (z.B. AA_K15_G2_T1, Q 20:15), oder sie beginnen ein neues Thema weil das Ursprungsthema bereits erschöpft ist:

In der Mitte des Gesprächs war das erste Thema für die Klientin ausgeschöpft, sie wusste nicht was sie noch erzählen könnte. Sie sprach dann ein weiteres Thema an, jedoch nicht weil es sie dieses sehr beschäftigte, sondern um die Stille aufzulösen. (PS_K4_G1_T2, Q 127:8)

14.14.4 Emotionen zum Thema - Umgang mit dem Thema

Teilweise sind Codes, die das Thema betreffen, auch sehr eng an das Selbsterleben gebunden. Hier sind nicht die Gefühle gemeint, welche die Klientinnen mit den unterschiedlichen Themen verbinden, sondern jene, die im Gespräch, im Umgang mit dem jeweiligen Thema, aufkommen.

Ein häufiges Phänomen ist der Umstand, dass es den Klientinnen schwer fällt über ihr Thema zu sprechen. Ursache dafür ist die Unruhe, Aufregung und Nervosität welche die Klientinnen, meist gegen Anfang des Gesprächs, verspüren. Natürlich

kann die Unsicherheit auch an das Thema gebunden sein, weil dieses die Klientinnen besonders emotional betrifft und es ihnen deshalb nicht oder nur sehr schwer möglich ist sich gegenüber den Therapeutinnen zu öffnen:

Im Vordergrund war das Gefühl von Ärger über mich selbst, dass ich nicht offener habe sprechen können. Ich hätte von mir selber gewünscht, dass ich mehr aus mir herausgehe. Aber das hat an mir selber gelegen, nicht an der Therapeutin. (PS_K2_G2_T2, Q 122:1)

Diese Unsicherheit kann in der Folge dazu führen, dass das Gespräch ins Stocken gerät und die Situation für die Klientinnen dadurch noch schwieriger wird. Um diese Anspannung zu lösen ist es notwendig, dass die Therapeutinnen den Klientinnen, mit Hilfe von Empathie oder auch z.B. durch ein Gemeinsames Lachen, Sicherheit und Akzeptanz vermittelt (z.B. AA_K2_G2_T2, Q 26:2).

Ist die Gesprächsatmosphäre angenehm und die Klientinnen fühlen sich wohl und sicher, so stellt sich bei manchen Klientinnen das Bedürfnis ein, tiefer in die Thematik einzutauchen:

Trotzdem entwickelte sich das Gespräch weiter und durch diese bedingungslose Aufmerksamkeit der Therapeutin fasste ich wirklich Vertrauen und spürte sogar das Bedürfnis, bestimmte Dinge anzusprechen. (EB_K2_G2_T2, Q 74:13)

Wenn das Gesprächsklima gut ist und die Klientinnen sich wohl und geborgen fühlen, dann ist es in vielen Fällen auch möglich, dass sich die Klientinnen voll und ganz auf ihr Thema einlassen können:

Jedoch haben sich diese leichten Schwierigkeiten schnell gelegt und die Klientin hat sich voll und ganz geöffnet und hat auch bemerkt, dass ein guter Kontakt zur Therapeutin hergestellt wurde und sie immer mehr Erleichterung verspürt hat. (PS_K15_G1_T2, Q 115:3)

Allerdings fällt es vielen Klientinnen schwer, ihr Thema klar und verständlich darzustellen. Immer wieder kommt es vor, dass sie Probleme haben die richtigen Worte zu finden. Grund dafür ist nicht zuletzt die Unsicherheit und emotionale Belastung die vom jeweiligen Thema herrührt. In einer solchen Situation können Paraphrasen aber auch das Nachfragen der Therapeutinnen sehr hilfreich sein, um den Klientinnen die Unklarheit ihrer Gedanken vor Augen zu führen und sie dabei zu unterstützen die Dinge zu ordnen:

Ich versuchte gerade zu erklären, was mir wichtig ist in meinen Beziehungen bzw. auch was ich oft nicht schaffe zum Ausdruck zu bringen und irgendwie habe ich mich dann in eine Wickel hineingeredet. Die Beraterin versuchte das zusammenzufassen und ich merkte, dass ich damit nichts anfangen konnte und die Therapeutin meinte dann ebenfalls, dass sie nicht sicher sei ob sie mich richtig verstanden hätte und da war dann sozusagen die Verwirrung auf beiden Seiten sichtbar! Ich habe dann noch einen Anlauf genommen und versucht mich klarer auszudrücken, da dies ja auch hilfreicher war für mich. (EB_K14_G2_T1, Q 65:16)

Aber auch das Klären und klar Formulieren der Gedanken seitens der Klientinnen hat eine positive Wirkung darauf, dass die Klientinnen zu neuen Erkenntnissen kommen. Sie lernen sich dadurch selbst besser verstehen:

Dadurch dass die Therapeutin ja meine Vorgeschichte nicht kannte bzw. auch jetzt noch nicht kennt, musste ich mich der doch etwas schwierigen Aufgabe stellen, prägnant und gut verständlich meine Gedanken zu formulieren um sie an meinen Überlegungen teilhaben zu lassen. Indem ich somit gezwungen war meine Gedanken laut zu denken, wurde mir einiges klar(er). Denn ich denke, es macht sehr wohl einen Unterschied, ob ich Dinge immer wieder still und für mich selber durchdenke oder ob ich sie so durchdenken muss, damit es jemand anderer auch versteht und nachvollziehen kann. Indem ich es für jemanden anderen klar formulieren muss, formuliere ich es zugleich auch für mich auf eine andere Art und der ganze Gedankenwirrwarr wird so transparenter und verständlicher. (EB_K16_G1_T3, Q 70:23)

14.15 Raumklima

Diese Kategorie beinhaltet Aussagen der Klientinnen über die Praxisräume und deren Atmosphäre. Es handelt sich hier um Einflussfaktoren von außen, die nichts mit der Therapie selbst zu tun haben. Bei diesen Faktoren handelt es sich um bereits bestehende, wie z.B. die Einrichtung und Gestaltung des Therapieraumes, bzw. um Faktoren die nicht von Therapeutin und Klientin beeinflussbar sind, wie z.B. Geräusche von außen.

Dieser Kategorie werden Aussagen der Klientinnen zugeordnet, die sich auf deren Befinden beziehen und mit dem Raum und der Umgebung in Zusammenhang stehen. In weiterer Folge steht diese Kategorie, mit den Gefühlen der Klientin sowie dem Selbsterleben, in Verbindung.

Auffällig ist, dass das Raumklima bzw. die Atmosphäre durchwegs als positiv von den Klientinnen eingeschätzt wird. Klientinnen berichten, dass die Räume einladend wirken und dass sie sich wohl und geborgen fühlen. Sie beschreiben dieses Wohlfühlen mit Worten wie „ich fühle mich wie zu Hause“ oder „die Räume sind schön und stimmig“.

Auch wenn die Klientinnen die Beziehung zu den Therapeutinnen als nicht positiv beurteilen, treffen sie Aussagen die darauf schließen lassen, dass das Raumklima hilfreich für die Selbstexploration ist:

Jetzt beim Schreiben kommt der Gedanke auf, dass auch die Therapeutin sich nicht ganz wohl gefühlt hat in der Rolle und in der Situation. Zu diesem Schluss komme ich nun, weil ich in Summe in Bezug auf die Therapeutin und meiner Empfindungen dazu keine positive Einschätzung habe. Und trotzdem habe ich mich mit mir in dieser Atmosphäre gut gefühlt und konnte sehr vielen Gedanken nachgehen und kam zu Erkenntnissen, die ich vorher noch nicht hatte. Ich führe dies in erster Linie auf die Raumatmosphäre, die ruhig und ansprechend war, zurück.
(EB_K15_G2_T1, Q 68:24)

Nur einmal stuft eine Klientin, zu Beginn der Sitzung, die Praxisatmosphäre als inszeniert und unecht ein. Jedoch schafft es die Therapeutin in dieser Situation mit ihrer Art, wie sie der Klientin begegnet und durch ihre Worte, die Skepsis bzw. die negative Einstellung der Klientin ins Positive zu wenden:

Die Situation in der Praxis, wo ich der Therapeutin dann gegenüber saß,

fühlte sich irgendwie inszeniert und unecht an. Dadurch kam es in mir zu so einer Art Blockade. Die Therapeutin strahlte von Anfang an Wärme und irgendwie auch eine Art von Geborgenheit aus. Trotz all dem Stress und der Unsicherheit in mir, fühlte ich mich doch auf irgendeine Art gut aufgehoben. Was mir den Einstieg ins Gespräch auch sehr erleichterte, waren ihre anfänglichen Worte mit denen sie die Situation einleitete.“ (EB_K3_G1_T3, Q 76:7)

Interessant ist auch, dass Klientinnen akustische Störungen von außen, wie beispielsweise klopfende Geräusche aus der Wand oder Straßenlärm wahrnehmen, die jeweiligen Störungen auch verbalisieren, aber nie angeben in welchem Ausmaß sie sich dadurch gestört oder beeinflusst fühlen:

Was die Klientin aber erwähnte, war dass sie heute den Straßenlärm sehr gehört hatte und sie das teilweise gestört bzw. beeinträchtigt hat. (PS_K9_G2_T3, Q 143:8)

14.16 Zeiterleben

Diese Kategorie nimmt Bezug auf die Dauer der Therapiezeit und wie diese von den Klientinnen erlebt wird. Die Zeit, wie sie von den Klientinnen im Therapiegespräch erlebt wird, stellt keinen eigenständigen Einflussfaktor bezüglich des Erlebens dar. Wie die Zeit der Therapie erlebt wird, ist immer abhängig vom Thema das die Klientin anspricht, vom Verhalten der Therapeutinnen bzw. wie die Klientinnen die Zeit für sich nutzen können. Aussagekraft erlangt diese Kategorie also nur in Verbindung mit anderen Kategorien, wie beispielsweise dem Selbsterleben der Klientinnen bzw. wie die Therapeutinnen von den Klientinnen erlebt werden. In vielen Fällen sprechen die Klientinnen davon, dass die Zeit wie im Flug vergangen ist (z.B. EB_K6_G2_T1, Q 86:15), dass sie die Zeit total vergessen haben oder dass sie kein Zeitempfinden während des Therapiegespräches hatten (z.B. AA_K10_G3_T3, Q 6:27).

Auch die Zeit der Therapiesitzung mit Inhalten zu füllen stellt für die Klientinnen kein Problem dar, dies wird von den Klientinnen oft mit dem positiv empfundenen Verhalten bzw. Vorgehen der Therapeutinnen begründet.

Und auch in dieser heutigen Sitzung war die Kürze der 45 Minuten für mich extrem. Ich hab mir zwischendurch kurz gedacht, dass ich - so gefühlsmäßig - vermutlich noch 15 bis 20 Minuten Zeit haben werde. Aber 5 Minuten später machte mich die Therapeutin auf das Ende unserer Sitzung aufmerksam. Diese Kurzweiligkeit verwundert mich

insofern, als ich ja lediglich eine Geschichte erzählt hab und mich nicht in irgendwelchen Gefühlsergüssen (und damit meine ich Tränen) dahin treiben hab lassen, und wirft meine These, dass eine solche Kurzweiligkeit mit der Intensität des Inhaltes und somit mit der Intensität der Stunde zu tun hat, ein bisserl über den Haufen. Und vielleicht ist es einfach auch nur ein Zeichen des Wohlfühlens, wenn die Zeit so schnell vergeht ...“ (EB_K7_G3_T3, Q 90:22)

Die meisten Klientinnen haben ein gutes bzw. realistisches Empfinden in Bezug auf die Zeit des Therapiegespräches. Das heißt die Klientinnen können die ihnen zur Verfügung stehende Gesprächszeit gut einschätzen und optimal nutzen. Durch ihr Gespür für die Zeit sind sie am Ende weder enttäuscht noch überrascht, dass sie nicht mehr weitersprechen können weil die Zeit vorüber ist. Auch diese Klientinnen erwähnen, dass es kein Problem ist die zur Verfügung stehende Zeit mit Inhalt zu füllen:

Wie gesagt ich hatte nicht das Problem die Stunde nicht füllen zu können, im Gegenteil, es ist mir so vorgekommen als hätte ich geredet wie aufgezogen, aber es kamen eben nicht so wirklich Gefühle hoch beziehungsweise auf. Irgendwann im Gespräch habe ich mir dann gedacht ich sollte schon bald einmal zum Ende kommen, da die Zeit so nach meinem Gefühl bald aus sein müsste und dem war auch so, kurz nach dem ich mir das Gedacht habe meinte die Therapeutin auch schon, dass die Zeit um wäre und ob es okay sei wenn wir hier stoppen würden. (EB_K1_G3_T1, Q 51:25)

Vereinzelte treten Fälle auf wo die Klientinnen berichteten, dass sie erleichtert sind, dass die Therapiezeit um ist, weil sie das Gefühl haben alles zum Thema gesagt zu haben.

In einem Fall wünschte sich eine Klientin ein verfrühtes Gesprächsende, worauf die Therapeutin aber nicht eingegangen ist. Das wirkte sich negativ auf die Stimmung der Klientin aus:

Danach jedoch hatte ich noch etwa 10 Minuten Zeit und ich wusste einfach nichts mehr zu sagen. Die Therapeutin versuchte noch einmal das erste Thema auf zu greifen, indem sie noch einmal meine damit verbundenen Gefühle benannte, aber es brachte mich nicht mehr weiter. Vier Minuten später fragte ich noch einmal nach der Zeit und ich wusste einfach nichts mehr mit den restlichen 6 Minuten anzufangen. Dieser Umstand störte mich dann doch sehr, denn ich hätte mir gewünscht, dass die Therapeutin durch ihr aktives agieren vielleicht weiter oder auf etwas Neues bringt. Außerdem sprach sie einen Satz aus mit dem ich nicht sehr einverstanden war und zwar „na 6 Minuten können wir jetzt auch nicht schweigen“. Ich fand dies etwas unpassend, da ich mir denke, wenn ich

das Bedürfnis zu schweigen hätte, kann ich so lange schweigen wie ich will, da mir ja am Anfang gesagt wurde, dass ich die Stunde so nützen kann wie ich möchte. Ich fragte, ob ich die Stunde beenden könne und sie reagierte nur sehr ausweichend darauf.

In diesen letzten 10 Minuten der Stunde fühlte ich mich nicht sehr wohl. Ich fühlte mich nicht in meinem Bedürfnis verstanden. Mir ging es einfach sehr gut und ich hatte alles beredet und es war einfach nichts mehr zu sagen und für mich wäre es genau der richtige Zeitpunkt gewesen 6 Minuten früher aufzuhören. (EB_K4_G1_T2, Q 79:30)

Wie aus dem Beispiel ersichtlich wird, beschäftigt die Zeit die Klientin, jedoch ist das Erleben der Zeit nur in Verbindung mit dem Vorgehen/Verhalten der Therapeutin von Bedeutung.

Das folgende Beispiel soll nochmals verdeutlichen, dass das Erleben der Zeit stark vom Vorgehen bzw. Verhalten der Therapeutinnen abhängig ist. Im Gegensatz zu dem zuvor zitierten Beispiel, erkennt hier die Therapeutin, dass das Gespräch schon vor Ablauf der 45 minütigen Therapiezeit ein Ende hat. Die Therapeutin akzeptiert das und die Klientin fühlt sich am Ende des Gespräches gut und von der Therapeutin verstanden:

Diese Therapeutin akzeptierte auch voll und ganz den Umstand, dass ich am Schluss auch nicht mehr reden wollte, für mich war in der Stunde das Thema abgeschlossen und es gab zur Zeit nun mal kein anderes in meinem Leben. Sie ließ es auch zu, dass die Stunde 2 oder 3 Minuten vor der Zeit aufhörte, weil es für mich einfach so passte. (EB_K4_G3_T3, Q 81:27)

14.17 Empfindungen der Klientin vor dem Gespräch

Hierbei handelt es sich hauptsächlich um Situationsbeschreibungen, die das Befinden und Empfinden der Klientinnen vor Beginn der Therapiestunde wiedergeben. Zu beachten ist, dass es sich hierbei um die Situation vor dem Gespräch handelt. Zwar gibt diese Kategorie demnach keinen Einblick auf das Erleben der Klientinnen im Therapiegelgespräch, jedoch beeinflusst das Befinden und Empfinden vor dem Gespräch wiederum das Erleben im Gespräch.

Ein erster Blick auf die Kodes lässt den Schluss zu, dass auch hier die Therapeutinnen, im Zusammenhang mit ihrem Verhalten, einen Einflussfaktor auf das Erleben der Klientinnen darstellen. In Verbindung steht diese Kategorie auch mit den Erwartungen und Wünschen der Klientin.

Das Befinden der Klientinnen vor Beginn des Gespräches (z.B. AA_K9_G2_T3, Q 47:1) bzw. auch mit welcher Einstellung bzw. Haltung die Klientinnen zum Therapiegespräch gehen, hat Auswirkungen auf den weiteren Verlauf des Gespräches:

Ich dachte mir, dass ich einfach sehr unvoreingenommen der Stunde begegnen möchte und mich so gut wie möglich darauf einlassen würde.
(EB_K4_G1_T2, Q 79:4)

Einige Klientinnen gehen mit einer Abwehrhaltung in das Therapiegespräch. Diese Abwehrhaltung bezieht sich meist auf kein bestimmtes Phänomen. Allerdings erwähnen die Klientinnen, dass die Therapeutinnen diejenigen sind, die ihnen diese negative Einstellung bzw. Abwehrhaltung gegenüber dem Therapiegespräch nehmen:

Obwohl ich mit sehr gemischten Gefühlen in diese Therapiestunde ging und um es ehrlich zu zugeben auch ein wenig eine Abwehrhaltung gegenüber dieser angesetzten Therapiestunde hatte, schaffte es die Therapeutin diese trotzdem zu einem Erfolg zu machen. Dies zeigt von hoher Professionalität und gutem Umsetzen des Personenzentrierten Ansatzes. (EB_K11_G3_T2, Q 57:14)

Anfangs lässt sich die Stimmung durch folgende Aussage gut ausdrücken:“ Ich weiß nicht, ob ich das will, freut mich das, habe ich die Kraft?“ Diese Stimmung hat sich aber während des Gespräches gebessert durch die Begleitung der Therapeutin und das Gespräch selbst.
(PS_K8_G1_T2, Q 139:14)

Wie die Beispiele verdeutlichen, nehmen die Therapeutinnen eine zentrale Stellung ein, diese Abwehrhaltungen der Klientinnen zu zerstreuen. Das Verhalten und Vorgehen der Therapeutinnen, sowie das Bemühen die Klientinnen zu verstehen, ist in dieser Phase des Gespräches sehr wichtig und prägt die Beziehung zwischen den beiden.

Aus den Daten geht hervor, dass sich diese Abwehrhaltung auch auf die Person der Therapeutin beziehen kann und sich in Vorurteilen gegenüber dieser zeigen kann. Auch eine Abwehrhaltung, die an die Therapeutin als Person gekoppelt ist, kann sich durch positiv empfundenes Vorgehen bzw. Verhalten der Therapeutin seitens der Klientin in Wohlgefallen auflösen:

Wie wir die Therapiestunde angefangen haben, war in mir die Angst, dass [Name] vielleicht ein wenig zu lieb und nett sein könnte. Quasi nicht

verständnisvoll sondern ein wenig zu „süß“. Am Anfang hab ich [Name] einen groben Überblick, über meine Problematik und die Dinge, die mich derzeit beschäftigen, gegeben. Meine anfängliche Angst, dass sie ein wenig zu lieb und nett sein könnte, war innerhalb von Minuten verflogen. (EB_K13_G3_T3, Q 63:4)

Eine wichtige Rolle spielt auch das Verhalten der Therapeutinnen vor Beginn des Gespräches, z.B. wie sie die Klientinnen empfangen und begrüßen. Bereits zu diesem Zeitpunkt werden die Grundsteine für die Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin gelegt. Eine herzliche, nette und freundlich empfundene Begrüßung wirkt sich immer positiv auf den weiteren Gesprächsverlauf bzw. auf die therapeutische Beziehung aus:

Die Beraterin empfing meine Beobachterin [Name] und mich sehr lieb und aufmerksam, sie bot und gleich Getränke an und schaffte überhaupt eine sehr angenehme Situation, in der ich sehr schnell meine Nervosität ablegen konnte. (EB_K10_G1_T2, Q 52:2)

Das Gespräch fand in der Früh statt und ich war etwas zu früh dran. Trotzdem wollte ich nicht draußen im Regen stehen und habe 15 Minuten vor dem Therapietermin in der Praxis angeläutet. Ich war mir sicher, dass ich an diesem Tag die erste Klientin sein werde, somit störte ich auch kein Gespräch. Zu meiner Überraschung öffnete mir [Name] gut gelaunt die Tür. Ich war sehr erleichtert. Sofort änderte sich meine Meinung über sie etwas in eine positive Richtung. [Name] bot mir etwas zum Trinken an und ich nahm in „ihrem“ Therapiezimmer Platz. (EB_K12_G3_T1, Q 60:2)

Wurde die Begrüßungs- oder Empfangssituation von den Klientinnen aber als enttäuschend wahrgenommen bzw. als negativ erlebt, so wird der Gesprächseinstieg bzw. die Therapiesituation von den Klientinnen als schwierig beschrieben. Die Klientinnen brauchen viel länger Zeit in das Gespräch zu finden bzw. Vertrauen zu den Therapeutinnen zu fassen:

Die Therapeutin öffnete uns die Tür, sagt kurz „Hallo“ und ging dann in die Küche und machte die Türe der Küche zu, da sie gerade am telefonieren war. (EB_K1_G2_T2, Q 50:11)

Die Klientin war heute 15 Minuten zu früh in der Praxis und sprach dies auch gegenüber der Therapeutin an. Diese empfing sie mit einem kühlen Hallo und sagte, sie solle sich in den Therapieraum setzen. Für die Klientin klang es so, als „Setze dich in den Therapieraum und warte bis du dran bist.“ Sie fühlte sich nicht sehr willkommen und hatte sich mehr Reaktion erwartet. (PS_K8_G3_T1, Q 141:1)

14.18 Empfindungen der Klientin nach dem Gespräch

In dieser Kategorie beschreiben die Klientinnen wie sie die Situationen unmittelbar nach dem Therapiegespräch erleben. Es wird wieder gegeben wie die Therapeutinnen sich nach dem Gespräch verhalten und wie sich die Klientinnen dabei fühlen.

Nachdem das Therapiegespräch beendet ist, folgt meist noch ein kurzer Smalltalk zwischen Klientin und Therapeutin. Außerdem beschreiben die Klientinnen die Situation der Verabschiedung. Interessant ist auch, dass viele Klientinnen erwähnen sich unmittelbar nach dem Therapiegespräch kaum mehr daran erinnern zu können.

Diese Kategorie ist der Kategorie „Ergebnisse bzw. Resümee des/über Gespräch“ sehr nahe. Der Unterschied liegt darin, dass es sich hier um eine Beschreibung der Situation nach dem Therapiegespräch in den Praxisräumen handelt. Die Aussagen in der Kategorie „Ergebnisse bzw. Resümee des/über Gespräch“ sind allgemeiner und beziehen sich nicht auf diese spezielle Situation. In Verbindung steht diese Kategorie auch mit den Kategorien „Emotionen der Klientin“ und „Vorgehen/Verhalten der Therapeutin“.

Die Klientinnen empfinden es durchwegs als positiv nach dem Gespräch noch ein paar Worte mit den Therapeutinnen zu wechseln:

Was ich sehr angenehm empfunden habe war, dass die Therapeutin mir nicht das Gefühl gegeben hat, dass ich die Therapiestätte nun möglichst schnell verlassen müsse, sondern ich meinen Tee noch ruhig austrinken konnte und wir noch ein wenig gemeinsam mit der Beobachterin gesprochen haben. (EB_K1_G1_T3, Q 49:45)

Nach der Therapieeinheit haben wir noch ein wenig über ihre Ausbildung gesprochen. Ich überlege ob ich nicht auch die Ausbildung zum personenzentrierten Psychotherapeut machen soll, und deshalb habe ich die Gelegenheit genutzt und einiges erfragt. Sie war auch in diesem Punkt sehr offen. Sie hat unsere Fragen beantwortet und uns einen groben Überblick über den Verlauf der Ausbildung gegeben. Wie sie so erzählt hat, war deutlich erkennbar, dass es ihr wirklich Spaß macht! (EB_K13_G2_T2, Q 62:20)

Die folgende Aussage zeigt, dass das Vorgehen/Verhalten der Therapeutin nicht nur während des Therapiegespräches eine große Rolle einnimmt. Auch im Nachhinein bzw. bis zur Verabschiedung steht das Vorgehen/Verhalten der Therapeutinnen unter der Beobachtung der Klientinnen:

Auch nach dem Gespräch hatte ich nicht das Gefühl, dass die Therapeutin jetzt über mich wertet, oder mich anders behandelt, auch die Situation beim Verabschieden war sehr freundlich und offenherzig. (EB_K9_G2_T3, Q 95:33)

Der Umstand, dass sich viele Klientinnen nicht mehr an das Gespräch erinnern können, tritt sehr häufig auf. Mögliche Ursachen dafür sind beispielsweise, dass das Gespräch nicht sonderlich prägend war oder dass die Klientinnen meinen alles schon verarbeitet zu haben:

Obwohl diese Gesprächseinheit erst wenige Stunden her ist, kann ich mich verwunderlicher Weise nur noch an sehr wenige Sequenzen des Gesprächs genauer erinnern, das ist mir besonders beim Post- Session-Interview aufgefallen. (EB_K1_G1_T3, Q 49:32)

Heute, am späten Nachmittag, hatte ich mein drittes und letztes Therapiegespräch als Klientin, an welches ich mich ungewöhnlicher Weise nur ganz wenig erinnern kann. Schon als ich aus dem Gespräch mit der Therapeutin raus kam beziehungsweise die Praxis verließ, war das Gespräch für mich schon weit weg. Irgendwie kam es mir so vor, als ob ich es nicht unmittelbar davor geführt hatte, sondern ich hatte das Gefühl, dass es schon längere Zeit hinter mir liegt. (EB_K9_G3_T2, Q 96:1)

Eine spezielle Therapiesituation ist der Klientin nicht mehr in Erinnerung, sie weiß aber noch, dass sie „miteinander lachen konnten“ und sie beschreibt weiter, dass das Verhalten der Therapeutin während des Gespräches konstant geblieben ist. (PS_K6_G3_T2, Q 135:4)

Teilweise beschreiben Klientinnen auch, dass sie sich nach dem Gespräch körperlich erschöpft fühlen:

Ich fühlte mich nach der Therapiestunde total müde und erschöpft,... (EB_K1_G1_T3, Q 49:48)

Ob die Klientinnen das Therapiegespräch mit positiven, neutralen oder negativen Gefühlen verlassen ist stark an die Therapeutinnen und deren Vorgehen/Verhalten während des gesamten Gesprächs gebunden und auch an die Thematik über die sie gesprochen haben:

Das Gesprächsende sieht die Klientin als positiv und hoffnungsvoll an. „Wie wenn wir gemeinsam den Berg erklommen hätten. (AA_K11_G2_T3, Q 8:25)

Nach dem Gespräch war ich ein bisschen aufgelöst, weil das Gespräch so intensiv war. (EB_K10_G1_T2, Q 52:17)

14.19 Ergebnisse bzw. Resümee des/über Gespräch

Diese Kategorie beinhaltet Schlussfolgerungen darüber, wie das Gespräch verlaufen ist. Dazu zählen Aussagen über die Folgen, die sich aus den aufgetretenen Gefühlen und Erlebnissen der Klientinnen während dem Gespräch ergeben haben, darüber ob das Gespräch für die Klientinnen eine Weiterentwicklung gebracht hat und Informationen darüber wer oder was diese Erkenntnisse beeinflusst hat.

Ob das Ergebnis bzw. das Resümee des Gespräches positiv oder negativ ausfällt, ist Großteils von den Therapeutinnen, dem Gesprächsthema sowie der Beziehung zwischen den Klientinnen und den Therapeutinnen abhängig.

Hinsichtlich des Erlebens der Klientinnen muss gesagt werden, dass es sich bei den Inhalten dieser Kategorie nicht um Erleben des Therapiegelgespräches handelt, sondern vielmehr um ein bewusst reflektiertes Beschreiben des Erlebten in der Therapiestunde durch die Klientinnen.

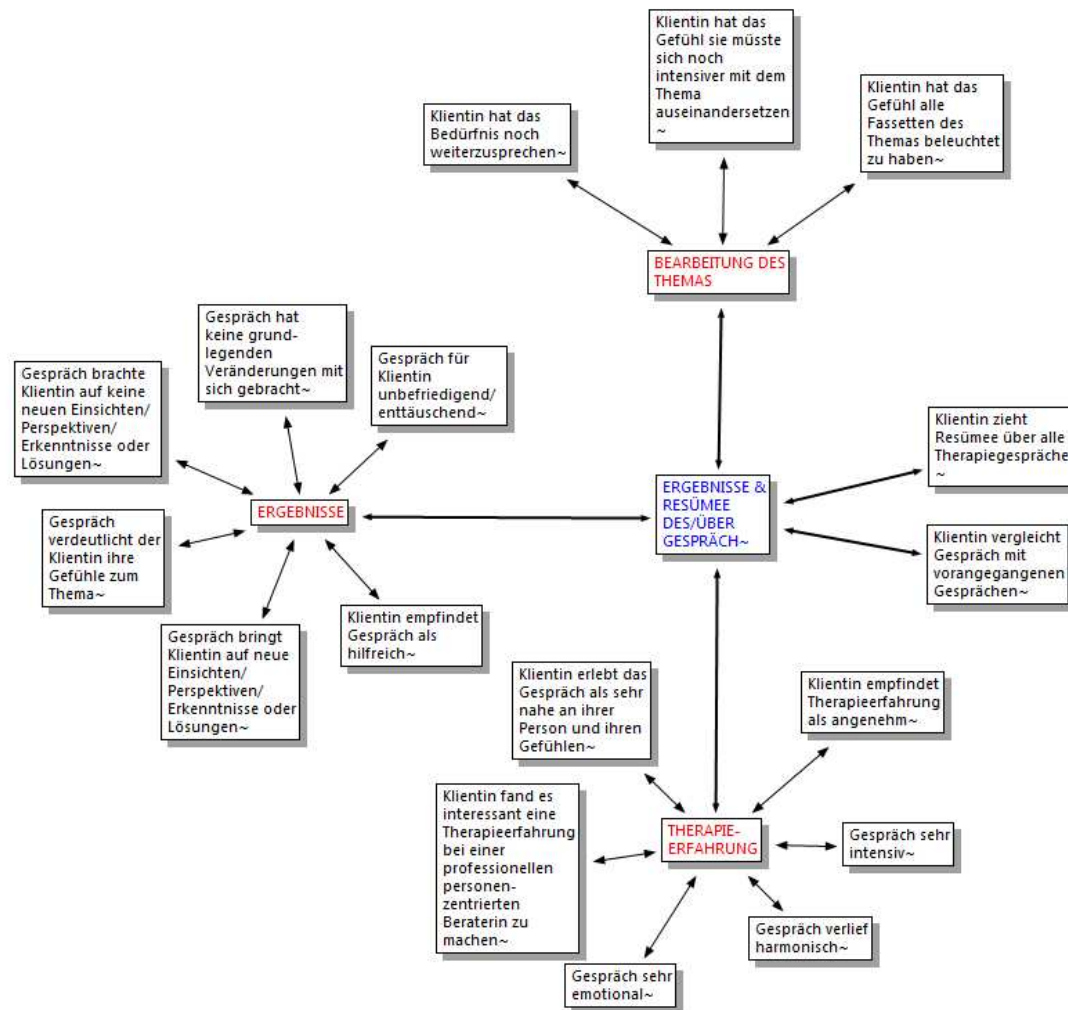


Abbildung 9: Ergebnisse und Resümee des/über Gespräch

14.20 Erleben als/zur Beobachterin

14.20.1 Erleben zur Beobachterin

Diese Kategorie entstand aufgrund der Tatsache, dass es sich bei den geführten Therapiesgesprächen um Demonstrations-Therapiesgespräche handelt, welche auch die Anwesenheit einer Beobachterin vorsahen. Diese Kategorie enthält Aussagen darüber, ob die Anwesenheit der Beobachterin von der Klientin als störend, nicht störend bzw. hilfreich empfunden wird. Auch die Positionierung der Beobachterin im Raum spielt eine Rolle.

14.20.2 Erleben als Beobachterin

Spannend ist der Aspekt, dass die Therapeutinnen aus der Perspektive der Klientin teilweise anders wahrgenommen werden als aus der Perspektive der Beobachterin, auch wenn es sich bei der Klientin und der Beobachterin um ein und dieselbe Person handelt.

Wie diese Kategorie in Zusammenhang mit anderen Kategorien steht, ist abhängig davon wie die Beobachterin von den Klientinnen empfunden wird. Wird die Beobachterin kaum bis gar nicht von den Klientinnen wahrgenommen, so scheint es, wirkt sich dies nicht auf die Therapiesituation aus. Wenn die Beobachterin allerdings als störend empfunden wird kann dies durchaus ein Hemmnis für die Klientinnen darstellen, sich zu öffnen.

14.21 Audioanalyse/Post-Session-Interview/Erlebnisbericht

Diese Kategorie umfasst alle zusätzlichen Informationen zu Audioanalyse, Erlebnisbericht und Post-Session-Interview. Es handelt sich um Informationen darüber, wie oder wo das Post-Session-Interview stattgefunden hat, unter welchen Bedingungen der Erlebnisbericht verfasst wurde usw.

14.22 Matrix

Die Matrix (siehe Anhang 18.4 *Matrix*) ist eine in Excel erstellte Tabelle, welche die umfangreichen Kategorienbeschreibungen übersichtlich zusammenfasst. Diese Matrix stellt das bereits vorhandene Netzwerk von Beziehungen, das in der schriftlichen Analyse, der Kategorienbeschreibung herausgearbeitet wurde, schematisch dar. Die Matrix unterstützt uns dabei die Kernkategorie herauszufinden und Erlebensmuster zu erkennen. Durch das Gruppieren der Daten sind wir in der Lage, sagen zu können: Unter dieser Bedingung passiert das, während unter einer anderen Bedingung das eintritt. Die Matrix wurde schließlich als Grundlage für die Beantwortung der eingangs gestellten Forschungsfragen herangezogen.

Anhand eines Beispiels erläutern wir im Folgenden die Zusammensetzung der Matrix (siehe Abbildung 10 *Beispiel aus der Matrix*).

Die *ursächliche Bedingung* stellt ein Ereignis oder einen Vorfall dar, der zur Entwicklung eines Phänomens führt. Ein Beispiel für eine ursächliche Bedingung ist, dass die Klientin positive Gefühle in Bezug auf die Therapeutin hat.

Das *Phänomen* ist ein Geschehnis, das durch Handlung und Interaktion bewältigt wird oder mit dem durch Handlung und Interaktion umgegangen wird. In unserem Beispiel ist das Phänomen „das Verständnis der Therapeutin“.

Dieses Phänomen wird von folgender *Eigenschaft* begleitet: „verstanden – die Klientin fühlt sich verstanden“.

Der *Kontext* zeigt den Rahmen in welchem die Handlungs- und Interaktionsstrategien stattfinden. Wo sich das Verstanden-Werden bzw. Verstanden-Sein wiederfindet. In unserer Matrix bezieht sich das meist auf eine bestimmte Gesprächssituation, wie z.B. den Gesprächseinstieg oder Gesprächsabschluss. Jedoch können auch das Gesprächsthema oder die Gefühle der Klientin den Kontext stellen.

Die *intervenierenden Bedingungen* beziehen sich auf das Phänomen. Diese können sich positiv oder negativ auf die *Handlungs- und Interaktionsstrategien* auswirken. Ein Beispiel für eine intervenierende Bedingung sind die „Worte der Therapeutin“.

Mit *Handlungs- und Interaktionsstrategien* sind Aktionen gemeint die von einer Person gesetzt werden und die sich wiederum positiv oder negativ auf die *Konsequenzen* auswirken.

Die *Konsequenzen bzw. Auswirkungen* ergeben sich aus den *Handlungs- und interaktionalen Strategien* unter Berücksichtigung des *Kontextes* und der *Bedingungen* und *Phänomene*. Die *Konsequenzen bzw. Auswirkungen* können zu einem späteren Zeitpunkt auch zu einem Teil der *Bedingungen* oder *Phänomene* werden.

Unter der Spalte *Verbindung* finden sich die Kategorien unserer Analyse wieder. Hier soll ersichtlich werden welche Kategorien sich unter bestimmten Bedingungen verbinden.

Abbildung 10: Beispiel aus der Matrix

Ursächliche Bedin-gungen	Phäno-men	Eigen-schaften	Kontext	Inter-venierende Bedin-gungen	Handlungs- & inter-aktionale Strategien	Konse- quenzen	Auswirkungen	Verbindung
positive Gefühle der Klientin in Bezug auf die Therapeutin	Ver- ständnis	verstanden	Gesprächs- verlauf	psychische - physische Nähe: fühlt sich der Therapeutin nahe -- > Körpersprache	Worte der Therapeutin, Therapeutin lässt ausreichend Zeit und Raum, Therapeutin erkennt Gefühle und Gedanken der Klientin, gemeinsame Interaktion (zB. Lachen), Blickkontakt	fördert die Klient- Therapeut Beziehung	Klientin fühlt sich verstanden, wohl, akzeptiert, respektiert	Vorgehen/ Verhalten der Therapeutin, Erleben zur Therapeutin

14.23 Kernkategorie

Während der Analyse unserer Daten fiel es uns zum Teil schwer einzeln kodierte Textstellen (Quotations) einem bestimmten Kode und in weiterer Folge einer bestimmten Kategorie zuzuordnen. Die Schwierigkeit lag darin, dass sich zwei Dimensionen von Kategorien entwickelten. Die eine Dimension enthält Aussagen darüber, wie die Klientin einen bestimmten Einflussfaktor während des Gesprächs erlebt. Die andere Dimension enthält Aussagen über den Umgang und die Gefühle der Klientin zu deren Erleben. In manchen Gesprächssequenzen können diese zwei Dimensionen nicht voneinander getrennt werden und wurden deshalb beiden zugeordnet:

z.B.: Kategorie: *„Erleben zur Therapeutin“* – Kode: *„Klientin erlebt Therapeutin als nah bei ihr/für sie da“* und Kategorie: *„Emotionen der Klientin“* – Kode: *„Klientin fühlt sich nicht allein gelassen“*

Kategorie: *„Emotionen der Klientin“* – Kode: *„Klientin fühlt sich bestärkt/bestätigt“* und Kategorie *„Vorgehen/Verhalten der Therapeutin“* – Kode: *„Therapeutin vermittelt Sicherheit/Stabilität/Stärke“*

Manche Kategorien gehen ineinander über bzw. manchmal verschwimmen die Grenzen zwischen ihnen vollkommen. Teilweise können die Kategorien als Ursache und als Folge gesehen werden. Das hängt damit zusammen, dass die meisten Inhalte der Kodes sich auf beide Personen beziehen. Beispielsweise setzt die Therapeutin eine Handlung, die etwas bei der Klientin bewirkt. Nun reagiert die Klientin auf diese Handlung der Therapeutin, auf welche erneut eine Reaktion bzw. Handlung der Therapeutin folgt. Welcher Kode bzw. welche Kategorie einer bestimmten Textstelle zuzuordnen ist, fällt deshalb so schwer, weil wie die Klientin etwas erlebt nicht von dem zu trennen ist, wie sie sich dabei fühlt. Durch die Analyse wurde dieser ständige Bezug von Klientin und Therapeutin aufeinander immer deutlicher.

Folgend kristallisierten sich Kategorien heraus die sich zentral auf das Erleben der Klientin auswirken. Diese zentralen Kategorien sind das *Vorgehen/Verhalten der Therapeutin*, *Vorgehen/Verhalten der Klientin*, *Erleben zur Therapeutin*, *Selbsterleben* und die *Emotionen der Klientin*. In der Matrix ist zu erkennen, dass sich diese Kategorien beinahe in allen Situationen über die *Klient-Therapeut-Beziehung* miteinander verbinden. Folgend kristallisierte sich die *Klient-Therapeut-Beziehung* als Kernkategorie unserer Grounded-Theory-Analyse heraus.

Wie zentral diese *Klient-Therapeut-Beziehung* für das Erleben des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie ist, wird im folgenden Kapitel ausführlich erläutert.

15 Beantwortung der Forschungsfragen

Im Rahmen dieses Kapitels spannen wir den Bogen zurück zu den eingangs formulierten Forschungsfragen. Wir gehen im Folgenden auf jede dieser Fragen einzeln ein und versuchen sie mit Hilfe der Ergebnisse der Analyse zu beantworten.

15.1 Erlebensmuster

Wie erlebt der Klient/die Klientin die Therapiestunde in der Personenzentrierten Psychotherapie? Welche Erlebensmuster zeichnen sich ab?

Diese Frage ist sehr umfassend und könnte aufgrund der Individualität des Erlebens für jeden Klienten/jede Klientin einzeln beantwortet werden. Allerdings konnten wir im Rahmen unserer Analyse Erlebensmuster herausarbeiten, die sichtbar machen, wie sich das Erleben des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie vollziehen kann bzw. welche Aspekte häufig im Erleben des Klienten/der Klientin zu finden sind und wie diese zusammenhängen.

Wir versuchen im Folgenden alle wichtigen Aspekte des Erlebens des Klienten/der Klientin in der Therapiestunde zu erfassen. Wir zeichnen ein Bild des Erlebens des Klienten/ der Klientin von Beginn der Therapiestunde bis zu deren Abschluss und nehmen dabei auf die herausgearbeiteten Erlebensmuster Bezug.

15.1.1 Gesprächseinstieg

Zu Beginn des Gesprächs stehen die Klienten/Klientinnen meist unter Anspannung, leiden an Nervosität und fühlen sich unsicher. Diese Gefühle stehen in Zusammenhang mit einem emotional sehr belastenden Thema oder der Angst der Klienten/Klientinnen verletzt zu werden. Hinzu kommen die Angst der Klienten/Klientinnen nicht mit bestimmten Gefühlen fertig werden zu können, wenn sie diese zulassen bzw. ansprechen, und die Angst, den Therapeuten/die Therapeutin zu langweilen, zu überfordern oder von diesem/dieser nicht verstanden zu werden.

Wie die Klienten/Klientinnen ins Gespräch gehen hängt von deren Tagesverfassung ab. Wenn die Einstellung bzw. Haltung gegenüber dem Gespräch und dem Therapeuten/der Therapeutin offen und unvoreingenommen ist, können sie sich gut auf das Gespräch einlassen. Auch wenn die Klienten/Klientinnen eine

Abwehrhaltung gegenüber der ganzen Situation mitbringen, oder voreingenommen gegenüber dem Therapeuten/der Therapeutin sind, ist es möglich die Situation ins Positive zu wenden. Das kann erreicht werden, indem die Therapeuten/Therapeutinnen personenzentriert, empathisch, nicht wertend und authentisch agieren. Bereits eine herzliche und nette Begrüßung kann die Einstellung bzw. Haltung zum Positiven verändern und einen erfolgreichen Gesprächsverlauf ermöglichen.

Notwendig ist hier allerdings auch die Offenheit und Bereitschaft der Klienten/Klientinnen, sich auf das Gespräch einzulassen. Außerdem wird der Gesprächseinstieg durch Wünsche und Erwartungen der Klienten/Klientinnen beeinflusst. Diese Wünsche und Erwartungen sind meist an den Therapeuten/die Therapeutin als Person geknüpft oder beziehen sich auf die Lösung des Problems. Hohe Erwartungen werden schnell enttäuscht, niedere leicht übertroffen. Der am häufigsten geäußerte Wunsch ist der nach mehr Unterstützung durch den Therapeuten/die Therapeutin. Ob die Erwartungen erfüllt werden hat Auswirkungen darauf, ob die Klienten/Klientinnen das Gespräch am Ende als hilfreich und positiv beurteilen.

Wenn die Klienten/Klientinnen die Begrüßung als enttäuschend erleben, brauchen sie länger um ins Gespräch zu finden und können nur schwer Vertrauen zum Therapeuten/zur Therapeutin fassen. Als Folge wird der Gesprächseinstieg als schwierig erlebt. Das hat wiederum negative Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung.

Werden die Therapeuten/Therapeutinnen als offen, freundlich und mit positiver Ausstrahlung erlebt, trägt das dazu bei, dass die Klienten/Klientinnen den Gesprächseinstieg insgesamt positiv erleben. Diese positive Ausstrahlung der Therapeuten/Therapeutinnen wird durch Stimme, Sprache, Mimik und die Worte sichtbar bzw. spürbar. Ein positiver Gesprächseinstieg schließt mit ein, dass sich die Klienten/Klientinnen wohl und angenommen fühlen und sich gut öffnen können.

Die Klienten/Klientinnen benutzen schnelles und pausenloses Reden häufig als Ventil um die anfängliche Nervosität und Unsicherheit zu kompensieren. Erleben die Klienten/Klientinnen die Therapeutin als ruhig, aufmerksam, empathisch, echt kongruent konstant, entspannt, dann können sie sich selbst auch zunehmend

entspannen, sie werden ruhiger und verspüren Erleichterung. Die Therapeuten/Therapeutinnen transportieren diese Eigenschaften durch ihre Körpersprache und -haltung, Mimik, Sprache und Worte.

Ein schwieriger Gesprächseinstieg hängt mit der Passivität des Therapeuten/der Therapeutin zusammen, die durch das Fehlen von einleitenden Worten sichtbar wird. Die zu Beginn des Gesprächs gefühlte Unsicherheit, Anspannung, Angst oder Nervosität der Klienten/Klientinnen wird durch diese Passivität oder auch nicht-direktive Art des Therapeuten/der Therapeutin noch verstärkt. Die Klienten/Klientinnen fühlen sich unter Druck gesetzt bzw. sind irritiert, dass sie auf sich allein gestellt sind. Die Situation kann allerdings von den Klienten/Klientinnen auch als Chance genutzt werden selbst aktiv zu werden. Die Kombination einer/eines passiv erlebten Therapeuten/Therapeutin und einem emotional sehr belastenden Thema ist für die Klienten/Klientinnen, besonders beim Gesprächseinstieg, schwierig.

Fühlen sich die Klienten/Klientinnen mit ihrem Problem allein gelassen wird der Gesprächseinstieg immer schwieriger, da auch die damit verbundenen Ängste größer werden.

Auffällig ist auch, dass Klienten/Klientinnen zu Beginn des Gesprächs Schutz bzw. Hilfe in Gegenständen wie Tassen oder Polster suchen.

15.1.2 Gesprächsverlauf

Durch die richtigen Worte können die Therapeuten/Therapeutinnen Ordnung und Struktur in die Gedanken und Gefühle der Klienten/Klientinnen bringen und ihnen so zu verstehen geben, dass sie ihre Gefühle erkennen. Das hilft den Klienten/Klientinnen den Gesprächsfaden nicht zu verlieren und zu neuen Erkenntnissen und Perspektiven zu kommen. Dadurch können sich die Klienten/Klientinnen noch intensiver mit ihrem Thema auseinandersetzen. Da Neues oft mit Angst behaftet ist, ist es in dieser Situation besonders wichtig, dass die Therapeuten/Therapeutinnen diese Angst erkennen und die Klienten/Klientinnen weiterhin gut begleiten.

Wichtig für die Klienten/Klientinnen ist, dass sie ihr Thema bzw. Problem so klar und verständlich wie möglich darstellen. Paraphrasieren und Nachfragen der

Therapeuten/Therapeutinnen wird als hilfreich empfunden um das Thema besser strukturieren zu können. Durch das verständliche, klare Verbalisieren der eigenen Gedanken und Gefühle verstehen sich die Klienten/Klientinnen selbst besser. Die Präsenz und Unterstützung des Therapeuten/der Therapeutin ist dabei sehr förderlich für den Verstehensprozess. Es wird deutlich, dass das Verstehen und Verstanden-Werden eine zentrale Rolle im Therapiegespräch einnehmen.

Wichtig ist auch dass die Klienten/Klientinnen die Gefühle nicht nur zulassen, sondern auch ausdrücken und für den Therapeuten/die Therapeutin verständlich verbalisieren können. Manchmal haben die Klienten/Klientinnen Hemmungen über Gefühle zu sprechen, da sie Angst vor Verletzungen haben. Sie können Gefühle nur distanziert wahrnehmen oder zulassen. Das Zurückhalten ihrer Gefühle führt zu einer körperlichen Erschöpfung.

Bekommen die Klienten/Klientinnen zu wenig Aufmerksamkeit durch den Therapeuten/die Therapeutin und erleben diesen/diese als abwesend, teilnahmslos und genervt, assoziieren sie damit wenig Interesse an ihrer Person und ihrem Problem. Die Therapeuten/Therapeutinnen vermitteln diese Haltung durch unpassende Aussagen, ihre Körpersprache usw. Die Klienten/Klientinnen sind enttäuscht, da der Therapeut/die Therapeutin sie nicht verstehen kann oder will.

Verhalten sich die Therapeuten/Therapeutinnen zu direktiv oder neugierig, stören und verunsichern sie die Klienten/Klientinnen in ihren Auseinandersetzungen mit dem Thema. Die Klienten/Klientinnen fühlen sich ebenso in ihrem Prozess gestört, wenn sie den Therapeuten/die Therapeutin als autoritär und dominant erleben.

Manchmal kommt es im Therapieverlauf auch zu akustischen Störungen von außen. Ob sich diese negativ auf den Gesprächsverlauf auswirken, ist wiederum abhängig vom Vorgehen des Therapeuten/der Therapeutin bzw. wie dieser/diese mit der jeweiligen Störung umgeht.

Entwicklung & Erkenntnis

Entwicklungen, Erkenntnisse oder Lösungen in Bezug auf das Gesprächsthema werden oft in sehr emotionalen Situationen sichtbar. Kommt es zu einem solchen Gefühlsausbruch dann wird das von den Klienten/Klientinnen als Erleichterung wahrgenommen. Außerdem führen neue Erkenntnisse dazu, dass sich die

Klienten/Klientinnen mutig und hoffnungsvoll fühlen. Die Therapeuten/Therapeutinnen können die Klienten/Klientinnen im Erkenntnisprozess unterstützen, indem sie passende, treffende Worte finden. Das hat auch Auswirkungen darauf, dass sich die Klienten/Klientinnen selbst besser verstehen können und in der Lage sind, neue Perspektiven zu entwickeln. Die Klienten/Klientinnen erleben solche Entwicklungen immer positiv. Derartige Erkenntnisse und Entwicklungen treten häufig gegen Ende des Gesprächs auf und lösen meist eine positive Überraschung bei den Klienten/Klientinnen aus.

Pausen

Pausen im Gespräch werden als unangenehme Situationen beschrieben, die der Klient/die Klientin nur schwer aushalten kann. Der Klient/die Klientin hofft deshalb auf Hilfe des Therapeuten/der Therapeutin beim Auflösen dieser Situationen. Erkennt der Therapeut/die Therapeutin nicht, dass der Klient/die Klientin Hilfe braucht, liegt der Druck auf dem Klienten/der Klientin und dieser/diese fühlt sich selbst verantwortlich aus der unangenehmen Situation zu entkommen. Die Pausen hängen zum Teil mit dem Gesprächsthema in Zusammenhang. Sie entstehen z.B. wenn unangenehme Gefühle an das Thema gebunden sind und der Klient/die Klientin Angst davor hat tiefer zu gehen. Das auftretende Gefühl von Stillstand oder sich im Kreis drehen, löst ebenso Unwohlsein und den Wunsch nach Unterstützung bei den Klienten/Klientinnen aus.

Raum und Zeit

Empfindet der Klient/die Klientin den Raum und die Umgebung, in der die Therapie stattfindet, als einladend, fühlt er/sie sich wohl und geborgen und kann sich dadurch leichter öffnen. Allerdings ist die Wahrnehmung zum Raum und zur Umgebung wiederum vom Befinden des Klienten/der Klientin abhängig. Der Klient/die Klientin empfindet die Gesprächsatmosphäre als positiv, wenn er/sie ausreichend Raum und Zeit für sich hat und sich auf sein/ihr Thema konzentrieren kann.

Die meisten Klienten/Klientinnen haben ein gutes und realistisches Zeitempfinden. In vielen Fällen wird die Therapiesituation als kurzweilig beschrieben. Nur selten kommt es vor, dass die Klienten/Klientinnen die Zeit des Therapiegesprächs nicht füllen können. Als negativ beschreiben die Klienten/Klientinnen die Zeit dann, wenn sie ihrem Gefühl nach nicht bzw. zu langsam vergeht. Dieses negative Empfinden

tritt auf wenn sich der Klient/die Klientin von dem Therapeuten/der Therapeutin nicht verstanden fühlt oder das Thema erschöpft ist.

15.1.3 Gesprächsabschluss

Ein erschöpftes Thema sowie das Gefühl nicht weiterzukommen hat zur Folge, dass sich die Klienten/Klientinnen ein verfrühtes Gesprächsende wünschen. Erkennen die Therapeuten/Therapeutinnen den Wunsch der Klienten/Klientinnen in dieser Situation nicht, so gestaltet sich das weitere Gespräch schwierig und findet meist auch keinen positiven Gesprächsabschluss.

Wird der Gesprächsabschluss von den Therapeuten/Therapeutinnen eingeleitet, wird er von den Klienten/Klientinnen als positiv erlebt. Ein positiver Gesprächsabschluss wird von den Therapeuten/Therapeutinnen verbalisiert und sie runden das Thema für die Klienten/Klientinnen ab. Das führt dazu, dass sich die Klienten/Klientinnen gut und wohl fühlen und das Gespräch mit einer positiven Einstellung verlassen können. Müssen die Klienten/Klientinnen das Gespräch selbst zu einem Abschluss bringen, wird das als negativ erlebt. Die Klienten/Klientinnen fühlen sich alleine und im Stich gelassen.

15.2 Einflussfaktoren

Welche Einflussfaktoren wirken auf das Erleben des Klienten/der Klientin und beeinflussen so auch die Weiterentwicklung der Psychotherapie?

Als wichtigste Einflussfaktoren auf das Erleben des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie haben sich im Laufe der Analyse eindeutig der Therapeut/die Therapeutin und der Klient/die Klientin herauskristallisiert. Darüber hinaus ist auch das Gesprächsthema als Einflussfaktor zu nennen. Andere Aspekte, wie der Raum in dem die Therapiestunde stattfindet, oder z.B. die Geräuschkulisse, können sich ebenso auf das Erleben der Klienten/Klientinnen auswirken. Allerdings ist deren Einfluss auf den Klienten/die Klientin meist kurzfristig und im Vergleich zu den bereits genannten Faktoren minimal.

Im Folgenden gehen wir im Detail auf die drei genannten Haupteinflussfaktoren und deren Bedeutung für das Erleben des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie ein.

15.2.1 Der Therapeut/die Therapeutin

Der Therapeut/die Therapeutin als Einflussfaktor bezieht unterschiedliche Aspekte, die alle an den Therapeuten/die Therapeutin als Person gebunden sind, mit ein. Dazu zählen Erwartungen, Wünsche und Ängste des Klienten/der Klientin, sowie die Ausstrahlung, Einstellung und Haltung die ihm/ihr von dem Therapeuten/der Therapeutin vermittelt werden. Außerdem fällt hier das Verhalten des Therapeuten/der Therapeutin und wie dieses von dem Klienten/der Klientin erlebt wird, mit hinein.

Wie aus den bereits vorgestellten Erlebensmustern hervorgeht, stehen zu Beginn des Therapiegesprächs die Einstellungen und Erwartungen gegenüber dem Therapeuten/der Therapeutin im Vordergrund. Hier können z.B. der erste Eindruck von dem Therapeuten/der Therapeutin, sowie etwaige Vorurteile die sich daraus ergeben, eine Rolle spielen. Bereits vor dem Gespräch setzt der Klient/die Klientin bestimmte Erwartungen und Wünsche an das bevorstehende Therapiegespräch sowie die Person des Therapeuten/der Therapeutin. Ob sich der Klient/die Klientin mit ihren Ansprüchen im Gespräch von dem Therapeuten/der Therapeutin gehört und akzeptiert fühlt, beeinflusst wiederum dessen/deren Erleben von der Therapiestunde.

An diese Erwartungen und Wünsche des Klienten/der Klientin sind auch Ängste gebunden. Ein Teil dieser Ängste bezieht sich wiederum auf die Person des Therapeuten/der Therapeutin. Viele Klienten/Klientinnen haben Angst den Therapeuten/die Therapeutin zu enttäuschen oder zu langweilen. Es liegt ein gewisser Druck auf den Klienten/Klientinnen, es dem Therapeuten/der Therapeutin Recht machen zu müssen bzw. ein guter Klient/eine gute Klientin sein zu müssen. Wichtig ist hier auch die Angst des Klienten/der Klientin von dem Therapeuten/der Therapeutin nicht verstanden zu werden.

Einen großen Teil des Einflussfaktors *Therapeut/Therapeutin* macht dessen/deren Wirkung auf den Klienten/die Klientin aus. Der Therapeut/die Therapeutin steht unter ständiger Beobachtung durch den Klienten/die Klientin. Aus der Summe der Wahrnehmungen zum Therapeuten/zur Therapeutin zeichnet der Klient/die Klientin ein detailliertes Bild von seinem/ihrer Gegenüber. Je nachdem wie der Klient/die Klientin den Ton, die Stimme, die Sprache, die Mimik oder auch den Blickkontakt des Therapeuten/der Therapeutin erlebt, schreibt er/sie diesem/dieser eine Vielzahl

an Eigenschaften zu und trifft ebenso eine Einschätzung darüber, wie der Therapeut/die Therapeutin als Person ist. Hier fallen Charaktereigenschaften aber auch Haltungen, wie z.B. die Empathie und Akzeptanz des Therapeuten/der Therapeutin mit hinein.

Bedeutend ist auch wie sich der Therapeut/die Therapeutin gegenüber dem Klienten/der Klientin verhält und wie dieses Verhalten von dem Klienten/der Klientin erlebt wird. Hier ist allerdings bemerkenswert, dass es oft keine eindeutige Einschätzung darüber geben kann, ob sich ein bestimmtes Vorgehen prinzipiell positiv oder negativ auf den Gesprächsverlauf auswirkt. Schließlich ist das Verhalten des Therapeuten/der Therapeutin immer in Bezug zur jeweiligen Situation zu setzen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist hier das „Wie“. Auf welche Art und Weise der Therapeut/die Therapeutin eine bestimmte Handlung setzt, kann große Auswirkung darauf haben, ob dieser/diese als positiv oder negativ erlebt wird. So kann z.B. Nachfragen durch den Therapeuten/die Therapeutin von dem Klienten/der Klientin als positiv gesehen werden, wenn dadurch Interesse ihm/ihr und seinem/ihrer Thema gegenüber vermittelt wird. Jedoch ist es auch möglich, dass Fragen des Therapeuten/der Therapeutin unpassend erlebt werden und sich der Klient/die Klientin dadurch in eine bestimmte Richtung gedrängt fühlt.

Das Verhalten schließt dabei jegliches Reagieren des Therapeuten/der Therapeutin mit ein. Dabei spielen sowohl die Körpersprache- und haltung, als auch die Sprache und Worte, Mimik und Gestik eine Rolle. Es zeigt sich, dass das Verhalten des Therapeuten/der Therapeutin immer am Verstehen und Akzeptieren des Klienten/der Klientin ausgerichtet werden muss, damit es von dem Klienten/der Klientin als förderlich erlebt wird.

15.2.2 Der Klient/die Klientin

Auch der Klient/die Klientin selbst ist als Einflussfaktor auf das eigene Erleben in der Therapiestunde zu sehen. Wie der Klient/die Klienten die Therapie erlebt ist in einem hohen Maß von dessen/deren Gefühlen abhängig. Diese beziehen sich nicht nur auf das Gegenüber und das Thema, sondern ebenso auf den Klienten/die Klientin selbst. Der Umstand den Klienten/die Klientin als Einflussfaktor zu begreifen mag vielleicht überflüssig erscheinen, schließlich ist das Erleben ohne den erlebenden Klienten/die erlebende Klienten nicht möglich. Die Person des Klienten/der Klientin

als wichtigen Einflussfaktor auf das Erleben in der Therapiestunde hervorzuheben, bedeutet aber auch, dessen/deren Individualität und Einzigartigkeit zu berücksichtigen.

Besonders am Beginn des Gesprächs stehen viele Erwartungen, Wünsche und Ängste des Klienten/der Klientin. Diese richten sich zwar auf den Therapeuten/die Therapeutin, das Thema oder die Therapiesituation ganz allgemein, sind aber ebenso an die Persönlichkeit des Klienten/der Klientin sowie dessen/deren Vorerfahrungen gebunden. Hier ist die Versagens Angst, sowie die Angst den Therapeuten/die Therapeutin zu enttäuschen oder zu langweilen, zu nennen. Wie im Laufe der Therapiestunde mit diesen Gefühlen und Ängsten umgegangen werden kann hängt in der Folge natürlich auch vom Therapeuten/von der Therapeutin und deren/dessen Vorgehen ab. Allerdings muss der Klient/die Klientin ein gewisses Maß an Bereitschaft zeigen sich auf eine Beziehung mit dem Therapeuten/der Therapeutin einzulassen. Ob der Klient/die Klientin Hilfestellungen durch den Therapeuten/die Therapeutin annimmt, wird zwar von dem Therapeuten/der Therapeutin stark beeinflusst, bleibt letztendlich aber dem Klienten/der Klientin überlassen.

Aus den Daten leiten wir ab, dass Klienten/Klientinnen Großteils daran interessiert sind, das Miteinander in Form der therapeutischen Beziehung zu stärken. Das zeigt sich z.B. darin, dass der Klient/die Klientin für den Therapeuten/die Therapeutin verständlich sein möchte. Es ist ihm/ihr ein Anliegen sein Thema und seine Problemlagen klar und strukturiert zu präsentieren. Das kann auch als Kehrseite der Angst gesehen werden, nicht verstanden zu werden oder nicht verständlich zu sein. Hier zeigt sich auch, dass der Klient/die Klientin oft große Erwartungen an sich selbst hat.

In der Folge spielen auch das Verhalten und das Vorgehen des Klienten/der Klientin eine Rolle im Erleben der Therapiesituation. Nicht alle Klienten/Klientinnen verfügen über die gleichen Möglichkeiten sich auszudrücken und ihre Gefühle klar darzustellen. Außerdem setzen sie unterschiedliche Reaktionen, wie z.B. schnelles Reden um die Unsicherheit zu überspielen oder setzen das Festhalten an Gegenständen als Schutzmechanismus ein.

15.2.3 Das Thema

Das Gesprächsthema spielt als Einflussfaktor auf das Erleben des Klienten/der Klientin im Personenzentrierten Therapiesgespräch insofern eine Rolle, als es Träger einer Vielzahl von Emotionen ist. Diese Gefühle werden mit dem Thema in die Therapiesituation getragen und bestimmen so auch die Grundstimmung des Klienten/der Klientin mit. Ein sehr belastend erlebtes Thema ist oft mit vielen Unsicherheiten und Ängsten verbunden. Um im Therapieprozess weiter zu kommen ist es nötig, dass sich der Klient/die Klientin auf das Thema das er/sie bearbeiten möchte, auch wirklich einlässt. Ob der Klient/die Klientin dazu in der Lage ist, wird wiederum vom Therapeuten/ von der Therapeutin mit beeinflusst.

Die Auseinandersetzung mit den Einflussfaktoren macht deutlich, dass das Erleben des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie vor allem vom Therapeuten/der Therapeutin und dem Klienten/der Klientin und dessen/deren Reagieren aufeinander getragen wird. Diese Feststellung schafft die Überleitung zur nächsten Forschungsfrage, die nach der Bedeutung der therapeutischen Beziehung für das Erleben des Klienten/der Klientin fragt.

15.3 Therapeutische Beziehung

Welche Bedeutung hat die therapeutische Beziehung für das Erleben des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie?

In der Analyse zeigte sich, dass das Erleben der Klienten/Klientinnen sehr stark von der zum Therapeuten/zur Therapeutin aufgebauten Beziehung abhängig ist. In der Darstellung der Erlebensmuster wird deutlich, dass das Erleben vielfach durch das Verhalten/Vorgehen des Therapeuten beeinflusst wird. Allerdings ist es in einem hohen Maß von der Qualität der therapeutischen Beziehung abhängig, ob der Klient/die Klientin ein bestimmtes Verhalten als negativ oder positiv erlebt.

Im Folgenden gehen wir im Detail auf Aspekte im Erleben des Klienten/der Klientin ein, welche die Notwendigkeit einer guten, vertrauensvollen Beziehung zwischen Klient/Klientin und Therapeut/Therapeutin hervorheben und verdeutlichen wie eine derartige Beziehung aufgebaut werden kann.

15.3.1 Der Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung

Die Körpersprache, Sprache sowie Stimme des Therapeuten/der Therapeutin kann als Mittel zur Förderung und zum Aufbau einer stabilen Beziehung zwischen Klient/Klientin und Therapeut/Therapeutin eingesetzt werden. Wenn sowohl die Stimme, Sprache als auch die Körpersprache der Therapeuten/Therapeutinnen als positiv erlebt wird, fühlen sich die Klienten/Klientinnen verstanden und getragen von den Therapeuten/Therapeutinnen. Am Beispiel der Körpersprache zeigt sich, dass der Therapeut/die Therapeutin dann als positiv erlebt wird, wenn er/sie die Körpersprache richtig dosiert und zum richtigen Zeitpunkt einsetzt. Die Körpersprache gibt den Klienten/Klientinnen das Gefühl unterstützt und begleitet zu werden, vermittelt ein Gefühl der Nähe und transportiert Sicherheit und Stabilität. Das hat positive Auswirkungen auf die Beziehung zwischen den beiden. Manchmal wird die Körpersprache bzw. -haltung als negativ erlebt. Das ist besonders dann der Fall, wenn die Therapeuten/Therapeutinnen nicht auf die Körpersprache bzw. -haltung der Klienten/Klientinnen reagieren. Dadurch entsteht Distanz zwischen den beiden. Die Therapeuten/Therapeutinnen wirken auf die Klienten/Klientinnen unnahbar, reserviert, unpersönlich und emotionslos. Die Klienten/Klientinnen fühlen sich unerwünscht, was sich wiederum negativ auf die Beziehung auswirkt.

15.3.2 Konsequenzen der fehlenden Beziehung

Das Gefühl des Alleinseins kann daraus resultieren, dass noch keine ausreichende Beziehung zwischen Klient/Klientin und Therapeut/Therapeutin besteht. Der Therapeut/die Therapeutin ist noch nicht in der Lage die Gefühle des Klienten/der Klientin richtig zu erkennen. Die fehlende Unterstützung bzw. das fehlende Verständnis ruft manchmal Wut und Ärger bei den Klienten/Klientinnen hervor und wirkt sich negativ auf den weiteren Gesprächsverlauf aus. Die Klienten/Klientinnen fühlen sich verantwortlich für den weiteren Verlauf des Gesprächs. Aufgrund des fehlenden Vertrauens bzw. der fehlenden Beziehung kommt es oft zu unpassenden Reaktionen der Therapeuten/Therapeutinnen. Die Therapeuten/Therapeutinnen reden zu viel, zu schnell und zu oft oder lenken das Gespräch in eine andere Richtung. Das passiert z.B. durch das Fragen zum falschen Zeitpunkt und dem Ansprechen von noch nicht verbalisierten Gefühlen des Klienten/der Klientin. Die Überforderung und Verletzung der Klienten/Klientinnen wird so weiter verstärkt. Erkennen die

Therapeuten/Therapeutinnen die Gedanken und Gefühle nicht, oder nicht richtig, fühlen sich die Klienten/Klientinnen unverstanden, sind wütend oder unsicher.

15.3.3 Die Basis und Folgen einer guten therapeutischen Beziehung

Es zeigt sich, dass sich mit der ständigen Abfolge von Verhalten bzw. Vorgehen und Reagieren von Klient/Klientin und Therapeut/Therapeutin die Beziehung zwischen den beiden wächst. Selbstexploration kann nur dann stattfinden, wenn eine positive Beziehung zwischen Therapeut/Therapeutin und Klient/Klientin gegeben ist. Diese Selbstexploration führt zur Erkenntnis, Entwicklung und Lösung in Bezug auf die Probleme des Klienten/der Klientin. Die Selbstexploration wird durch gemeinsame Interaktionen bzw. das aufeinander Reagieren gefördert.

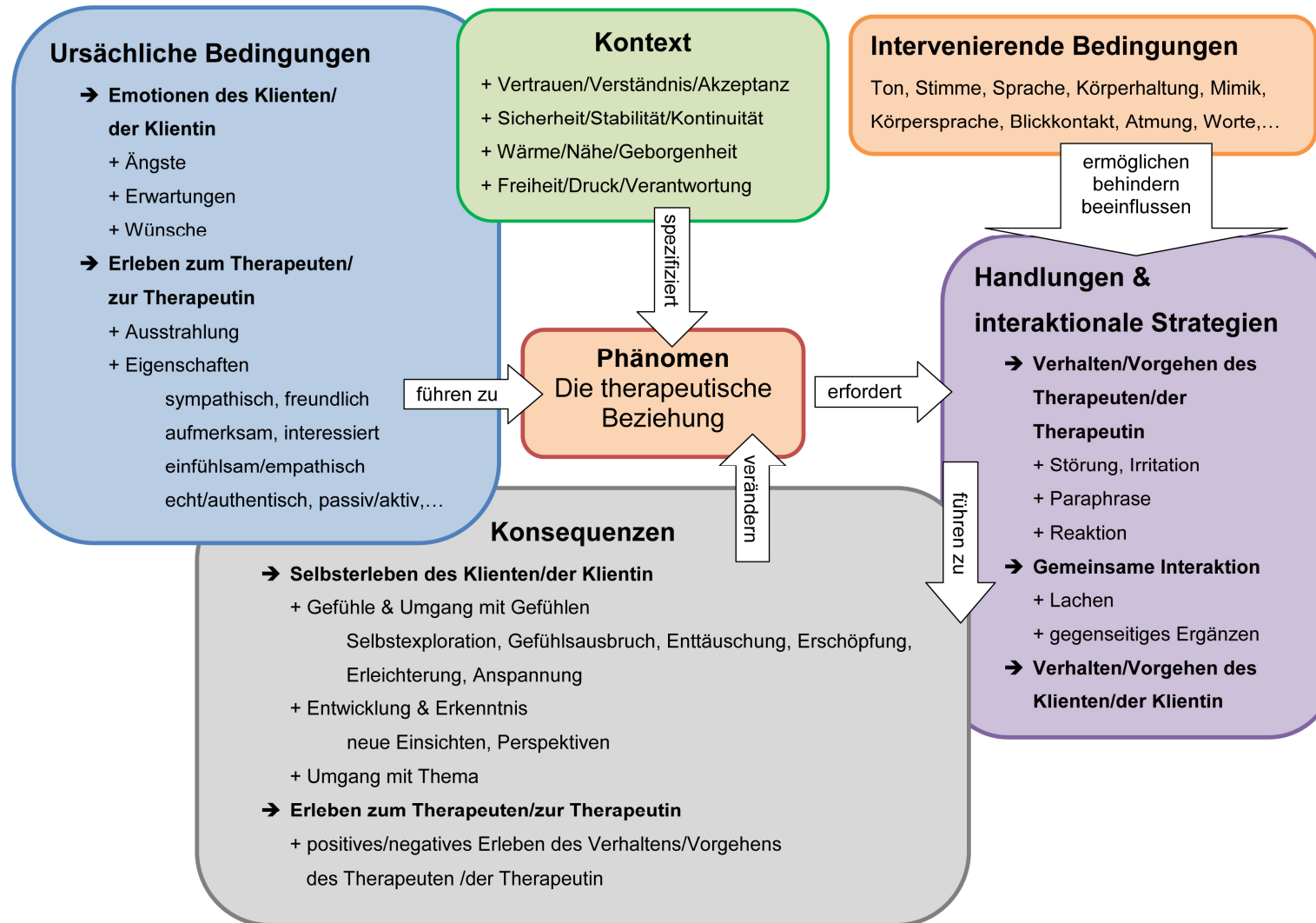
Die Basis für eine vertrauensvolle Beziehung ist Stabilität und Sicherheit. Sicherheit, Vertrauen, Stabilität, Verständnis kann nur dann von den Klienten/Klientinnen wahrgenommen werden, wenn die Therapeuten/Therapeutinnen gleichbleibend, konstant, stark, offen, warm, echt, kongruent, entspannt, kompetent, professionell, empathisch, teilnehmend, aktiv, ist. Transportiert wird das durch treffende Paraphrasen, Worte, Körpersprache, Blickkontakt, Mimik, aber auch z.B. durch Nachfragen des Therapeuten/der Therapeutin. Indem der Therapeut/die Therapeutin nachfragt, zeigt er/sie Interesse an dem Klienten/der Klientin und seinem/ihrem Thema. Befinden sich die Klienten/Klientinnen in einer stabilen und vertrauensvollen Beziehung, können sie sich auf das Gespräch einlassen und verspüren zunehmend Nähe zu dem Therapeuten/der Therapeutin.

Eine Folge der stabilen und sicheren Beziehung ist ebenso das Gefühl der Freiheit und Offenheit. Fühlen sich die Klienten/Klientinnen respektiert und akzeptiert wie sie sind, dann fühlen sie sich auch frei und können sich öffnen. Grundstein für eine vertrauensvolle, sichere und stabile Beziehung, in der sich die Klienten/Klientinnen wohlfühlen ist, dass die Therapeuten/Therapeutinnen wertschätzend, verständnisvoll, aufmerksam und einfühlsam sind. Diese Haltungen transportieren sie durch die Körpersprache und Worte.

15.3.4 Schematische Darstellung

Um aufzuzeigen wie sehr die therapeutische Beziehung auf die einzelnen Aspekte des Erlebens der Klienten/Klientinnen einwirkt, wenden wir das paradigmatische Modell nach Strauss und Corbin auf unsere Kernkategorie, die therapeutische Beziehung, an. Die folgende Darstellung stellt das Phänomen der therapeutischen Beziehung in den Mittelpunkt und zeigt wie dieses mit den unterschiedlichen Aspekten des Erlebens des Klienten/der Klientin in Zusammenhang steht.

Abbildung 11: Therapeutische Beziehung



16 Resümee & Ausblick in die Zukunft

Im ersten Abschnitt dieser Diplomarbeit wurde das Erleben aus der Sicht des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie theoretisch aufgearbeitet. Wir zeigten die Erlebens-Zentrierung der Personenzentrierten Psychotherapie auf und arbeiteten Rogers Interesse an der Sichtweise des Klienten/der Klientin heraus.

Rogers war es, bedingt durch seine Verpflichtung gegenüber dem positivistischen Wissenschaftsmodell, allerdings kaum möglich die Perspektive des Klienten/der Klientin in seine Forschung einzubeziehen. Die gegenwärtige Psychotherapieforschung ermöglicht diesen Einbezug der Perspektive bzw. Sichtweise des Klienten/der Klientin durch den Einsatz von qualitativen Forschungsmethoden.

Im theoretischen Teil dieser Arbeit wurden die Möglichkeiten einer Weiterentwicklung in der qualitativen Psychotherapieforschung im Kapitel 6 ausführlich diskutiert. Wir griffen dabei den Ruf nach einer Prozessforschung auf, die das Subjekt in den Mittelpunkt stellt.

Das von uns realisierte Forschungsvorhaben, das mit Hilfe der Grounded Theory verwirklicht wurde, reiht sich hier ein und stellt den Klienten/die Klientin ins Zentrum. Von der Perspektive des Klienten/der Klienten aus näherten wir uns dem Erleben in der Personenzentrierten Psychotherapie an und sammelten so Erkenntnisse über den Therapieprozess. Wir analysierten Erlebnisberichte und zusätzliches Datenmaterial zum subjektiven Erleben von Klientinnen im personenzentrierten Therapiesgespräch arbeiteten auf diesem Weg die Einflussfaktoren dieses Erlebens heraus. Im Rahmen der Analyse gelang es uns, aus den vorliegenden Daten, Beziehungen zwischen den einzelnen Aspekten, die auf das Erleben des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie einwirken, zu erkennen und typische Erlebensmuster herauszuarbeiten.

Ein zentrales Ergebnis unserer Arbeit bestätigt, dass die therapeutische Beziehung ein tragendes Element der Personenzentrierten Psychotherapie darstellt. Das bedeutet, dass die Qualität der Beziehung zwischen Klient/Klientin und Therapeut/Therapeutin in einem hohen Maß mitbestimmt, wie die Therapie verläuft

und wie der Klient/die Klientin diese für sich nutzen kann. Bereits vor Beginn der vorliegenden Untersuchung schätzten wir, bestärkt durch unsere persönlichen Erfahrungen als Klientinnen, die therapeutische Beziehung als wichtig für das Erleben des Klienten/der Klientin in der personenzentrierten Psychotherapie ein. Das enorme Ausmaß dieses Einflusses der Beziehung auf das Erleben des Klienten/der Klientin und damit auf den Therapieverlauf, konnten wir jedoch nicht erahnen. Im Rahmen unserer Analyse zeigte sich, dass viele Einflussfaktoren, die auf das Erleben des Klienten/der Klientin wirken, auf der Ebene der Beziehung miteinander verschmelzen.

Eine wichtige Aufgabe der Psychotherapieforschung sehen wir deshalb darin, ein umfassenderes Verständnis über die therapeutische Beziehung zu entwickeln. Dass es sich bei der Qualität der therapeutischen Beziehung um einen zentralen Faktor effektiver Psychotherapie handelt, gilt weitgehend als anerkannt. Bei den bisherigen Forschungen zur therapeutischen Beziehung handelt es sich allerdings Großteils um klinische Beobachtungen durch Therapeuten/Therapeutinnen. Außerdem überwiegt auf diesem Forschungsfeld der Einsatz von quantitativen Verfahren (McLeod, 2011, S.8).

McLeod (2011) weist in seinem Handbuch über Qualitative Forschung in Beratung und Psychotherapie darauf hin, dass mit Hilfe qualitativer Forschung zur therapeutischen Beziehung bisherige Erkenntnisse sowohl hinterfragt als auch erweitert werden können. McLeod führt einige qualitative Studien der letzten Jahre an, welche die Perspektive der Klienten/Klientinnen berücksichtigen und deren Erleben der therapeutischen Beziehung untersuchen (S.8). Hier gilt es anzusetzen, um ein differenzierteres und detailreicheres Bild der therapeutischen Beziehung und darüber, wie diese in der Personenzentrierten Psychotherapie etabliert und gefördert werden kann, zu erhalten.

Darüber hinaus scheint es uns als hilfreich für zukünftige Forschungen, auch die Sichtweise des Therapeuten vermehrt in den Fokus zu nehmen. Unsere Forschung verdeutlicht, dass die Klienten/Klientinnen sich sehr viele Gedanken über ihr Gegenüber und ihre Wirkung auf den Therapeuten/die Therapeutin machen. Klienten/Klienten stellen Überlegungen darüber an, wie es dem Therapeuten/der Therapeutin in der Situation geht und warum er oder sie so handelt wie er/sie es tut.

Genauso wie sich der Klient/die Klientin ein Bild vom Therapeuten/der Therapeutin macht, passiert das natürlich auch umgekehrt. Um die Beziehung zwischen den Beteiligten besser begreifen zu können, scheint es uns deshalb sinnvoll, das Erleben des Therapeuten/der Therapeutin, als Gegenstück zum Erleben des Klienten/der Klientin, in die Forschung mit einzubeziehen. Dabei würde nicht nur die Einschätzung des Erlebens des Klienten/der Klientin aus der Perspektive des Therapeuten/der Therapeutin relevant sein, sondern auch, wie sich der Therapeut/die Therapeutin in der Beziehung zum Klienten/zur Klientin selbst erlebt, Berücksichtigung finden. Wir bekräftigen damit Frohbergs Forderung nach einer interaktionsbezogenen Prozessforschung für die Gesprächspsychotherapie. Eine derartige Forschung sollte die Prozessmerkmale des Therapeuten/der Therapeutin, des Klienten/der Klientin sowie der Therapiesituation ausführen und ihre Wirkung aufeinander erfassen und erklären (Frohberg, 2007).

Die qualitative Forschung bietet die Möglichkeit verschiedene Perspektiven heranzuziehen. Durch die Kombination und Ergänzung der Sichtweisen von Klienten/Klientinnen, Therapeuten/Therapeutinnen sowie außenstehenden Beobachtern/Beobachterinnen, von ein und derselben Situation, könnten die Erkenntnisse über die therapeutische Beziehung und über den Therapieprozess ganz allgemein erweitert und differenziert werden. Auf diese Art und Weise wäre es möglich, neue Erkenntnisse darüber zu gewinnen, welche Rollen dem Therapeut/ der Therapeutin und dem Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie zukommen.

Hier ist wichtig zu sehen, dass die Psychotherapie seit ihrem Entstehen starken Veränderungen diesbezüglich unterworfen ist. So entwickelte sich die Rolle des Therapeuten/der Therapeutin von der eines Experten/einer Expertin hin zu einer die den Therapeuten/die Therapeutin als unterstützenden Partner begreift. Mit dieser Entwicklung erfuhr die Rolle des Klienten/der Klientin ebenso eine starke Veränderung. Dabei wird dem Klienten/der Klientin immer mehr Bedeutung als selbstbestimmt Handelnder/Handelnde zugesprochen. Bereits Rogers ließ dem Klienten/der Klientin im therapeutischen Prozess eine besondere Rolle zukommen und sah ihn/sie nicht nur als inhaltlichen Führer/inhaltliche Führerin, sondern ebenso in einer aktiven Rolle, was die Verwertung der Prozesserfahrungen betrifft (Hutterer, 2005). Rennie (1998, 2010) griff den Aspekt der Rollenverteilung in der

Psychotherapie im Rahmen seiner Forschung zum Erleben des Klienten/der Klientin auf, indem er sich mit der Reflexivität und der Rolle des Klienten/der Klientin als Handelnder/Handelnde beschäftigte.

Das führt uns weiter zum nächsten wichtigen Punkt: Diese unterschiedlichen Perspektiven könnten ebenso verschiedene Therapeuten/Therapeutinnen-Sichtweisen oder Klienten/Klientinnen-Sichtweisen berücksichtigen. In Bezug auf das uns vorliegende Datenmaterial könnte das bedeuten, Unterschiede im Erleben der einzelnen Klientinnen herauszuarbeiten. Außerdem wäre es möglich die Vorgehensweisen oder Stile der einzelnen Therapeutinnen getrennt voneinander in den Blick zu nehmen und anschließend miteinander zu vergleichen, um so Wirkungsweisen besser nachvollziehen zu können. Eine derartige Forschung könnte differentielle Aspekte herausarbeiten und z.B. untersuchen, ob sich die Therapeutinnen, je nachdem welche Klientin ihnen gegenüber sitzt, unterschiedlich verhalten.

Ein weiterer Auftrag an die zukünftige Forschung auf dem Gebiet der Personenzentrierten Psychotherapie, ist es, einzelne Elemente des Therapiesgeschehens, wie z.B. die Sprache, die Körperhaltung usw. genauer herauszuarbeiten. Als richtungsweisend auf diesem Gebiet kann Rennie (1998, 2010) bezeichnet werden, der seit den 80ern Studien zu den unterschiedlichsten Aspekten von Psychotherapie durchführt. Das im Rahmen dieser Forschung herangezogene Datenmaterial ist sehr umfassend, so dass eine ergänzende Forschung zu einzelnen Aspekten, wie z.B. der Körperhaltung- und Körpersprache oder dem Einsatz von Paraphrasen, ebenso möglich wäre.

Zusammenfassend möchten wir festhalten, dass unsere Forschung zum Erleben des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie eine Vielzahl an Aspekten aufgreift. Diese Forschung verdeutlicht somit die Komplexität des therapeutischen Geschehens in der Personenzentrierten Psychotherapie und liefert Anknüpfungspunkte für weitere Forschungen.

17 Literatur

Bense, A. (1977). Erleben in der Gesprächspsychotherapie: die Experiencing-Theorie Gendlins in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. Weinheim (u.a.): Beltz

Breuer, F., Mey G., Mruck, K. (2011). Subjektivität und Selbst-/Reflexivität in der Grounded-Theory-Methodologie. In: Mey, G. (Hrsg.). Grounded Theory Reader. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (S.427-448)

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz H. J. (2003). Gesprächspsychotherapie: verändern durch Verstehen. Stuttgart: Kohlhammer

Bohnsack R., Marotzki W., Meuser M. (Hrsg) (2006). Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich

Duden (2002). Schülerduden Philosophie. Mannheim: Dudenverlag

Flick, U., v. Kardorff, E., Keupp, H., v. Rosenstiel, L., Wolff, S. (Hrsg.) (1995). Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.

Filz, A., (1996). Die Stellung der Psychotherapie zwischen Psychiatrie und Psychologie. In: Pritz, A. (Hrsg.). Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen. Wien, New York: Springer, (S. 249-262)

Frenzel, P., Keil, W.W., Schmid, P.F., Stölzl, N. (Hrsg.) (2001). Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Wien: Facultas

Frohberg, I. (2007). Forschung in der Gesprächspsychotherapie. In: Kriz, J. & Slunecko, T. (Hrsg.). Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes. Wien: Facultas, (S. 206-224)

Gordon, N. S. (2000). Researching psychotherapy, the importance of the client's view: A methodological challenge. *The Qualitative Report* [On-line serial], 4(3/4). Available: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR4-1/gordon.html> [16.12.2011]

Heilinger, J.-C., Jung, M. (Hrsg.) (2009). Funktionen des Erlebens. Neue Perspektiven des qualitativen Bewusstseins. Berlin, New York: Walter de Gruyter

Höger, D. (2006). Die Entwicklung des Klientenzentrierten Konzepts. In: Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E. M. & Höger, D. (Hrsg.). Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. Berlin: Springer Verlag, (S.11-35)

Hülst D. (2010). Grounded Theory. In: Friebertshäuser B. Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim [u.a.]: Juventa-Verlag

Hutterer, R. (2006). Das Paradigma der Humanistischen Psychologie. Entwicklung, Ideengeschichte und Produktivität. Wien: Springer

Hutterer, R. (2005). Eine Methode für alle Fälle. Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Klärungen und Problematisierungen. In: Person 1, WUV: Wien, (S. 21-41)

Hutterer, R. (1992). Personenzentrierte Psychotherapie zwischen Psychoboom und Identitätskrise. In: Stipsits, R., Hutterer, R. (Hrsg.). Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Wien: WUV, (S.71-82)

Hutterer, R. (1984). Authentische Wissenschaft. Auf der Suche nach einem personenzentrierten, humanistischen Verständnis von Wissenschaft und Forschung. In: Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Gesprächsführung (Hrsg.). Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung. Wien: ÖBV, (S.27-51)

Johnson, R. B., Christensen, L. B. (2008). Educational Research: quantitative, qualitative and mixed approaches. Los Angeles [u.a.]: SAGE

Junge, K., Suber, D., Gerber, G. (Hrsg.) (2008). Erleben, Erleiden, Erfahren. Die Konstitution sozialen Sinns jenseits instrumenteller Vernunft. Bielefeld: transcript Verlag

Keil, W.W. (2001). Klientenzentrierte Therapietheorie. In: Frenzel, P., Keil, W.W., Schmid, P.F., Stölzl, N. (Hrsg.). Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Wien: Facultas, (S. 119-146)

Kierein, M. (1994). Psychologengesetz, Psychotherapiegesetz. Wien: Orac

Konopásek, Z. (2008). Making Thinking Visible with ATLAS.ti: Computer Assisted Qualitative Analysis as Textual Practices [62 paragraphs]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 9(2), Art. 12, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0802124> [18.12.2011]

Korunka, C. (2001). Die philosophischen Grundlagen und das Menschenbild des Personenzentrierten Ansatzes. In: Frenzel, P., Keil, W.W., Schmid, P.F., Stölzl, N. (Hrsg.). Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Wien: Facultas, (S. 33-56)

Kreuter-Szabo, S. (1988). Der Selbstbegriff in der humanistischen Psychologie von A. Maslow u. C. Rogers. Frankfurt am Main [u.a.]: Lang

Kriz, J. & Slunecko, T. (Hrsg.) (2007). Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes. Wien: Facultas

Kriz, J. (2007). Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. In: Kriz, J. & Slunecko, T. (Hrsg.) (2007). Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes. Wien: Facultas, (S. 15-33)

Kuckartz, U. (2007). Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Lamnek, S. (2005). Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz

Marienberg, S. (2009). Die Grenzen der Vergegenständlichung qualitativen Erlebens. In: Jung, M., Heilinger, J.-C. (Hrsg.). Funktionen des Erlebens. Neue Perspektiven des qualitativen Bewusstseins. Berlin, New York: Walter de Gruyter, (S. 41-58)

McLeod, J. (2011). Qualitative research in counseling and psychotherapy (2nd ed.). London: Sage Publications.

Mühlmeyer-Mentzel, A. (2011). Das Datenkonzept von ATLAS.ti und sein Gewinn für "Grounded-Theory"-Forschungsarbeiten. Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research, 12(1), Art.32, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1101325> [03.11.2011]

Popp, M. (1995). Einführung in die Grundbegriffe der Allgemeinen Psychologie. München, Basel: E. Reinhardt

Pritz, A., Teufelhart, H. (1996). Psychotherapie – Wissenschaft vom Subjektiven. In: Pritz, A. (Hrsg.). Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen. Wien, New York: Springer, (S.1-18)

Rennie, D.L. (2010). Humanistic Psychology at York University: Retrospective: Focus on Clients' Experiencing in Psychotherapy: Emphasis of Radical Reflexivity. The Humanistic Psychologist, 38: 1, (S.40-56)

Rennie, D.L. (1998). Person-Centered Counselling. An Experiential Approach. London: Sage

Rogers, C.R. (2009a) [1961]. Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart: Klett-Cotta

Rogers, C. R. (2009b) [1959]. Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. München: Reinhardt.

Rogers, C. R. (2009b) [1959]. Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. München: Reinhardt.

Rogers, C.R. (2005) [1977]. Kann Lernen sowohl Gedanken als auch Gefühle einbeziehen? In: Roger, C.R., Rosenberg, R.L. (2005). Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart: Klett-Cotta

Roger, C.R. (2005) [1975]. Empathie – eine unterschätzte Seinsweise. In: Roger, C.R., Rosenberg, R.L. (2005) [1977]. Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart: Klett-Cotta

Rogers, C.R. (2001) [1959]. A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships, As Developed in the Client-Centered Framework. In: Kirschenbaum, H., Land Henderson, V. (Hrsg.)(2001) [1989]. The Carl Rogers Reader. London: Constable

Rogers, C.R. (1991b) [1980]. Klientenzentrierte Psychotherapie. In: Rogers, C.R., Schmid, P.F. (1991). Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz: Matthias-Grünwald, (S.185-237)

Rogers, C.R. (1991a) [1957]. Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In: Rogers, C.R., Schmid, P.F. Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz: Matthias-Grünwald, (S.165-184)

Rogers, C. R. (1973) [1951]. Die klient-bezogene Gesprächstherapie. Client-centered therapy. Mit Beiträgen von Dorfman, E., Gordon, T., Hobbs, N. München: Kindler

Sauerland, K. (1972). Diltheys Erlebnisbegriff. Entstehung, Glanzzeit und Verkümmern eines literaturhistorischen Begriffs. Berlin, New York: Walter de Gruyter

Schmid, P.F., Keil, W.W. (2001). Zur Geschichte und Entwicklung des Personzentrierten Ansatzes. In: Frenzel, P., Keil, W.W., Schmid, P.F., Stölzl, N. (Hrsg.). Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Wien: Facultas, (S. 15-32)

Schmid, P.F. (2001). Personzentrierte Persönlichkeits- und Beziehungstheorie. In: Frenzel, P., Keil, W.W., Schmid, P.F., Stölzl, N. (Hrsg.). Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Wien: Facultas, (S. 57-95)

Slunecko, T. (1999). Psychotherapie - Eine Lagebestimmung. In: Slunecko, T., Sonneck, G. (Hrsg.). Einführung in die Psychotherapie. Wien: Facultas, (S. 11-26)

Strauss, A. L., Corbin, J. (1996). Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz

Strübing, J. (2008). Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Thorne, B. (1992). Carl Rogers: Vermächtnis und Herausforderung. In: Stipsitz, R., Hutterer, R. (Hg.) (1992). Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Wien: WUV – Universitätsverlag, S.39-53

Wolfram, E.-M. (1996). Phänomenologische Psychotherapieforschung: Die Methode des Erkenntnisgewinns aus Erfahrung. In: Pritz, A. (Hrsg.). Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen. Wien, New York: Springer, (S. 323-340)

18 Kurzzusammenfassung

Diese Diplomarbeit widmet sich dem Erleben des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie. „Wie der Klient es sieht“, wie er/sie die therapeutische Situation erlebt, war für Rogers von großer Bedeutung für die Erarbeitung seiner Theorie der Personenzentrierten Psychotherapie. Folgend dem Leitbild der Humanistischen Psychologie stellte Rogers das Individuum ins Zentrum seiner Betrachtungen.

Der Respekt vor der subjektiven Erkenntnis des Individuums verlangt die Berücksichtigung der Perspektive des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie und deren Forschung. Darüber hinaus stellt der Einbezug der Perspektive des Klienten/der Klientin in die Psychotherapieforschung ein besseres Verständnis der Prozesse und Wirksamkeit von Psychotherapie in Aussicht.

Der Forschungsstand zeigt eine bis in die Gegenwart reichende Dominanz des Einsatzes von quantitativen Methoden in der Psychotherapieforschung. Allerdings finden zunehmend auch qualitative Methoden, die in der Phänomenologie und Hermeneutik begründet sind, Einzug in die Psychotherapieforschung. Dadurch sind die Möglichkeiten des Einbezugs der Sichtweisen von Klienten/Klientinnen heute größer denn je.

Die von uns realisierte Analyse zum Erleben des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie steht beispielhaft für die Ergänzung der Psychotherapieforschung um die Sichtweise des Klienten/der Klientin.

Mit Hilfe dieses Forschungsvorhabens, welches nach der Methode der Grounded Theory verwirklicht wurde, findet das im theoretischen Teil der Arbeit abgegrenzte Problemfeld im empirischen Abschnitt eine praktische Annäherung. Durch die Analyse von Erlebnisberichten und weiterem Datenmaterial zum subjektiven Erleben von Klientinnen im personenzentrierten Therapiegeläch arbeiteten wir die Einflussfaktoren des Erlebens heraus. Mit Hilfe unserer Forschungsmethode konnten wir aus den vorliegenden Daten, Beziehungen zwischen den einzelnen Aspekten, die

auf das Erleben des Klienten/der Klientin in der Personenzentrierten Psychotherapie einwirken, erkennen und typische Erlebensmuster ablesen.

Abstract

This paper deals with the client's experiencing in the person-centered therapy. "How the client views it", how he/she experiences the therapeutic situation, was of great importance to Rogers for developing his theory of the person-centered therapy. Following the general principles of the Humanistic Psychology, Rogers situated the individual person in the center of his considerations.

The respect for the subjective experience of the individual person demands the consideration of the client's perspective in the person-centered psychotherapy and its research. In addition, integrating the client's perspective is of great advantage in enabling a better understanding of the processes and effectiveness of psychotherapy.

The current state of research shows that quantitative methods are still dominating the psychotherapy research. Nevertheless, a rise of qualitative methods, which are founded in Phenomenology and Hermeneutics, has been observed. Hence, the possibilities of including the client's personal view have increased enormously.

Our analysis of the client's experience in person-centered psychotherapy serves as an example for the completion of the client's point of view in psychotherapy research.

With help of this research project, which was realized according to the so-called Grounded Theory, the issue defined in the theoretical part will be practically approached in the empirical section. By analyzing reports and further data which focus on the client's experience in the person-centered therapy, we were able to figure out the essential factors of the experience. Based on our data, we could identify relations within the singular aspects which influence the client's experience in the person-centered psychotherapy, and we were able to recognize typical patterns of experience.

19 Anhang

Im Anhang finden sich jene Daten, die zum genauen Nachvollziehen unserer Forschungsarbeit unerlässlich scheinen. Dabei handelt es sich um den Fragebogen, der für die Post-Session-Interviews herangezogen wurde, die Kodeliste, die sich nach dem offenen Kodieren ergeben hat, eine Liste der für die Analyse herangezogenen Quotations, sowie die im Rahmen des axialen Kodierens erarbeitete Matrix. Außerdem sind die Originaldaten, die zur Grounded Theory Analyse herangezogen wurden, sowie die ATLAS.ti Dateien auf dem Datenträger zu finden, der dieser Arbeit beiliegt.

19.1 Post-Session-Interview (SS2009)

Datum des Gespräches		
Interviewer/in: Zuname		
Klient/in: Zuname		
THERAPEUTIN: (bitte ankreuzen)	☐	Therapeutin 1
	☐	Therapeutin 2
	☐	Therapeutin 3

TEIL 1

Instruktionen

1. Ziel dieses Interviews: Sie sollten als „Forscherin“ die Klienten dazu anregen, MÖGLICHST VIEL über das Gespräch, über Verlauf und Situation des Gespräches zu sagen. Allgemeine Leitfragen sind: WIE ist es dem/der Klienten/in in dem Gespräch ergangen? WAS ist in dem Gespräch geschehen? WIE ist es geschehen? WIE ist das Gespräch verlaufen?
2. Damit der/die Klient/in viel sagen kann, braucht sie/er Zeit und Raum. Achten Sie auch darauf, dass der/die Klient/in sich Zeit nimmt. Helfen Sie ihr/ihm mit folgenden STÜTZFRAGEN: Kannst Du mehr dazu sagen ? Was meinst Du genau damit ? Was kannst Du noch dazu sagen?
3. Ein beliebter FEHLER bei Post-Session-Interviews : Es wird nicht ÜBER DIE GESPRÄCHSSITUATION gesprochen, sondern das Beratungsgespräch wird INHALTICH FORTGESETZT. Sollte das passieren, vorsichtig und sanft gegensteuern bzw. Grenzen setzen: „Wir können das Gespräch nicht fortsetzen, sondern sollten Daten über das Gespräch sammeln.“
4. Notieren Sie sich die wichtigsten Aussagen zusammenfassend. Lassen Sie sich ruhig Zeit. Bitten Sie den/die Interview-Partner/in notfalls zu warten, bis Sie fertig notiert haben, wenn Sie nicht mehr mitkommen. Sie können auch laut sagen, was Sie aufschreiben und den Partner fragen, ob es so stimmt.
5. Prägnante Aussagen über das Gespräch, über die eigene Person in dem Gespräch, die eigene Befindlichkeit, das eigene Verhalten im Gespräch etc. notieren Sie bitte WÖRTLICH unter Anführungszeichen. Beispiele: Die Klientin sagte, sie habe „ständig geredet, ohne zu wissen, wo das hinführt“.
6. Wenn das Gespräch nicht von allein auf diese Themen kommt, orientieren sich zusätzlich zu den allgemeinen Leitfragen (siehe Punkt 1) an den folgenden Punkten. Zumindest zu diesen Punkten sollten Sie auch bei der Darstellung des Gespräches Aussagen machen

Wahrnehmungen der Klientin zu eigenen Person in der Gesprächssituation

(Wie hast du dich selbst in dem Gespräch erlebt? Welche Empfindungen, Gefühle waren im Vordergrund?)

Wahrnehmungen zum Therapeuten

(Wie hast du den Therapeuten erlebt und wahrgenommen, wie könnte man ihn charakterisieren? Sind Dir spezielle Dialog-Situationen mit dem Therapeuten in Erinnerung? Sein Verhalten, Ausdruck, Veränderungen im Verlauf des Gesprächs ?)

Art der Interaktion

(Wie war das Gesprächsklima, die Atmosphäre im Gespräch Wie könnte man diese beschreiben? Klimatische Veränderung während des Gesprächs ?)

Gesprächsverlauf

(Was hat sich geändert im Verlauf des Gespräches? Auffallende Änderungen im Verlauf des Gespräches, von Beginn bis zum Ende. Wie war es am Anfang? Wie in der Mitte? Wie gegen Ende?)

Gesprächsinhalt, Inhaltsverlauf

(Wie wichtig war das was du besprochen hast? Wie nah an deiner Person, an deinem persönlichen Leben waren die Themen und Inhalte? Welche Themen haben dich mehr, welche weniger betroffen gemacht? Hat Dich etwas besonders gefühlsmäßig berührt? Was war das?

TEIL 2

HILFREICHE ASPEKTE DES GESPRÄCHES (HAT nach Elliott)

1. Wenn Sie die Ereignisse und Situationen, die in dem Gespräch geschehen sind betrachten, Welche davon waren die WICHTIGSTEN und HILFREICHSTEN für Sie (Mit Ereignissen und Situationen in dem Gespräch ist gemeint: etwas, was in dem Gespräch passiert ist. Es kann etwas sein, was Sie sagten und taten oder die Therapeutin sagte oder machte)

2. Bitte beschreibe so detailliert und genau wie möglich: Was war an dieser Situation hilfreich und wichtig? Was hast Du dadurch gewonnen?

3. Wie hilfreich war dieses spezielle Gesprächsereignis? Bitte nehmen Sie mit Hilfe dieser Skala eine Einschätzung vor. Bitte ANKREUZEN (X) Auch Zwischenstufen sind möglich, z.B. 6,5)

HINDERLICH <----- Neutral -----> **HILFREICH**

1 2 3 4 5 6 7 8 9

|---+---|---+---|---+---|---+---|---+---|---+---|---+---|

EXTREM STARK MÄSSIG LEICHT LEICHT MÄSSIG STARK
EXTREM

4. Wie nahe am Kern deiner Persönlichkeit, am Kern deines „Charakters“ war dieses Gesprächsereignis?

NAHE <----- Neutral -----> **ENTFERNT**

1 2 3 4 5 6 7 8 9

|---+---|---+---|---+---|---+---|---+---|---+---|---+---|

EXTREM STARK MÄSSIG LEICHT LEICHT MÄSSIG STARK
EXTREM

5. Ungefähr wo, in welchem Abschnitt in diesem Gespräch ist dieses Ereignis passiert?
- Schätzung

ANFANG

MITTE

ENDE

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

6. Wie lange hat es gedauert? - Schätzung

MOMENTE	SEHR KURZ	KURZ	MITTEL	LANG	SEHR LANG
--	30sec	1min. 2min 3Min	5min 7min 10min	15min	20min + +
-----	----	-----	-----	-----	-----

7. Ist zusätzlich etwas anderes passiert, was in dem Gespräch hilfreich war? JA
NEIN

[→ Wenn JA, wie hilfreich war das Gesprächsereignis:

- + Leicht hilfreich
- ++ Mäßig hilfreich
- +++ Stark hilfreich
- ++++ Extrem hilfreich

→ Bitte beschreiben Sie kurz dieses zusätzlich hilfreiche Ereignis:

8. Ist während des Gespräches etwas geschehen, was hinderlich gewesen ist? JA
NEIN

[→ Wenn JA, wie hinderlich war das Gesprächsereignis:

- Leicht hinderlich
- Mäßig hinderlich
- Stark hinderlich
- Extrem hinderlich

→ Bitte beschreiben Sie kurz dieses hinderliche Ereignis:

19.2 Kodeliste

Code-Filter: All

HU: backup of KlientInnen_Erleben12.08.
File: [C:\Users\apfilein\Studium\Diplomarbeit\Klientenerleben_AtlasTI\backup of KlientInnen_Erleben12.08..hpr6]
Edited by: Super
Date/Time: 16.01.12 12:14:39

1_Erleben zur Therapeutin

- 1_Klientin erlebt die Einstellung/Ausstrahlung der Therapeutin als positiv/optimistisch**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als freundlich/sympathisch/fröhlich/herzlich**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als aktiv/teilnehmend**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als aufmerksam**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als autoritär/dominant/ die Richtung vorgehend**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als desinteressiert/genervt**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als direktiv/neugierig**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als distanziert**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als echt/authentisch**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als einfühlsam/empathisch**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als entspannt/ruhig/locker**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als fordernd**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als interessiert**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als kompetent/professionell/personenzentriert**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als kongruent**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als konstant**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als nah bei ihr/für sie da**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als nicht einfühlsam/empathisch**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als nicht hilfreich**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als nicht überfordert**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als nicht wertend**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als offen**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als passiv**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als selbstbewusst/als starke Persönlichkeit**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als unsicher/überfordert**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als verständnisvoll**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als vorsichtig/überlegt/abwartend**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als wertend**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als zu aktiv**
- 1_Klientin erlebt Therapeutin als zu wenig aufmerksam/versucht nicht zu verstehen**
- 1_Klientin fühlt sich bei der Therapeutin wohl**
- 1_Klientin fühlt sich durch Therapeutin bestärkt/bestätigt**
- 1_Klientin fühlt sich durch Therapeutin verunsichert/gestört**
- 1_Klientin glaubt dass Therapeutin sich nicht wohl fühlte**
- 1_Klientin nimmt Therapeutin als Person kaum wahr**
- 1_Klientin nimmt Therapeutin als Spiegel wahr**
- 1_Klientin wird von Therapeutin verwirrt/aus Gedanken gerissen**
- 1_Therapeutin vermittelt Sicherheit/Stabilität/Stärke**
- 1_Therapeutin vermittelt Vertrautheit/Wärme/Geborgenheit/Vertrauen**
- 1_Therapeutin versucht zu verstehen**
- 1_Unterschiedliches Erleben der Therapeutin vor/nach/während dem Gespräch**
- 1_Vergleich mit anderen Therapeutinnen**
- 10_Gesprächsthema**
- 10_Anlass für Gesprächsthema**
- 10_Beiispiel aus Therapiegespräch**

10_Gedanken über Themenfindung im Vorhinein
 10_Gesprächsthema aktuell/präsent
 10_Gesprächsthema der Klientin schon klar/vorbereitet
 10_Gesprächsthema erschöpft
 10_Gesprächsthema nah/wichtige Inhalte
 10_Gesprächsthema verarbeitet/abgeschlossen
 10_keine Gedanken über Themenfindung im Vorhinein
 10_Klientin bekommt Einsicht wie sich das Thema auf verschiedenen Lebensbereiche auswirkt
 10_Klientin fällt es schwer Thema zu finden
 10_Klientin findet ihr eigentliches Thema schon bald
 10_Klientin hat Bedürfnis über das Thema zu sprechen, obwohl sie schon darüber gesprochen hat
 10_Klientin ist erstaunt über/spürt Komplexität/Nähe des Themas
 10_Klientin kann sich voll und ganz auf ihr Thema einlassen
 10_Klientin tastet sich an eigentliches Thema heran
 10_Klientin wählt oberflächliches Thema um Therapiezeit zu füllen
 10_Thema beschäftigt Klientin und bereitet ihr Unruhe
 10_Themenwechsel
 10_Unsicherheit über Themenwahl
 10_Zufriedenheit mit gewählten Thema
 11_Gesprächsabschluss
 11_Ende des Gesprächs ist irritierend/seltsam/unerwartet für Klientin
 11_Gesprächsabschluss durch die Klientin
 11_Gesprächsabschluss durch die Therapeutin
 11_Klientin empfindet Ende des Gesprächs als Erleichterung
 11_Klientin empfindet Gesprächsabschluss als angenehm
 11_Klientin empfindet Gesprächsabschluss als unangenehm
 11_Therapeutin überträgt Klientin Verantwortung für Gesprächsabschluss
 12_Ergebnisse bzw. Resümee des/über Gespräch
 12_Gespräch brachte Klientin auf keine neuen Einsichten/Perspektiven/Erkenntnisse oder Lösungen
 12_Gespräch bringt Klientin auf neue Einsichten/Perspektiven/Erkenntnisse oder Lösungen
 12_Gespräch für Klientin unbefriedigend/enttäuschend
 12_Gespräch hat keine grundlegenden Veränderungen mit sich gebracht
 12_Gespräch sehr emotional
 12_Gespräch sehr intensiv
 12_Gespräch verdeutlicht der Klientin ihre Gefühle zum Thema
 12_Gespräch verlief harmonisch
 12_Klientin empfindet Gespräch als hilfreich
 12_Klientin empfindet Therapieerfahrung als angenehm
 12_Klientin erlebt das Gespräch als sehr nahe an ihrer Person und ihren Gefühlen
 12_Klientin fand es interessant eine Therapieerfahrung bei einer professionellen personenzentrierten Beraterin zu machen
 12_Klientin hat das Bedürfnis noch weiterzusprechen
 12_Klientin hat das Gefühl alle Facetten des Themas beleuchtet zu haben
 12_Klientin hat das Gefühl sie müsste sich noch intensiver mit dem Thema auseinandersetzen
 12_Klientin vergleicht Gespräch mit vorangegangenen Gesprächen
 12_Klientin zieht Resümee über alle Therapiegespräche
 13_Selbsterleben
 13_10_Bedürfnis der Klientin tiefer in die Thematik einzutauchen
 13_10_Klientin fällt es schwer ihr Thema klar/verständlich darzustellen
 13_10_Klientin fällt es schwer über dieses Thema zu sprechen
 13_Bewusstsein der Klientin dass die Verantwortung über ihre Gefühle und Gedanken bzw. ihr Verhalten bei ihr liegt
 13_Gedanken über die Wirkung auf die Therapeutin bzw. auf andere
 13_Klientin entspannt/beruhigt sich
 13_Klientin erlebt Gesprächssituation als ungewohnt
 13_Klientin erlebt ihre Gedanken als sprunghaft
 13_Klientin erlebt sich als wertend ihr selbst gegenüber
 13_Klientin erlebt sich distanziert in Bezug auf ihre Gefühle

13_Klientin erstaunt über Entwicklung
 13_Klientin fällt es nicht schwer sich zu öffnen
 13_Klientin fällt es schwer die richtigen Worte zu finden
 13_Klientin hat bereits Erfahrung mit Psychotherapie
 13_Klientin hat das Gefühl sich im Kreis zu drehen/nicht weiter zu kommen
 13_Klientin hat Raum und Zeit für sich
 13_Klientin ist es nicht unangenehm Gefühle zu zeigen
 13_Klientin ist mit sich selbst beschäftigt/auf sich selbst konzentriert
 13_Klientin ist ruhig und nachdenklich
 13_Klientin ist sich dem Therapie Setting der personenzentrierten Beratung bewusst
 13_Klientin ist sich ihrer Gefühle bewusst/kann Gefühle klar wahrnehmen
 13_Klientin ist sich unsicher ob die Therapeutin ihren Gedanken folgen kann
 13_Klientin ist von sich selbst überrascht
 13_Klientin kann frei/offen sprechen/reden
 13_Klientin kann Gedanken/Gefühle gut zum Ausdruck bringen
 13_Klientin kann sich Gefühl eingestehen
 13_Klientin kann sich nicht konzentrieren
 13_Klientin kann sich nicht richtig auf das Therapiegespräch einlassen
 13_Klientin kann Therapeutin nicht verstehen/folgen
 13_Klientin lässt sich durch nichts ablenken/aus der Ruhe bringen
 13_Klientin lässt sich von Gedanken und Gefühlen leiten
 13_Klientin möchte für die Therapeutin verständlich sein
 13_Klientin verspürt eine Entwicklung bei ihr selbst
 13_Klientin wird im Gespräch mehr über sich selbst bewusst/ kann sich selbst besser verstehen
 13_Stimme der Klientin
 14_Ängste der Klientin
 14_Angst der Klientin ihr Innerstes preiszugeben
 14_Angst in Bezug auf das Gesprächsthema
 14_Angst vor Pausen
 14_Klientin hat Angst die Therapeutin zu enttäuschen/langweilen
 14_Klientin hat Angst nicht richtig verstanden zu werden bzw. bewertet zu werden
 14_Klientin hat Angst sich nicht öffnen zu können
 14_Klientin hat Angst Therapeutin kann nicht weiterhelfen
 14_Klientin hat Angst Therapeutin zu überfordern
 15_Gemeinsame Interaktion
 15_Blickkontakt zwischen Klientin und Therapeutin
 15_Gemeinsame Interaktion wie zB Lachen, Humor,...
 16_Erwartungen/Wünsche an die Therapeutin
 16_Klientin erwartet dass die Therapeutin aufmerksam zuhört, egal was sie sagt
 16_Klientin erwartet Hilfe der Therapeutin beim Füllen der Pausen
 16_Klientin erwartet sich mehr Teilnahme der Therapeutin am Gespräch
 16_Klientin hat Erwartungen an die Therapeutin/an das Gespräch
 16_Klientin hat keine Erwartungen an die Therapeutin/das Gespräch
 16_Klientin wünscht sich Antworten auf ihre Fragen/einen Tipp/einen Rat
 16_Klientin wünscht sich die Möglichkeit eines verfrühten Gesprächsendes
 16_Klientin wünscht sich Hinweis auf noch verbleibende Zeit
 16_Klientin wünscht sich mehr Unterstützung von der Therapeutin
 16_Klientin wünscht sich Verständnis seitens der Therapeutin
 18_Vorgehen, Verhalten der Therapeutin
 18_19_Klientin-Therapeutin-Beziehung
 18_19_Klientin und Therapeutin ergänzen sich
 18_Atmung der Therapeutin
 18_Körperhaltung der Therapeutin
 18_Körpersprache der Therapeutin
 18_Mimik der Therapeutin
 18_Paraphrasen/Reflexionen der Therapeutin helfen nur teilweise/treffen nur teilweise zu
 18_Passende/Treffende Wortwahl durch Therapeutin
 18_positives Empfinden des Vorgehens der Therapeutin
 18_Stimme/Sprache der Therapeutin

18_Therapeutin achtet/reagiert auf Reaktionen und Körpersprache der Klientin
 18_Therapeutin agiert vorsichtig/unsicher/verkrampft
 18_Therapeutin benutzt die Worte/Metapher der Klientin
 18_Therapeutin bestätigt Klientin nonverbal
 18_Therapeutin bringt das Gesagte auf den Punkt
 18_Therapeutin bringt ihre eigene Sicht der Dinge ein/interpretiert
 18_Therapeutin bringt Klientin auf neue Gedanken/Sichtweisen
 18_Therapeutin erkennt die Gefühle/Gedanken der Klientin
 18_Therapeutin fragt nach
 18_Therapeutin hilft die Gedanken zu ordnen/strukturieren
 18_Therapeutin hilft Klientin den Gesprächsfaden wiederzufinden
 18_Therapeutin hilft Klientin sich über ihre Gefühle/Bedürfnisse/Gedanken klarzuwerden
 18_Therapeutin lässt Klientin ausreichend Raum und Zeit/drängt nicht
 18_Therapeutin lenkt Gespräch in andere Richtung
 18_Therapeutin nimmt im Sprechen Perspektive der Klientin ein
 18_Therapeutin nimmt Klientin den Druck
 18_Therapeutin paraphrasiert gut/fasst treffend zusammen
 18_Therapeutin paraphrasiert zu oft/zu schnell/in zu kurzen Abständen
 18_Therapeutin reagiert auf/spiegelt Emotionen der Klientin
 18_Therapeutin reagiert nicht auf Klientin
 18_Therapeutin regt zu einer tieferen Auseinandersetzung mit dem Thema an
 18_Therapeutin regt zu keiner tieferen Auseinandersetzung mit dem Thema an
 18_Therapeutin spricht noch nicht Verbalisierbares der Klientin aus
 18_Therapeutin trifft Gefühle/Gedanken der Klientin nicht
 18_Therapeutin unterbricht Klientin
 18_Therapeutin unterbricht Pausen
 18_unpassende Reaktion der Therapeutin
 19_Vorgehen, Verhalten der Klientin
 19_Interpretation der Klientin
 19_Klientin blendet Umgebung aus
 19_Klientin geht auf Gefühle ein bzw. lässt sich fallen
 19_Klientin geht immer tiefer in Thematik ein
 19_Klientin gibt Gefühlen Raum um sie zu ordnen
 19_Klientin grenzt sich emotional ab
 19_Klientin hält Teetasse/Glas
 19_Klientin nimmt Kissen/Polster als Schutz/Stärkung
 19_Klientin nimmt sich aktiv den Raum für sich und ihre Gefühle
 19_Klientin nutzt Therapiegespräch als Supervision
 19_Klientin reagiert nicht auf Aussagen der Therapeutin
 19_Klientin redet schnell/viel
 19_Klientin stellt personenzentrierten Ansatz/Therapeutin in Frage
 19_Klientin versucht ihre Gefühle zu kontrollieren
 19_Klientin versucht Therapeutin aus Reserve zu locken
 19_Körperhaltung/-sprache der Klientin
 19_Umgehen der Klientin mit den Äußerungen der Therapeutin
 2_Raumklima
 2_Geräusche störend
 2_Klientin fühlt sich im Raum wohl/geborgen
 2_Praxisatmosphäre inszeniert und unecht für Klientin
 20_Empfindungen der Klientin nach dem Gespräch
 20_Ausklingenlassen des Gesprächs
 20_Klientin geht mit einem neutralen/negativen Gefühl aus dem Gespräch
 20_Klientin geht mit einem positiven Gefühl aus dem Gespräch
 20_Klientin ist nach den Gesprächen immer kalt
 20_Klientin kann sich nicht mehr genau an Gespräch erinnern
 20_Verabschiedung
 3_Empfindungen der Klientin vor dem Gespräch
 3_Abwehrhaltung gegenüber Therapiestunde
 3_angenehme Atmosphäre vor dem Gespräch

3_Beschreibung der Situation vor Beginn des Therapiegespräches
 3_Enttäuschung über Empfang/Begrüßung der Therapeutin
 3_Herzliche/nette Begrüßung durch die Therapeutin
 3_Klärung wie will man angesprochen werden. Du oder Sie?
 3_Klientin beschreibt ihre Gefühle vor dem Therapiegespräch
 3_Klientin geht gelassen/entspannt in das Therapiegespräch
 3_Klientin geht mit einem schlechten Gefühl ins Gespräch
 3_Klientin geht mit gemischten Gefühlen ins Gespräch
 3_Klientin geht unvoreingenommen in das Gespräch
 3_Klientin gespannt/neugierig auf Therapeutin/Gespräch
 3_Klientin ist mit Therapiesituation bereits vertraut
 3_Klientin verspürt Anspannung/Nervosität/Unsicherheit vor Gespräch
 3_kühle Atmosphäre vor dem Gespräch
 3_vorab Gedanken zur Gesprächssituation
 3_Voreingenommenheit/Vorurteile gegenüber Therapeutin
 4_Gesprächseinstieg
 4_einleitende Worte durch die Therapeutin
 4_Einstieg durch Therapeutin ist für Klientin hilfreich/wichtig
 4_Einstieg in das Therapiegespräch war der Klientin vertraut
 4_Fehlen von einleitenden Worten der Therapeutin
 4_Gespräch beginnt mit vorherigen Überlegungen zum Gespräch selbst
 4_Gesprächseinstieg übernimmt die Klientin selbst
 4_Klientin erlebt den Gesprächseinstieg als merkwürdig
 4_Klientin erlebt den Gesprächseinstieg als nicht schwierig
 4_Klientin erlebt Gesprächseinstieg als schwierig
 4_Klientin fällt es leicht ins Thema zu kommen
 4_schneller Einstieg in das Gespräch
 4_Unsicherheit bei Gesprächsbeginn
 5_Audio-Analyse/Erlebnisbericht/Post-Session-Interview
 5_andere Wahrnehmung bei Audioanalyse als bei Therapiegespräch
 5_Infos zum Erlebnisberichts
 5_Infos zum Post-Session-Interview
 5_Infos zur Audioanalyse
 6_Erleben als/zur Beobachterin
 6_Anwesenheit der Beobachterin stört Klientin
 6_Anwesenheit der Beobachterin stört Klientin nicht
 6_Beobachterin als Rückenstärkung
 6_Beobachterin andere Wahrnehmung als Klientin
 6_Beobachterin ist der Klientin sympathisch
 6_Beobachterin nimmt Gefühle der Klientin wahr
 6_Erfahrungen als Beobachterin
 6_Klientin blendet Beobachterin aus
 6_Klientin empfindet es als wichtig die Beobachterin nicht im Blickfeld zu haben
 6_Klientin ist an Feedback der Beobachterin interessiert
 6_Klientin nimmt Beobachterin kaum wahr
 6_Position der Beobachterin
 6_Wahrnehmung in Bezug auf die Therapeutin anders in der Klientinnenrolle als in der Beobachterinnenrolle
 7_Zeiterleben in der Therapiestunde
 8_Gesprächsverlauf
 8_Aha-Erlebnis
 8_Gespräch ist Dialog
 8_Gespräch ist Monolog
 8_Gespräch konstant
 8_Gespräch oberflächlich
 8_Gespräch stockt/stagniert
 8_Info bezüglich Gesprächsverlauf
 8_Klientin empfindet Pausen als positiv
 8_Klientin empfindet Unterbrechung als hilfreich

8_Klientin fällt es schwer Pausen auszuhalten
 8_Klientin findet ins Gespräch/wird intensiver
 8_Klientin hat das Gefühl die Pausen füllen zu müssen
 8_Klientin kann Pausen gut aushalten
 8_Klientin kann Pausen nutzen
 8_Unterbrechung des Gesprächs störend
 9_Emotionen der Klientin
 9_Klientin ärgert sich/ist wütend über Therapeutin
 9_Klientin empfindet Gesprächsatmosphäre/-klima als negativ/kühl/nicht einladend
 9_Klientin empfindet Gesprächsatmosphäre/-klima als positiv/angenehm
 9_Klientin empfindet Gesprächssituation als positiv
 9_Klientin erlebt Ambivalenz/ist hin und her gerissen zwischen verschiedenen Emotionen
 9_Klientin fühlt Druck/Verantwortung
 9_Klientin fühlt sich allein/hilflos
 9_Klientin fühlt sich als Mittelpunkt
 9_Klientin fühlt sich angenommen/akzeptiert/respektiert
 9_Klientin fühlt sich aufgewühlt/unruhig/angespannt/nervös/aufgeregt
 9_Klientin fühlt sich ausgeglichen/gelassen/entspannt
 9_Klientin fühlt sich erleichtert
 9_Klientin fühlt sich erschöpft
 9_Klientin fühlt sich frei
 9_Klientin fühlt sich gestört
 9_Klientin fühlt sich gut aufgehoben/gehalten/sicher
 9_Klientin fühlt sich gut/wohl
 9_Klientin fühlt sich mutig/ist voller Tatendrang/hoffnungsvoll
 9_Klientin fühlt sich nicht allein gelassen
 9_Klientin fühlt sich nicht ernst genommen
 9_Klientin fühlt sich nicht verstanden
 9_Klientin fühlt sich unsicher
 9_Klientin fühlt sich unwohl
 9_Klientin fühlt sich überfordert
 9_Klientin fühlt sich verletzt
 9_Klientin fühlt sich verstanden
 9_Klientin ist irritiert/verwirrt/überrascht
 9_Klientin ist von Therapeutin enttäuscht
 9_Klientin spürt bestimmte Gefühle, die an das Thema gebunden sind
 9_Klientin wird von ihren Emotionen überwältigt/weint/ist Tränen nahe
 9_neue Erkenntnis/Bewusstsein über Etwas klarer

19.3 Quotations

Quotation:	Text:
2:2	Klientin merkt dass sie sehr schnell und sehr aufgeregt gesprochen hat. Sie meinte sie habe sich vielleicht so verhalten, weil ihr die Therapeutin nicht so sympathisch gewesen sei und sie nicht wollte dass eine Pause entstehe, da sie der Meinung war in so einer Situation könne ihr die Therapeutin wahrscheinlich nicht helfen
2:4	(Klientin findet das Nachfragen passend, hat den Eindruck die Therapeutin will verstehen um was es geht)
2:11	(Klientin hätte sich so sehr einen Rat oder Tipp zu diesem Thema von der Therapeutin gewünscht, da sie sich selbst so unsicher war und so viele verschiedene Möglichkeiten im Kopf hatte)
4:1	Die Klientin fand es gut dass die Therapeutin hier auch mit lachte bzw. sich an ihre Stimmung anpasste, das lockerte das Gespräch schon auf und ließ die anfängliche Nervosität abklingen.
4:6	Es war der Klientin während dem Gespräch nicht bewusst, dass sie die Beraterin unterbricht bzw. öfter ihre Sätze vervollständigt, sie ist etwas überrascht.
4:15	Was der Klientin beim Wiederholten hören auch sehr deutlich auffällt, ist dass sie während sie über ihre Probleme spricht, auch immer versucht ihre Gefühle der Beraterin zu erklären bzw. genau darzustellen was sie meint und denkt. Es ist ihr sehr wichtig genau verstanden zu werden.
5:15	Mit dieser Aussage verwirrt die Therapeutin die Klientin komplett, sie weiß nicht was sie damit ausdrücken will und fühlt sich unverstanden.
6:1	Die Beraterin hat sich der Stimmung der Klientin angepasst und mit gelacht und sie so unterstützt, ihre Nervosität abzulegen.
6:18	So gibt sie der Klientin immer wieder das Gefühl verstehen zu wollen und auf der anderen Seite auch sich selbst als Person im Gespräch zuzulassen.
6:21	Das beiderseitige Lachen lockert die Situation auf und vermittelt bei der Klientin ein Gefühl des Verstandenseins.
6:23	Hier bessert sich die Beraterin selbst gleich wieder aus, es wird deutlich dass es ihr sehr wichtig ist genau am Erleben der Klientin zu bleiben.
6:27	Die Klientin war sehr verblüfft dass die Zeit bereits zu Ende war, sie hatte nicht das Gefühl bereits eine Dreiviertelstunde geredet zu haben.
7:4	Die Klientin ist beeindruckt, wie gut sie sich ausdrücken kann.
7:16	Sie fühlt sich in eine Ecke gedrängt, die sie aber nicht definieren kann. Das merkt man auch daran, dass die Klientin in weiterer Folge auf die von ihr erwähnte „Theorie“ nicht eingehen kann.
7:18	Die Klientin findet, dass die Therapeutin hier gut paraphrasiert hat. Sie kann in weiterer Folge intensiver darauf eingehen.
8:13	Die Klientin fühlt sich an diesem Punkt des Gesprächs ziemlich aufgekratzt. Sie hat viele verschiedene Themen im Kopf und springt von einem Thema zum anderen. Es zieht sich kein roter Faden durch die vorige Gesprächssequenz.
8:14	Die Klientin wurde bei ihrer vorigen Aussage lauter und die Therapeutin passte die Lautstärke und das Gesprächstempo dem der Klientin an.

8:25	Das Gesprächsende sieht die Klientin als positiv und hoffnungsvoll an. „Wie wenn wir gemeinsam den Berg erklommen hätten“
11:1	Die Klientin hat eigentlich hier gar nichts vom Seminar erwähnt, sie empfindet das daher eher als Interessensfrage der Beraterin.
12:9	Die Klientin empfindet die Aussagen der Therapeutin nicht treffend, sie nimmt zwar teilweise die Wörter auf hat aber nicht das Gefühl, dass sie weiterhelfen tiefer ins Gespräch zu finden.
12:10	die Klientin ist hier sehr aufgebracht und emotional, die Therapeutin geht aber hier überhaupt nicht darauf ein, sie selbst wirkt eher emotionslos.
12:12	Es ist hier wiederum sehr auffallend wie schnell, laut und aufgewühlt die Klientin erzählt und wie unpassend die langsamen und ruhigen Wortmeldungen der Beraterin hier sind. Die Klientin hat das während dem Gespräch nicht so empfunden, jetzt beim zuhören, hat sie aber das Gefühl gegen eine Wand geredet zu haben.
12:27	Das Wort "zwänglich" führt hier zur Verwirrung bei der Klientin. Die Klientin hat das als Bewertung empfunden, selbst unter Zwängen zu leiden.
12:30	Es entstehen immer längere Pausen im Gespräch, die die Klientin zwar während des Gespräches nicht als sehr störend empfand, aber sie hat darauf gewartet, dass die Beraterin einen Einstieg in das Gespräch findet bzw. sie besser versteht.
12:32	Die Klientin ist hier sehr im Zweifel und dreht sich immer wieder im Kreis, die Beraterin schafft es jedoch nicht ihr hilfreich zur Seite zu stehen.
12:34	Die Klientin musste auch das Gespräch selbstständig beenden, die Beraterin überlies alles ihr. So wie der Einstieg in das Gespräch durch die Beraterin nicht gegeben ist, fehlt hier auch der Schluss.
14:1	Die Einführenden Worte der Therapeutin findet die Klientin sehr gut. Sie sind sehr freundlich gewählt und zeigen an, dass die Therapieeinheit wirklich nur der Klientin gehört und auch alles Platz hat womit sie kommt.
14:4	Therapeutin hört sich laut Klientin so freundlich an, der Tonfall ist warm.
16:5	Klientin überlegte an dieser Stelle, wie sie die Erzählung beginnen könnte, damit es für die Therapeutin nicht verwirrend wird.
16:15	Die Klientin hat das Gefühl sich rechtfertigen zu müssen vor sich selber.
16:22	Die Klientin hat den Eindruck, dass die Beraterin zwar den Bogen gut spannt, eben zurück zu einem vorher genannten Punkt, aber sie fühlt sich gerade auch im weiteren Verlauf in eine bestimmte Richtung gedrängt.
17:2	Die Klientin ist froh, die Beraterin quasi mit Ihrer Geschichte zu unterhalten um so einen Zugang zu ihr zu bekommen.]
17:10	Obwohl die Beraterin eine Frage stellt, ist diese hier gerechtfertigt, weil sie die Klientin zum Nachdenken anregt.]
18:10	Einerseits empfindet es die Klientin als sehr positiv, dass die Beraterin zugibt, ihr nicht ganz folgen zu können, allerdings erleichtert ein erneuter Erklärungsversuch nicht gerade den Gesprächsfluss, oder das Gefühl verstanden zu werden.]
19:1	In diesem Abschnitt spürt die Klientin eine enorme Nervosität und Unsicherheit. Es fällt ihr schwer das Gespräch zu beginnen und sich in die angesprochene Thematik einzufinden. Dies wird vor allem durch die ständigen kurzen Pausen merkbar.
19:2	Hier ist die Klientin sehr verwundert, dass sie ihre Emotionen und Gefühle so klar formulieren kann. Dies war ihr während des Gesprächs überhaupt nicht

	bewusst.
20:1	Diese Situation am Beginn des Gesprächs war für die Klientin von Unsicherheit und Irritation geprägt, da die Therapeutin ihr keinen für sie angenehmen Einstieg bot.
20:2	Die Klientin empfindet die Formulierungen der Therapeutin als sehr unsicher. Die Therapeutin wiederholt genau die Worte der Klientin was sich für die Klientin als eher nutzlos darstellt.
20:4	Diese Bemerkung hat die Klientin völlig irritiert und hat sie aus diesem Gedankengang hinaus gerissen. Für die Klientin ist diese Aussage der Therapeutin nicht stimmig.
20:5	Auch diese Aussage oder Frage hat die Klientin irritiert. Durch diese hat die Klientin das Gefühl, dass Erklärungsbedarf und eine genauere Beschreibung der Problematik notwendig ist. Jedoch hat dies Ärger und Wut in der Klientin ausgelöst, da sie empfand, dass sie alles bereits genau erklärt hatte.
20:15	An dieser Stelle beginnt die Klientin erst mit einem aktuellen und sehr wichtigen Thema. Ein Thema, das die Klientin sehr beschäftigt. Die Klientin wundert sich hierbei, dass dieses so spät aufkommt und nicht schon am Beginn des Gesprächs aufkam.
21:16	Die Therapeutin ist in dieser Situation sehr hilfreich, da sie sich sehr gefasst und ruhig gibt. Genau dies brauchte die Klientin in diesem Moment.
22:1	(Klientin ist sich ziemlich unsicher im Gespräch; sie hat zwar verschiedene Gebiete, weiß aber nicht welches sie besprechen sollte; alles erscheint so ungewiss, selbst die im Vorfeld gewählten Themen sind nicht klar und strukturiert präsent; sie ist verwirrt über den Ausgang des Gespräches; unsicher wo das hinführen kann/soll?!)
22:15	(Klientin kann das erste Mal in diesem Gespräch ihre aktuellen Gefühle spüren, ist überwältigt davon, ist ganz eine neue Blickrichtung, aber eine schöne. Wird als wärmend wahrgenommen, Klientin muss sich ihre Tränen zurückhalten)
23:2	(Die Klientin hätte sich hier einen Einstieg von der Therapeutin erwartet. Sie hätte nicht damit gerechnet, dass sie das Gespräch eröffnen muss. War kurz unangenehm)
23:3	Klientin kämpft mit der Entscheidung, ob sie das Thema ansprechen soll oder nicht, weil sie befürchtet, dass es sehr emotional werden würde und sie dieses Thema bei anderen Leuten noch nie angesprochen hat. Sie hat Angst davor, wie es ihr ergehen könnte.
23:7	Der Satz „Da hängst ziemlich drinnen“ klingt zwar sehr entmutigend, wird aber von der Klientin in diesem Moment nicht so empfunden, sondern es gelingt ihr damit eher „ein Einfühlen“ in ihre Situation.)
24:3	(Die Klientin empfindet teilweise die Zusammenfassungen der Therapeutin zu lange. Es fällt schwer, ihr auch aufmerksam zu folgen, da im eigenen Kopf die Gedanken rattern. Es werden immer nur die ersten Sätze wahrgenommen und „gehört“. Trotzdem fühlt sich die Klientin aber sehr wohl verstanden von der Therapeutin. Ihr gefällt die Art der Sprache und ihr „Locker- Sein“)
25:12	Von der Stimmlage her hat T. die meiste Zeit des Gesprächs eher teilnahmslos gewirkt, was nicht sehr förderlich für die Klientin-Therapeutin-Beziehung war, auch wenn die Zusammenfassungen oftmals im Nachhinein betrachtet sehr treffend waren, hat es sich in der Therapiesituation oft nicht so angefühlt, weil die Empathie nicht so spürbar war.

25:9	Hier wieder Interpretation der Therapeutin: „Kinder gute Möglichkeit, sich eingeeengt zu fühlen!“ Hat Klientin nie erwähnt und passt überhaupt nicht mit ihrer Lebensrealität zusammen! Daraufhin muss Klientin wieder auf ihre Mutterrolle Bezug nehmen, um die es in dem Gespräch eigentlich gar nicht geht, Klientin hat hier wieder das Gefühl, sich rechtfertigen zu müssen!
26:2	(Aufgrund Auflockerung der Situation (siehe oben) ist für Klientin nun ein tiefer gehen möglich. Obige Passage war quasi „Aufwärmrunde“, Das „Bei uns zu Hause“ anzusprechen, kostete der Klientin große Überwindung.)
27:8	(Klientin ist hier überrascht, wie gut die Therapeutin die Lebenszusammenhänge und Gefühle der Klientin erfassen und zusammenfassen konnte. Klientin hat das Gefühl, total verstanden zu werden.)
29:3	(Die Therapeutin versucht hier das gerade Beschriebene einzuordnen und der Klientin klarzustellen; das hilft, um weiterzudenken...)
31:16	Hier merkt die Klientin, dass sich das Gespräch nur mehr im Kreis dreht, es bringt sie irgendwie nicht weiter, es ist unangenehm
31:17	Die Aussage fand die Klientin in der Situation sehr unpassend, sie fühlte sich von der Therapeutin nicht verstanden, eigentlich wollte sie am liebsten das Gespräch abbrechen, da sie nicht mehr reden wollte, und die Therapeutin meinte einfach „man kann nicht schweigen“.
33:3	Die Klientin fand es sehr angenehm, dass sie mit der Therapeutin in einem Dialog ist, dass sie ihre Sätze ergänzt. So hatte sie das Gefühl, dass die Therapeutin bei ihr ist und ihr zuhört und auch versteht was sie denkt.
33:14	Hier fand es die Klientin total angenehm, dass die Therapeutin äußert, dass die Situation in ihren Augen auch etwas Kränkendes hat, die Klientin fühlte sich sehr verstanden und konnte auch ihre eigenen Gefühle besser annehmen und dazu stehen.
33:17	Die Klientin fand die Art wie die Therapeutin die Pause anspricht sehr angenehm und ungezwungen, sie hatte nicht das Gefühl, dass die Therapeutin die Pause nicht aushalten würde, sondern interessiert ist was der Grund dafür ist.
35:4	[Da die Situation als unangenehm von der Klientin empfunden wurde, entschied sie ein Thema zu wählen, dass sie zwar beschäftigt und ihr auch wichtig war, aber von dem sie emotional nicht so sehr betroffen war]
35:5	[An dieser Stelle fällt der Klientin wieder ein, dass die Bewegung sie irritierte, die die Therapeutin bei dem Satz „Also der Gedanke den ich gehabt hab war“. Sie hob ihre Hände und fasste sich mit den Fingerspitzen an die Stirn, dass erschien der Klientin etwas esoterisch und verwirrte sie]
35:8	[Der Tonfall der Therapeutin klingt sehr herablassend und es stimmt nicht mit den Gefühlen der Klientin überein, dass wirft die Klientin aus ihren Gedanken]
35:10	[Die Klientin empfand diese Aussage als sehr unpassend. Die Therapeutin beschreibt ihre Gefühle, die sie in der Situation gehabt hätte, aber diese passten nicht mit den Empfindungen der Klientin zusammen - dies war eine sehr unangenehme Situation für die Klientin]
36:1	[Die Klientin empfand es als sehr angenehm, die Gedanken, die ihr gerade durch den Kopf gingen nicht runterschlucken zu müssen, sondern sie aussprechen zu dürfen und das sie ohne weiteres von der Therapeutin angenommen wurden]

36:6	[Für die Klientin war die Veränderung der gesprochenen Lautstärke der Therapeutin sehr angenehm. Dies geschah genau zu jenem Zeitpunkt, in dem sie sehr traurig war und so fühlte sie sich gehalten. Zu dem kam noch hinzu, dass die Therapeutin sich nach vorn zu ihr neigte, bemerkt die Klientin.]
37:1	(Klientin fühlt sich sehr von der Beraterin verstanden, die Wortwahl "auf Knopfdruck etwas auszuspucken " entspricht ganz und gar den Empfindungen der Klientin)
46:15	Klientin wollte wissen ob Therapeutin ihr folgen kann --> Klientin hat das Gefühl als ob die Therapeutin auf nichts eingehen will.
47:1	Ungutes, unwohles Gefühl - auf die Tagesverfassung bzw. den schlechten Start in den Tag zurück zu führen
47:16	Auch hier spürt Klientin wie nahe ihr das Thema geht, und versucht wieder emotional Distanz zu gewinnen, damit sie nicht von Gefühlen überschwemmt wird.
47:25	Klientin verspürt Tatendrang etwas bewegen, verändern zu wollen - sie fühlt sich mutig.
49:2	Mein relativ gelassenes Gefühl dem Therapiegespräch gegenüber lässt sich, glaube ich, darauf zurückführen, dass ich durch die Gespräche im Empathy Lab schon eine ungefähre Vorstellung von der Gesprächssituation hatte und mir dieses Setting nicht gänzlich unbekannt war.
49:5	Auf dem Weg habe ich meiner Beobachterin dann auch erzählt, dass ich ganz überrascht von meiner gelassenen Einstellung der Therapieeinheit gegenüber bin und auch darüber, dass ich mir gar keine Gedanken darüber gemacht habe wie ich die mir zur Verfügung stehenden Zeit in der Therapiestunde füllen soll
49:8	Die Therapeutin, die mir schon bei der Therapiestundeneinteilung besonders sympathisch und freundlich auffiel
49:18	Ich war irgendwie von mir selber überrascht, dass ich dieses Thema angesprochen habe, da es mir eigentlich sehr schwer fällt darüber zu sprechen und ich es auch kaum mache. Es war mir wahrscheinlich deswegen möglich über dieses Thema zu sprechen, weil ich mich in der Gesprächssituation so gut aufgehoben und akzeptiert fühlte und nicht das Gefühl hatte, dass ich die Therapeutin überfordere, wenn ich dieses Thema aufbringe und vielleicht sehr emotional reagiere.
49:32	Obwohl diese Gesprächseinheit erst wenige Stunden her ist, kann ich mich verwunderlicher Weise nur noch an sehr wenige Sequenzen des Gesprächs genauer erinnern, das ist mir besonders beim Post- Session- Interview aufgefallen
49:38	Aufgefallen ist mir, dass die Therapeutin ihre Sitzhaltung relativ konstant eingehalten hat, nur irgendwann ist mir, während ich etwas mich sehr bewegendes erzählt habe, aufgefallen, dass die Therapeutin zu mir nach vorne gebeugt gesessen ist, was ich in diesem Moment sehr passend fand, da ich sie sehr nahe bei mir erlebt habe, was mir auch geholfen hat diese schmerzliche Erinnerung zum Ausdruck zu bringen.
49:40	dass die Therapeutin zu mir nach vorne gebeugt gesessen ist, was ich in diesem Moment sehr passend fand, da ich sie sehr nahe bei mir erlebt habe
49:45	Was ich sehr angenehm empfunden habe war, dass die Therapeutin mir nicht das Gefühl gegeben hat, dass ich die Therapiestätte nun möglichst schnell verlassen müsse, sondern ich meinen Tee noch ruhig austrinken konnte und wir noch ein wenig gemeinsam mit der Beobachterin gesprochen haben.
49:48	Ich fühlte mich nach der Therapiestunde total müde und erschöpft,...

50:2	Ich habe mir vor diesem Gespräch viele Gedanken darüber gemacht mit welchen Inhalten ich die Beratungsstunde füllen könne,
50:11	Die Therapeutin öffnete uns die Tür, sagt kurz „Hallo“ und ging dann in die Küche und machte die Türe der Küche zu, da sie gerade am telefonieren war.
50:22	Im Gespräch hatte ich wirklich das Gefühl, dass sie mich verstehen will, dass sie an mir und meinen Gefühlen und Themen interessiert ist und sich da gut hinein fühlen kann.
50:25	Ich merkte in dem Gespräch wie sehr mich dieses Thema momentan beschäftigt und wie unruhig mich die Ungewissheit die mit dem Thema im Zusammenhang steht macht.
51:15	jedoch war ich gefühlsmäßig nicht wirklich in das Ganze verstrickt. Ich habe die aufgekommenen Themen für mich wie aus einer Außenperspektive geschildert ohne da irgendwelche stärkeren Gefühle wahrnehmen zu können
51:17	Ich habe die aufgekommenen Themen für mich wie aus einer Außenperspektive geschildert ohne da irgendwelche stärkeren Gefühle wahrnehmen zu können, obwohl ich weiß, dass mich diese Themen wenn ich ihnen Platz lasse schon sehr bewegen und da normalerweise auch stärkere Emotionen aufkommen. Warum es heute der Fall war, dass ich emotional für mich nicht wirklich in das Therapiegespräch hinein gekommen bin, kann ich nicht genau beantworten. Eine mögliche Erklärung ist, dass ich mich durch diese Begegnung im Bus nicht auf die Therapiestunde einstellen konnte und ich dadurch nicht ganz bei der Sache war. Weiter ist es möglich, dass ich mich so verhielt, da für mich bei der letzte Therapiestunde bei einer anderen Therapeutin keine zufriedenstellende „Lösung“ herauskam und ich mir irgendwo gedacht habe, dass es eh nicht viel Sinn hat der Therapeutin das alles zu erzählen was in meinem Kopf vorgeht, da sie mir ja doch keine Antwort auf die Fragen geben kann die mich so beschäftigen.
51:24	Das Gespräch hat mich heute nicht in meinem Denken weitergebracht oder mir neue Wege aufgezeigt, was ich jedoch wie oben schon erwähnt nicht auf fehlende Unterstützung, Empathie oder Akzeptanz der Therapeutin zurückzuführen ist, sondern darauf dass von mir heute nicht wirklich die Bereitschaft da war mich auf meine Gefühle einzulassen. Ich war heute einfach mit meinen Gefühlen nicht wirklich in Kontakt.
51:25	Wie gesagt ich hatte nicht das Problem die Stunde nicht füllen zu können, im Gegenteil, es ist mir so vorgekommen als hätte ich geredet wie aufgezogen, aber es kamen eben nicht so wirklich Gefühle hoch beziehungsweise auf. Irgendwann im Gespräch habe ich mir dann gedacht ich sollte schon bald einmal zum Ende kommen, da die Zeit so nach meinem Gefühl bald aus sein müsste und dem war auch so, kurz nach dem ich mir das Gedacht habe meinte die Therapeutin auch schon, dass die Zeit um wäre und ob es okay sei wenn wir hier stoppen würden.
52:1	Ich hatte heute mein erstes Gespräch in der Rolle der Klientin bei [Name]. Vor Beginn des Gesprächs war ich sehr nervös, was vor allem daran lag, dass ich mir unsicher darüber war, über welches Thema ich sprechen sollte. Ich hatte mich schließlich dafür entschieden über die Beziehung zwischen meinem Freund und mir zu reden.
52:2	Die Beraterin empfing meine Beobachterin [Name] und mich sehr lieb und aufmerksam, sie bot und gleich Getränke an und schaffte überhaupt eine sehr angenehme Situation, in der ich sehr schnell meine Nervosität ablegen konnte. Darüber hinaus half mir der Umstand, dass ich gestern schon mein erstes Gespräch als Beobachterin miterleben durfte. Ich kannte bereits die

	Räumlichkeiten und musste mir vorher keine Sorgen machen ob ich die Praxis rechtzeitig finde usw.
52:7	Die Teetasse war mir sehr hilfreich, so hatte ich etwas an dem ich mich anhalten konnte bzw. verschaffte mir beim Trinken eine Denkpause.
52:15	Die Beraterin schien mir beinahe als ein Spiegel. Waren meine Formulierungen undeutlich oder nicht ganz klar wurde ich durch ihre Bemerkungen oder auch schon durch ihre Mimik damit konfrontiert. Ich glaube dass ich ein paar Mal „ich weiß nicht“ gesagt habe und diese Unsicherheit bzw. Unklarheit über die eigenen Gefühle konnte ich dann auch an ihr ablesen.
52:16	Während des Gesprächs hatte ich alle Geräusche oder auch die Anwesenheit meiner Beobachterin völlig ausgeblendet, ich war nur auf meine eigenen Gedanken konzentriert.
52:17	Nach dem Gespräch war ich ein bisschen aufgelöst, weil das Gespräch so intensiv war.
53:4	Ich glaube dass es ein Problem für mich darstellte, mich überhaupt für dieses Thema zu öffnen. Ich hatte Angst, dass ich gar nicht 45 Minuten darüber sprechen will bzw. kann. Auf der anderen Seite war es das einzige Thema für mich, dass gerade so präsent war. Durch diese innerliche Unsicherheit war auch der Gesprächseinstieg für mich ein wenig schwer.
53:7	Ich war sehr vertieft ins Erzählen und ging auf recht viele Details ein. Die Erzählung drehte sich nur um mich und meine Gefühle und Gedanken, alles andere hatte ich ausgeschaltet.
53:22	Was mir an mir selbst aufgefallen ist, ist mein großes Anliegen für die Therapeutin verständlich zu sein. Ich habe mehr unbewusst als bewusst immer wieder versucht Zusammenhänge zwischen meinen Gedanken und Gefühlen herzustellen.
54:14	Überhaupt das ganze Thema des Umzugs, von dem ich erwartet hätte, dass ich vielleicht 10 Minuten darüber sprechen kann, wurde zu einem komplexen Thema. Ich war sehr überrascht dass daran so viele Gefühle und Ängste meinerseits gebunden sind.
54:19	Am Ende des Gesprächs kam es zu einer längeren Pause. Ich hatte das Gefühl, schon alles besprochen zu haben und befürchtete mich wieder im Kreis zu drehen, wenn ich jetzt noch länger weitersprechen würde. Unerwarteter Weise war jedoch die Zeit auch schon am Ende, wie mir die Beraterin mitteilte, als sie meinen Widerwillen weiterzusprechen spürte.
55:5	Ich fühlte mich während des Gesprächs durchaus wohl und auch angenommen von der Therapeutin. Ich empfand, dass sie meine Gefühlswelt verstand und sich dadurch in mich einfühlen konnte.
55:7	Jedoch gab es auch eine ziemlich hinderliche Situation, die mich ein wenig aus meinem Redefluss und meinem Gedankengang brachte. Die Therapeutin atmete einmal tief ein und aus. Dies gab mir das Gefühl, dass ich an ihre Grenzen gestoßen bin. Ich bin mir nicht sicher ob dies wirklich so war oder ob es einfach ein Durchatmen war, welches der Erholung diene. Jedoch empfand ich in dieser Situation ein wenig Desinteresse für die Thematik von Seiten der Therapeutin und dachte in diesem Moment kurz darüber nach. Nach einer kurzen Zeit, dachte ich mir jedoch selber, dass ich mich nun weiter mit der Thematik befassen möchte und ich deswegen einfach fortsetzen werde. Diese Situation fand ich als sehr hinderlich bezüglich meines Redeflusses, aber ich konnte mich dann trotzdem wieder einfinden.

55:8	Ein weiterer sehr hilfreicher Moment war eine kleine Erkenntnis am Ende des Gespräches. Durch das immer wiederholende Empfinden meinerseits zu dieser Thematik und das spiegeln meiner Gefühle von Seiten der Therapeutin, erkannte ich nun einige Aspekte genauer als zuvor. Dies überraschte mich ziemlich und gibt mir auch noch im Nachhinein positive Gefühle. Es war als würde mir die Therapeutin einzelne Aspekte noch mal genauer aufzeigen, damit ich diese genauer erkenne und sehen kann. Dies empfand ich in dieser Situation als sehr überraschend und interessant.
55:11	Zum Schluss war ich nur ein bisschen irritiert, da ich durch meinen Blick auf die Uhr mir selber eine Zusammenfassung bot um gut aus diesem Gespräch auszusteigen. Jedoch hat die Therapeutin dies irgendwie nicht wahrgenommen und hat mich dann noch in eine weiterführende Thematik absinken lassen. Dadurch hätte ich dann noch sicher mindestens eine Stunde weiter darüber sprechen können, jedoch war die Zeit ja abgelaufen. In diesem Moment fühlte ich mich ein bisschen rausgerissen und es bot sich für mich dann kein optimales Ende an. Es war als hätte ich das Gespräch gerade angefangen und musste es schon wieder beenden. Die Therapeutin gab mir dann aber noch einen kurzen Moment zum nachdenken und gab mir auch Zeit um aus dem Gespräch gut hinaus zu kommen, aber es war einfach der Grund, dass ich eine weitere Thematik anfang und diese nicht beenden konnte. Ich hätte mir gewünscht, dass die Therapeutin das Gespräch schon vorher beendet, dann wäre dies für mich ein gelungener Abschluss gewesen.
56:9	Durch ihren ständigen Blickkontakt empfand ich, dass von Seiten der Therapeutin großes Interesse kam und das gab mir ein Gefühl der Geborgenheit.
56:10	Durch manche Paraphrasen fühlte ich mich auch auf eine gewisse Art und Weise bestätigt und dies veranlasste mich zu einer tieferen Auseinandersetzung mit der Thematik.
56:11	Ich fing an dadurch während des Gespräches meine Bedürfnisse und mich als Person in meiner angesprochenen Thematik in den Mittelpunkt zu stellen. Dies kam nach und nach im Gespräch und fiel mir zu Beginn nicht auf, doch nach dem Interview und dem Nachdenken über das gesamte Gespräch wurde mir dies bewusst. Denn zu Beginn konzentrierte ich mich eher um die Geschichte, die ich unbedingt erzählen wollte und dann rückte ich mich selber, in dieser Geschichte, mehr und mehr in den Vordergrund, bis dann letztendlich Ich das Thema war.
56:14	Die gesamte Einstellung und Ausstrahlung der Therapeutin gab mir während des gesamten Gespräches ein sehr entspanntes und wohlwollendes Gefühl, mit dem ich auch aus der Therapiestunde ausstieg.
56:15	Es gab nur einen kleinen Moment, indem ich das Gefühl hatte, dass sie zuviel ihre Ansicht der Dinge einbrachte, jedoch hat sie das in diesem Moment selber gut erkannt und sich selber wieder davon weggelenkt. Dies beeindruckte mich auch sehr, da sie dies sofort an meiner Reaktion merkte und auch gleich verbal zugab, dass sie hier am falschen Wege sei. Dies vermittelte mir das Gefühl, dass sie genau auf meine Reaktionen und meine Körpersprache achtet um wirklich meine Gefühle und Emotionen zu verstehen und diese im richtigen Sinne wieder zu geben.
57:10	Dadurch sie mir immer wieder meine Ansicht veranschaulichte erlangte ich stets eine neue Perspektive und neue Ideen kamen auf, was mich sehr überraschte. Es gelang mir sogar manchmal Verknüpfungen herzustellen, die vorher für mich keines Wegs erkennbar waren. Dies faszinierte mich sehr, aber gab mir auch wieder Anlass noch intensiver darüber nachzudenken.

57:14	Obwohl ich mit sehr gemischten Gefühlen in diese Therapiestunde ging und um es ehrlich zu zugeben auch ein wenig eine Abwehrhaltung gegenüber dieser angesetzten Therapiestunde hatte, schaffte es die Therapeutin diese trotzdem zu einem Erfolg zu machen. Dies zeigt von hoher Professionalität und gutem Umsetzen des Personenzentrierten Ansatzes.
58:12	Auch diesem Teil des Gesprächs viel mir auf, dass meine Augen feucht wurden. Ich sah wie durch einen Schleier. Mir war bis jetzt nicht so bewusst gewesen, wie sehr ich doch mit meinen Gefühlen in der Arbeit bin und wie wütend, frustrierend, aber auch traurig und „erschrocken“ es mich stimmt, wie manche Lehrer, Sozialpädagogen, Therapeuten und andere in dieser speziellen Schule auf die Schüler reagieren. Ich stellte mir selbst Fragen über Fragen, erwartete mir aber keine Antworten von [Name]. Es war für mich wichtig diese überhaupt einmal zu formulieren und mir damit bewusst zu machen, was ich mich eigentlich alles so frage.
59:15	In diesem Moment geschah etwas ganz besonderes für mich: [Name], die bis zu diesem Zeitpunkt immer ganz entspannt in ihrem Sessel saß, lehnte sich nach vorne, so als würde sie mir sagen wollen „Ja, genauso musst du es angehen! So schaffst du auch die Diplomarbeit!“. Sie brauchte in diesem Moment nichts zu sagen, diese Reaktion von ihr reichte vollkommen aus um mich in meinem Vorhaben zu bestärken und umzudenken. Ab diesem Zeitpunkt wurde ich im Gespräch immer ruhiger, nachdenklicher, aber nicht, weil ich nichts mehr zu sagen hatte, sondern einfach, weil es für mich galt im Kopf meine Gedanken zu ordnen.
60:2	Das Gespräch fand in der Früh statt und ich war etwas zu früh dran. Trotzdem wollte ich nicht draußen im Regen stehen und habe 15 Minuten vor dem Therapietermin in der Praxis angeläutet. Ich war mir sicher, dass ich an diesem Tag die erste Klientin sein werde, somit störte ich auch kein Gespräch. Zu meiner Überraschung öffnete mir [Name] gut gelaunt die Tür. Ich war sehr erleichtert. Sofort änderte sich meine Meinung über sie etwas in eine positive Richtung. [Name] bot mir etwas zum Trinken an und ich nahm in „ihrem“ Therapiezimmer Platz.
60:8	Zuerst war es für mich klar, dass die Therapeutin mal gespannt und sehr konzentriert mir zuhörte, doch sehr bald dachte ich mir, wann sie doch wohl verbal in das Gespräch einsteigen würde. Sie nickte zwar oft, sagte „mhm“ und sah mich sehr konzentriert mit ihren zusammengekniffenen Augen an, aber es kam zu wenig Input von ihr.
60:9	In gewisser Weise machte es mich wütend, da ich dann öfter damit beschäftigt war mich zu fragen, ob sie meinen Gedankengängen folgen konnte, ob ich mich auch klar ausgedrückt habe. Es machte mich wütend, dass sie oft einfach nicht reagierte.
60:10	Ich hatte mir erwartet, dass mir die Therapeutin helfen würde, auf non-direktive Weise mehr aus diesem Thema herauszuholen, in mir vielleicht neue Denkweisen zu öffnen, aber ich hatte das Gefühl, dass ich mich im Kreis drehe und einfach nicht vom Fleck komme.
60:11	Die Therapeutin stieg dann zwar doch in das Gespräch ein, aber ich hatte das Gefühl, dass sie sehr vorsichtig agierte. Oft verstand ich auch nicht, was sie mit ihrem Verbalisieren bezwecken wollte. Es kam auch vor, dass ich gar nicht verstand, was sie jetzt genau meinte. Das verunsicherte mich sehr.

60:12	In weiterer Folge kam es zu längeren Pausen, die sicher nie länger als eine halbe Minute dauerten. Ich brauchte diese Pausen um über das Besprochene nachzudenken und konnte sie anfangs gut aushalten, aber umso länger die Pausen wurden, desto verunsicherter wurde ich und suchte oft wirklich krampfhaft nach Worten. In diesen Situationen hätte ich mir oft gewünscht, dass die Therapeutin in das Gespräch einsteigt. Natürlich muss ich es auch lernen diese Pausen auszuhalten, aber ich hätte mir, wie gesagt, auch Inputs von der Therapeutin gewünscht.
60:16	Auch wenn ich jetzt sehr viel Negatives über das Gespräch erzählt habe, gab es trotzdem etwas Positives. Es war für mich sehr hilfreich und wichtig mit einer außenstehenden Person über meine „Beziehungsproblematik“ in der Arbeit zu reden. So sehr hatte ich mich eine ganze Woche auf das Gespräch gefreut, doch vielleicht hatte ich einfach zu viele Erwartungen in das Gespräch gesteckt, weshalb ich am Gesprächsabschlusses etwas enttäuscht war nicht mehr herausgeholt zu haben bzw. dass mir die Therapeutin nicht mehr geholfen hatte, da noch mehr herauszuholen.
61:3	Ein Erlebnis, dass ich nicht so positiv empfunden hab, oder vielleicht nur anders wahrgenommen habe, war als ich geweint habe. In dem Moment hab ich sie nicht als empathisch empfunden. Ich kenne es halt so, wenn der Klient anfängt zu weinen, dass man bei ihm ist und ihn unterstützt vielleicht durch Worte wie z.B. " ich seh, dass du traurig bist." oder "Das macht dich jetzt traurig." So eine Aussage hat mir gefehlt.
61:4	Ein Moment, der mir ganz besonders gut gefallen hat war, als [Name] einen Gedanken, den ich in mir hatte und nicht fähig war ihn frei zu denken, ausgesprochen hat. Es war wie eine Erleichterung für mich- total verstanden.
62:11	Am aller besten hab ich gefunden, dass sie durch ihre Mimik sehr viel vermittelt hat. Sie hat mit mir gelacht, sie war aufmerksam und wie ich traurig war, hat sie mit mir gefühlt. Ich hab mich richtig wohl gefühlt bei diesem Gespräch, und deshalb hab ich mich immer mehr geöffnet und hab auch einiges von meiner Familie erzählt.
62:4	Mir ist es dieses Mal besonders leicht gefallen, da ich sie sehr sympathisch finde und ihre offene und freundliche Art einem einlädt über alles zu reden.
62:20	Nach der Therapieeinheit haben wir noch ein wenig über ihre Ausbildung gesprochen. Ich überlege ob ich nicht auch die Ausbildung zum personenzentrierten Psychotherapeut machen soll, und deshalb habe ich die Gelegenheit genutzt und einiges erfragt. Sie war auch in diesem Punkt sehr offen. Sie hat unsere Fragen beantwortet und uns einen groben Überblick über den Verlauf der Ausbildung gegeben. Wie sie so erzählt hat, war deutlich erkennbar, dass es ihr wirklich Spaß macht!
63:4	Wie wir die Therapiestunde angefangen haben, war in mir die Angst, dass [Name] vielleicht ein wenig zu lieb und nett sein könnte. Quasi nicht verständnisvoll sondern ein wenig zu „süß“. Am Anfang hab ich [Name] einen groben Überblick, über meine Problematik und die Dinge, die mich derzeit beschäftigen, gegeben. Meine anfängliche Angst, dass sie ein wenig zu lieb und nett sein könnte, war innerhalb von Minuten verflogen.
63:11	Ihr Blickkontakt war immer bei mir, er strahlte volles Verständnis für mich aus.
63:12	Ihre Haltung war meiner Meinung nach stark und offen für alles was kommt.
63:14	Es hat einfach alles gepasst, sie hat mir offen zugehört und ich hab immer tiefer im Gespräch gehen können. Ich hab gespürt, dass ich hier einfach alles loslassen kann, es hat alles Platz was von mir kommt.

63:19	Als wir sehr tief in das Thema Wert gekommen sind, und [Name] das ausgesprochen hat, was ich mir so wünsche, nämlich anzunehmen und zu erkennen, dass ich auch ohne der 100% Leistung, ich als Mensch, Wert besitze. Durch diesen Ausspruch habe ich sehr bitterlich angefangen zu weinen. Es war ein sehr verzweifelndes, aber auch erleichterndes weinen. Sie hat mir in diesem Moment meine Zeit, die ich gebraucht habe, gelassen und das auch verbal zum Ausdruck gebracht. Sie hat mir ein Taschentuch gereicht und gesagt, dass sie quasi für mich da ist. Ich hätte am liebsten, wie ich angefangen habe zu weinen, einen lustigen Spruch zum Überspielen der Situation los gelassen, aber ich habe es nicht geschafft. Es war anfänglich schwer für mich, mich einfach fallen zu lassen. Doch ich konnte nicht aufhören, es hat einfach hinaus müssen. Ich hab zwar sofort, wie ich mich beruhigt hatte, versucht ein Lächeln auf zu setzen, aber wenigstens habe ich es einmal raus lassen. Dadurch, dass sie mir einfach Raum und Zeit dafür gegeben hat, war das möglich. Es war erleichternd.
64:8	Es fiel mir relativ leicht das Gespräch zu beginnen, wie gesagt es herrschte eine angenehme Atmosphäre und ich hatte bereits so etwas wie Zutrauen zu der Therapeutin gefasst.
64:11	und ich dachte auch bei mir, jetzt sitzt du einer ausgebildeten Therapeutin gegenüber, da musst du nicht großartig überlegen, was du sagen sollst/darfst oder nicht, schließlich ist es ihre Aufgabe, dir zuzuhören, egal was kommt.
64:16	Einmal haben wir auch gemeinsam über eine Aussage gelacht und das hat mich bestärkt indem Gefühl, da sitzt mir jemand gegenüber, der vielleicht Ähnliches schon einmal erlebt hat oder mein Problem zumindest gut nachvollziehen kann.
65:9	Für mich interessant war, dass ich mich erneut dabei ertappte, dass ich mir die Frage stellte, ob das was ich hier erzähle, überhaupt relevant ist und ob das meine Beraterin überhaupt interessieren würde. Obwohl ich eigentlich ein Thema ansprach, dass ja ganz nah an meiner Person ist, sprich da geht es ja eigentlich um die Dinge die mich beschäftigen!!
65:16	Ich versuchte gerade zu erklären, was mir wichtig ist in meinen Beziehungen beziehungsweise auch was ich oft nicht schaffe zum Ausdruck zu bringen und irgendwie habe ich mich dann in eine Wickel hineingeredet. Die Beraterin versuchte das zusammenzufassen und ich merkte, dass ich damit nichts anfangen konnte und die Therapeutin meinte dann ebenfalls, dass sie nicht sicher sei ob sie mich richtig verstanden hätte und da war dann sozusagen die Verwirrung auf beiden Seiten sichtbar! Ich habe dann noch einen Anlauf genommen und versucht mich klarer auszudrücken, da dies ja auch hilfreicher war für mich.
66:11	Sie hat mich dann auch gleich sehr intensiv angesehen, als ich zu sprechen begonnen habe, auffällig für mich war, dass sie sehr schnell etwas von mir zusammenfasste und dabei selbst sehr viel sprach, im Nachhinein betrachtet vielleicht sogar etwas zu viel. Ich hatte fast den Eindruck sie bemüht sich schon zu sehr mich zu verstehen, aber vielleicht liegt das auch daran, dass das für mich ein sehr wesentlicher Punkt ist vor allem im Therapiegespräch aber auch außerhalb, dass man mich versteht!! Ich war fast sogar etwas überrascht- ich würde nicht soweit gehen und sagen irritiert - dass so viel von Ihrer Seite gekommen ist.
67:16	Ich empfand die Therapeutin im Laufe des Gesprächs sehr aufmerksam und interessiert und sie schaffte es sehr gut meine Gedanken und Gefühle zu erfassen und diese in anderen Worten wieder zu geben.

67:20	Zeitweise bin ich, glaube ich, mit meinen Gedanken sehr sprunghaft gewesen. Wenn ich z.B. einen Gedanken ausführen wollte und mir ist ein anderer Gedanken dazu gekommen, habe ich den gleich eingebunden, so als würde er mir abhandenkommen, wenn ich ihn nicht gleich aufgreifen würde.
67:28	In Summe gesehen war es eine sehr angenehme und bereichernde Erfahrung und die Therapeutin wurde meines Erachtens den Ansprüchen einer personenzentrierten Haltung in jeder Hinsicht gerecht.
68:11	Ich fühlte mich während des ganzen Gesprächs nicht wirklich verstanden. Besser gesagt ich hatte nicht das Gefühl, dass sich die Therapeutin in meine Welt begeben hat, und versuchte mich zu begleiten und zu verstehen.
68:24	Jetzt beim Schreiben kommt der Gedanke auf, dass auch die Therapeutin sich nicht ganz wohl gefühlt hat in der Rolle und in der Situation. Zu diesem Schluss komme ich nun, weil ich in Summe in Bezug auf die Therapeutin und meiner Empfindungen dazu keine positive Einschätzung habe. Und trotzdem habe ich mich mit mir in dieser Atmosphäre gut gefühlt und konnte sehr vielen Gedanken nachgehen und kam zu Erkenntnissen, die ich vorher noch nicht hatte. Ich führe dies in erster Linie auf die Raumatmosphäre, die ruhig und ansprechend war, zurück.
68:26	Ich hatte zwar eine ZuhörerIn, aber sehr hilfreich empfand ich sie nicht. Eher sehe ich sie als zurückgezogen und nicht bereit sich in meine Welt zu begeben. Sie ist an der Oberfläche geblieben und ich konnte diese Ferne sehr stark spüren.
68:28	Eher war es so, ich glaube einmal oder zweimal, dass die Therapeutin das Wort ergriffen hat und die Pause unterbrochen hat. Einmal kann ich mich ganz sicher erinnern, dass sie die Pause unterbrochen hat und das war mir gar nicht so recht, weil ich es für mich ein wenig testen wollte, wie gut ich das aushalte mich den Gedanken hinzugeben und nichts zu sagen.
69:15	Mir fiel es aber dann sehr leicht meine Emotionen hinaus zu lassen. Sicherlich half mir dabei, dass ich mich sehr wohl und gut aufgehoben gefühlt hatte, und so meinen Gefühlen freien Lauf lassen konnte.
69:19	Es gab keine Veränderung wie z. B. Mitleid oder dergleichen. Es wurde meine Reaktion genau so angenommen und durch diese Konstanz aber auch die Stabilität, die die Therapeutin ausstrahlte, verspürte ich eine Kraft und hatte das Gefühl, dass auch ich mich respektierte und wertschätzte mit meiner Reaktion.
69:21	Die Therapeutin war da eine große Hilfe. Ich hatte das Gefühl, dass sie sehr interessiert war, und sehr bemüht war mich richtig zu verstehen, und es wichtig für sie war meine Gedanken nachvollziehen zu können.
69:26	Ich hatte wirklich das Gefühl, ich werde da von jemandem begleitet, der mich versteht und akzeptiert in meinen Worten und Gedanken und Reaktionen. Dadurch konnte ich mich sehr auf meinen Inhalt konzentrieren und war nicht durch äußere Bedingungen negativ beeinträchtigt. Dies zeigte sich auch, dass ich mich sehr gut in mein Thema und meine Gefühle hineinlassen konnte und so auch zu einer Ebene kam, auf der ich Gefühle vorfand, die mir so gar nicht bewusst waren. Es war ein sehr schönes und tiefgehendes Erlebnis, das mich aber auch sehr zum Nachdenken gebracht hat.
70:23	Dadurch dass die Therapeutin ja meine Vorgeschichte nicht kannte bzw. auch jetzt noch nicht kennt, musste ich mich der doch etwas schwierigen Aufgabe stellen, prägnant und gut verständlich meine Gedanken zu formulieren um sie an meinen Überlegungen teilhaben zu lassen. Indem ich somit gezwungen war meine Gedanken laut zu denken, wurde mir einiges klar(er). Denn ich denke, es macht sehr wohl einen Unterschied, ob ich Dinge immer wieder still und für

	mich selber durchdenke oder ob ich sie so durchdenken muss, damit es jemand anderer auch versteht und nachvollziehen kann. Indem ich es für jemanden anderen klar formulieren muss, formuliere ich es zugleich auch für mich auf eine andere Art und der ganze Gedankenwirrwarr wird so transparenter und verständlicher.
70:26	Wenn ich versuchte, manche Gedanken weiter zu verfolgen, war das sehr schwierig, da ich mich nicht wirklich konzentrieren konnte und ich mich von der Therapeutin beobachtet fühlte. In solchen Momenten wünschte ich mir, dass die Therapeutin Fragen gestellt hätte, um mir einen gewissen Anhaltspunkt zu geben oder vielleicht auch, dass sie ihre Sicht der Dinge eingebracht hätte, um mir einen Erklärungsansatz zu liefern.
70:33	Als ich über meinen derzeitigen Freund sprach, überkam mich ein Schwall der Emotionen, wie ich ihn zuvor noch nie erlebt hatte. Ich war/bin so glücklich und so froh, diesen meinen Freund zu haben, dass ich keine Worte mehr fand und mein Gefühltes durch Freudentränen zum Ausdruck gekommen ist.
71:6	Heute jedoch erlebte ich die Therapeutin eher auf einer anderen Ebene und sah in ihr auch eine gewisse „Autoritätsperson“. Dies nahm ich jedoch als keinesfalls störend wahr, sondern im Gegenteil, es schaffte für mich die nötige Distanz und eine angenehme Basis mich zu öffnen und über meine Gefühle zu sprechen.
71:12	Nachdem ich ihr erzählt habe, dass es mir schwierig fällt, ein Thema zu finden, ich aber gleichzeitig schon etwas hätte, das es wert sei zu bereden, ich es aber aus persönlichen Gründen und der Veröffentlichung wegen in diesem Rahmen nicht anschnitten möchte, begann ich zu meiner Verwunderung doch davon zu reden. Vielleicht war es die Verzweiflung, kein anderes Thema zu finden, vielleicht war es aber auch das ganze Setting in diesem Moment.
71:15	Es war das erste Mal, dass ich dieses Thema jemandem erzählt habe. Ich habe es noch nicht einmal mit meinen engsten Freunden besprochen. Ehrlich gesagt habe ich mich etwas davor gescheut es anzusprechen, da ich glaubte es würde mich sehr mitnehmen und viele Tränen kosten.
71:16	Doch wirklich emotional fand ich es nur die ersten paar Minuten, als die Therapeutin genau das aussprach, was ich zwar innerlich wusste, ich jedoch nie gewagt hätte auszusprechen. Diesen Moment erlebte ich als sehr ambivalent: einerseits war ich erschrocken diesen Gedanken so klar und vor allem einmal ausgesprochen vor mir zu haben, andererseits aber war es ein „gutes“ Gefühl, da ich das Gefühl hatte, jemand begleitet mich auf meiner aufgrund des gewählten Themas als schwierig eingestuften 45 Minuten Gesprächs- bzw. Gedankenreise
71:17	Diesen Moment erlebte ich als sehr ambivalent: einerseits war ich erschrocken diesen Gedanken so klar und vor allem einmal ausgesprochen vor mir zu haben, andererseits aber war es ein „gutes“ Gefühl, da ich das Gefühl hatte, jemand begleitet mich auf meiner aufgrund des gewählten Themas als schwierig eingestuften 45 Minuten Gesprächs- bzw. Gedankenreise.
71:25	Ich hatte dabei auch nicht das Gefühl beobachtet zu werden, sondern ich fühlte mich wieder aufgehoben und sah die Therapeutin in diesen Momenten als eine Unterstützung oder als ein quasi Auffangnetz.

71:28	Meine körperliche Erschöpfung, die sich gegen Ende des Gespräches zu zeigen drohte, machte es mir zusehends schwieriger, klare Gedanken zu fassen beziehungsweise diese auch angemessen zu erläutern. Ich hatte einen total leeren Kopf und konnte an nichts mehr denken. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die erwartete Emotionalität im ganzen Gespräch ausblieb und ich eher rational von meiner Problematik berichtete und diese eher den Charakter einer simplen Nacherzählung annahm. Die Therapeutin meinte auch, dass es für mich mit einer großen Anstrengung verbunden sei, meine Gefühle von mir fernzuhalten. Vielleicht lässt sich so meine körperliche Erschöpfung am Ende der Therapie erklären.
72:5	Anders als bei den beiden Themen in den vorherigen Gesprächen, war es heute möglich, meine Gefühle während des Gespräches auch wirklich wahrzunehmen, zu fühlen und zu spüren und nicht nur rational, aus einem Beobachterstandpunkt quasi zu reflektieren und zu verbalisieren.
72:17	Ich habe jedoch bemerkt, dass sie anders als die beiden vorigen Therapeutinnen ihre Zusammenfassungen und Spiegelungen länger ausführte. Ich konnte mich immer nur auf die ersten beiden Sätze konzentrieren und dann dachte ich für mich schon wieder weiter, während die Therapeutin noch redete, ich ihr aber eigentlich gar nicht mehr aufmerksam zuhörte.
72:24	Dieses Interesse seitens der Therapeutin gab mir sowohl einen psychischen als auch physischen Raum mich zu öffnen und auch gehört zu werden!
73:3	Therapeutin zu reserviert, bedingungslose Wertschätzung und empathisches Verstehen konnten meiner Meinung nach nicht immer 100 prozentig vermittelt werden. Ihre Körperhaltung und ihr Gesichtsmimik wirkten teilweise sehr angestrengt und abweisend.
73:9	Einerseits war ich fest entschlossen, wichtige Themenbereiche meines Lebens anzusprechen und ausführlich zu behandeln, andererseits hatte ich Angst davor, was die Therapeutin mit meinen Gefühlen „machen“ würde, wenn ich sie frei und offen ausdrücken würde. Ich hatte Angst, missverstanden zu werden bzw. vielleicht sogar einer Bewertung ausgesetzt zu werden.
73:20	Hin wieder lachte sie sogar gemeinsam mit mir, was für mich eine große Erleichterung war. Das gemeinsame Lachen lockerte für mich die Situation auf, und die Therapeutin wirkte dann auf mich zugänglicher und nicht mehr so unnahbar. Dadurch bekam ich auch Mut, meinen Gefühlen weiter nach zu forschen.
73:22	Im Nachhinein betrachtet hat mir an der Therapiestunde am besten gefallen, dass ich mir die ganze Zeit über bewusst war, dass ich selbst die Verantwortung für meine Gefühle und Gedanken in der Situation trage, ich hatte keinerlei Erwartungen an die Therapeutin als Person, wartete nicht wirklich auf Reaktionen ihrerseits und bekam aber auch die Möglichkeit und den Raum, einfach über meine Gefühle zu reflektieren. Allerdings hatte ich nicht so sehr das Gefühl, aufgrund einer Einladung ihrerseits den Raum für mich und meine Gefühle zu erhalten, sondern ich habe ihn mir einfach genommen, ich habe also bei der ganzen Sache eine sehr aktive Rolle gespielt.
73:26	Als störend habe ich empfunden, als sie anfang mir Fragen zu stellen. Ich hatte den Eindruck, sie wollte dann „erraten“ was in mir vorgeht. Die Fragen waren aber teilweise für mich nicht passend, bzw. haben mich von dem abgelenkt, was ich eigentlich ausdrücken wollte.
73:28	Allerdings hatte ich nicht so sehr das Gefühl, aufgrund einer Einladung ihrerseits den Raum für mich und meine Gefühle zu erhalten, sondern ich habe ihn mir einfach genommen, ich habe also bei der ganzen Sache eine sehr aktive Rolle gespielt.

73:29	Zweimal im Laufe des Gesprächs hat mich sehr gestört, als ich das Gefühl hatte, in ihrer „Reflexion“ kommt eine Wertung mit: einmal ungefähr in der Mitte des Gesprächs, ich war gerade dabei, verschiedene Lebenszusammenhänge zu erklären, meinte sie, „für sie passe dieser Aspekt meines Lebens mit jenem nicht zusammen“ - daraufhin hatte ich das Gefühl, ich müsse mich bei ihr dafür rechtfertigen, warum für mich meine unterschiedlichen Lebensbereiche sehr wohl „zusammenpassen.“
74:7	Wir gingen ins Therapiezimmer und die Therapeutin bot uns Getränke an, wobei mir auffiel, dass ich meine eigene, mitgebrachte Wasserflasche in der Hand hielt. Ich überlegte kurz, ob das nun unhöflich wirken könnte, dann nahm ich aber im bequemen Stuhl Platz und wunderte mich selbst darüber, dass ich sofort zu einem Kissen griff und es mir schützend vor den Bauch legte.
74:13	Trotzdem entwickelte sich das Gespräch weiter und durch diese bedingungslose Aufmerksamkeit der Therapeutin fasste ich wirklich Vertrauen und spürte sogar das Bedürfnis, bestimmte Dinge anzusprechen.
74:24	Von der Therapeutin selbst kann ich nicht so viel berichten. Ich hab das Gefühl, während der Sitzung so sehr mit mir selbst beschäftigt zu sein, dass ich nicht so sehr auf die Reaktionen der Therapeutin achten kann. Meistens schau ich während meiner Ausführungen irgendwo im Raum umher oder bin in Gedanken ganz wo anders.
75:5	Den Polster legte ich mir diesmal nicht auf den Schoß, sondern klemmte ihn zwischen Lehne und meinen Rücken. (Wollte ich mir damit „den Rücken stärken“?)
75:7	Ich fand es sehr ansprechend, dass die Therapeutin sofort durch scheinbar „belanglosen“ Small talk die oft schwierige Anfangssituation einleitete.
75:12	Wie bisher jedes Mal in meinen drei Gesprächen, muss ich im Nachhinein auch hier feststellen, dass ich während des Gesprächs wohl so mit mir selbst und mit meinem Inneren beschäftigt war, dass es mir nun schwer fällt, die Therapeutin und ihr Verhalten mir gegenüber zu beschreiben
76:7	Die Situation in der Praxis, wo ich der Therapeutin dann gegenüber saß, fühlte sich irgendwie inszeniert und unecht an. Dadurch kam es in mir zu so einer Art Blockade. Die Therapeutin strahlte von Anfang an Wärme und irgendwie auch eine Art von Geborgenheit aus. Trotz all dem Stress und der Unsicherheit in mir, fühlte ich mich doch auf irgendeine Art gut aufgehoben. Was mir den Einstieg ins Gespräch auch sehr erleichterte, waren ihre anfänglichen Worte mit denen sie die Situation einleitete.
76:38	Ich hatte das Gefühl, dass es wirklich nur um mich geht und dass alles, was ich sage von großer Bedeutung und Wichtigkeit ist. Dies übermittelte die Therapeutin irgendwie schon allein mit ihrer Körperhaltung und ihrer generellen Haltung mir gegenüber. Es gab eine Situation in der dieses Gefühl des Ernst-genommen-Werdens und Wichtig-Seins besonders deutlich wurde. Wir haben beide zugleich zu reden begonnen. Als wir zeitgleich stoppten, entschuldigte sich die Therapeutin und fragte nach, was genau ich sagen wollte. Ihr agieren in dieser Situation übermittelte das Gefühl, dass meine Empfindungen wichtig sind. Alles, was ich sage und tue ist wichtig. Es ist sogar wichtiger als das, was sie selbst mitteilen wollte.

77:6	Ich wartete auf einleitende Worte ihrerseits, doch die kamen nicht. Das Gespräch begann also mit dem Einschalten des Diktiergerätes. Das machte es mir sehr schwer überhaupt ins Gespräch hinein zu finden und es entstand irgendwie so ein Druck auf meiner Seite, dass jetzt alles bei mir liegt und alles von mir abhängt. In die Situation hinein zu finden und mich auf das zu konzentrieren was ich eigentlich sagen wollte, gestaltete sich als sehr schwierig.
77:10	Besonders durch den abrupten Einstieg in das Gespräch und den Druck, dass ich das jetzt irgendwie managen muss, fühlte ich mich anfangs sehr unwohl in der Gesprächssituation. Ich hielt mich an meiner Tasse fest und versuchte so viel als mögliche zu erzählen. Ich hatte das Gefühl, als hätte die Therapeutin mein Unwohlsein bemerkt. Durch ihre Art sich in das Gespräch einzubringen und mit mir zu reden, nahm sie mir dieses Gefühl dann aber auch sehr rasch.
77:17	Ich hatte oftmals auch das Gefühl, dass ihr widerspiegeln, dessen, was ich gesagt habe auch manchmal über das von mir gesagte hinaus ging. Dies war aber so gar nicht störend für mich. Ganz im Gegenteil: Ich empfand es als hilfreich und nützlich, denn so konnten noch einmal neue Aspekte aufgezeigt werden. Ich wurde zu neuen Denkanstößen angeregt. Dadurch hat sich das Gespräch auch nie im Kreis gedreht, sondern eröffnete immer wieder neue Wege über die Dinge nachzudenken und zu sprechen.
77:41	Ich wartete nur noch darauf, dass die Therapeutin, dass Gespräch beendete und fing an mich auf die Nebengeräusche zu konzentrieren. Dadurch verlief der Schluss sehr holprig. Es wäre besser für mich gewesen, wenn die Therapeutin mich darauf hingewiesen hätte, dass wir z.B. noch 10 Minuten Zeit haben, denn dann hätte ich mich besser darauf einstellen können und das für mich Ganze besser beenden.
78:20	Dadurch und durch ihr absolut wertfreies Auftreten mir und all meinen Äußerungen gegenüber, fühlte ich mich frei alles zu sagen, alle Emotionen zu zeigen.
79:4	Ich dachte mir, dass ich einfach sehr unvoreingenommen der Stunde begegnen möchte und mich so gut wie möglich darauf einlassen würde.
79:30	Danach jedoch hatte ich noch etwa 10 Minuten Zeit und ich wusste einfach nichts mehr zu sagen. Die Therapeutin versuchte noch einmal das erste Thema auf zu greifen, indem sie noch einmal meine damit verbundenen Gefühle benannte, aber es brachte mich nicht mehr weiter. Vier Minuten später fragte ich noch einmal nach der Zeit und ich wusste einfach nichts mehr mit den restlichen 6 Minuten anzufangen. Dieser Umstand störte mich dann doch sehr, denn ich hätte mir gewünscht, dass die Therapeutin durch ihr aktives agieren vielleicht weiter oder auf etwas Neues bringt. Außerdem sprach sie einen Satz aus mit dem ich nicht sehr einverstanden war und zwar „na 6 Minuten können wir jetzt auch nicht schweigen“. Ich fand dies etwas unpassend, da ich mir denke, wenn ich das Bedürfnis zu schweigen hätte, kann ich so lange schweigen wie ich will, da mir ja am Anfang gesagt wurde, dass ich die Stunde so nützen kann wie ich möchte. Ich fragte, ob ich die Stunde beenden könne und sie reagierte nur sehr ausweichend darauf. In diesen letzten 10 Minuten der Stunde fühlte ich mich nicht sehr wohl. Ich fühlte mich nicht in meinem Bedürfnis verstanden. Mir ging es einfach sehr gut und ich hatte alles beredet und es war einfach nichts mehr zu sagen und für mich wäre es genau der richtige Zeitpunkt gewesen 6 Minuten früher aufzuhören.

79:35	Außerdem sprach sie einen Satz aus mit dem ich nicht sehr einverstanden war und zwar „na 6 Minuten können wir jetzt auch nicht schweigen“.
79:36	Die Tränen standen mir bereits in den Augen, aber in diesem Moment habe ich mich sehr stark von der Therapeutin gehalten gefühlt. Das war ein sehr angenehmes, warmes Gefühl, dass mir nonverbal vermittelte, dass ich Raum hatte um weinen zu können und das meine Gefühle akzeptiert werden. Durch diese starke Verbindung habe ich mich verstanden gefühlt und nicht mehr das Bedürfnis gehabt weinen zu müssen. Dies war eine sehr positive und angenehme Erfahrung für mich.
81:26	Diese Therapeutin akzeptierte auch voll und ganz den Umstand, dass ich am Schluss auch nicht mehr reden wollte, für mich war in der Stunde das Thema abgeschlossen und es gab zur Zeit nun mal kein anderes in meinem Leben. Sie ließ es auch zu, dass die Stunde 2 oder 3 Minuten vor der Zeit aufhörte, weil es für mich einfach so passte.
82:7	Dies nahm mir meine leichte Nervosität vollkommen und ich ging erwartungsvoll in die Therapiestunde hinein.
82:13	Zunächst skizzierte ich ganz kurz und grob ein paar Details von mir und schließlich war ich auch schon in einem Thema drin, dass mir persönlich sehr nahe geht.
82:18	Die Tränen standen mir bereits in den Augen, aber in diesem Moment habe ich mich sehr stark von der Therapeutin gehalten gefühlt. Das war ein sehr angenehmes, warmes Gefühl, dass mir nonverbal vermittelte, dass ich Raum hatte um weinen zu können und das meine Gefühle akzeptiert werden. Durch diese starke Verbindung habe ich mich verstanden gefühlt und nicht mehr das Bedürfnis gehabt weinen zu müssen. Dies war eine sehr positive und angenehme Erfahrung für mich.
82:21	Ein weiteres Erlebnis, dass mir stark aufgefallen ist, war das die Therapeutin hier und da meine Sätze, wenn ich nach Worten suchte, beendete. Dies fand ich sehr hilfreich und angenehm. Ihre Worte sagten oftmals genau das aus, was ich in diesem Moment nicht in Worte fassen konnte. Während des Erzählens habe ich häufig in meinen Gedanken nach anderen Wörtern gesucht um das Extreme zu beschreiben, denn ich wollte nicht Worte wie „Scheiße“ etc. verwenden. Im Augenblick kann ich mich leider nicht mehr an die Worte der Therapeutin erinnern, ich weiß jedoch, dass sie für mich treffend waren und ich somit den Zwiespalt in mir loslassen konnte.
82:26	Durch die Körperhaltung wurde mir vermittelt, dass sie meine Erzählungen nachempfinden kann und es mit mir erleben möchte, dass sie für mich da ist und ich allen Raum der Welt habe um mich zu öffnen.
82:29	Den letzten Gedanken den ich verbalisierte, war noch sehr stark, aber auf diesen bekam ich keine Paraphrase zurück sondern die Therapeutin teilte mir mit, dass nun die Zeit vorbei sei und fragte mich, ob es okay für mich ist an dieser Stelle zu beenden. Ich war ein wenig enttäuscht, da für mich der letzte Gedanken noch in der Luft hing und abgeschnitten war. Ich sagte ihr, dass es okay für mich sei aufzuhören. Dies entsprach auch der Wahrheit es war ein Ende das okay für mich war aber nicht perfekt. Ich hätte mir gewünscht, dass sie meinen letzten, aufwühlenden Gedanken paraphrasiert.

83:12	Schließlich lehnte sie sich zurück und erkundigte sich bei mir, ob ich bereit sei. Diese Frage bejahte ich. Sie nickte und ein Schweigen trat ein. Dieses Schweigen wurde untermauert durch ein monotones, regelmäßiges Klopfen, das aus der Wand zu kommen schien. Ich schaute dort hin und dann schaute ich die Therapeutin wieder an und ihr Blick sagte mir, dass ich anfangen sollte. Ich überlegte eine Zeitlang und mein Blick glitt wieder hinüber zu jener Wand. Die Therapeutin fing diesen Blick auf und erklärte mir, dass das Klopfen durch die Lampen in der Decke käme und dass sie die Beleuchtung ausschalten könne, wenn mich das Klopfen irritiere. Ich bedankte mich und bat sie das Licht auszuschalten. Danach trat wieder ein Schweigen ein und die Therapeutin schaute mich mit dem gleichen Blick wie zuvor an. Ich war überrascht und verwundert, da ich eigentlich darauf wartete, dass sie das Gespräch einleiten würde. Ich fühlte mich unwohl und leicht unter Druck gesetzt, nun etwas sagen zu müssen.
83:18	Aber an einigen Stellen bekam ich sehr lang keine Rückmeldung von ihr. In diesen Sequenzen kam ich mir ein wenig allein und hilflos vor, da ich gerne erfahren hätte, was sie bezüglich ihrer Wahrnehmung feststellte.
83:20	Die Therapeutin saß zurückgelehnt auf ihrem Sessel und umklammerte die Tasse die sie in ihren beiden Händen hielt. Ihre Beine waren übereinandergeschlagen und sie bewegte sich kaum. Ich empfand sie als sehr weit weg von mir, unnahbar und zurückgezogen. Hier und da biss sie sich auf die Unterlippe, wie als ob sie Schmerzen hätte. Ich fühlte mich ein wenig unerwünscht und so, als ob es der Therapeutin nicht passen würde, dass wir in diesem Augenblick anwesend sind.
83:23	Ich besprach es in seiner ganzen Vielfalt und fand einige ihrer Paraphrasen sehr treffend. Jedoch fühlte ich mich nicht angeregt weiter zu erzählen, dies tat ich aus Eigeninitiative und aus dem Grund, da ich Pausen vermeiden wollte.
83:28	Jene Gefühle passten aber gar nicht zu meinen und warfen mich aus der Bahn. Ich musste lange Zeit darüber nachdenken. Von meinen Gefühlen her spürte ich eine deutliche Abwehr gegenüber dem Gesagten der Therapeutin. Denn ich war weder Wütend über die beschriebene Situation, noch sauer auf die Person, die in meinen Erzählungen angesprochen wurde. Neben den sehr guten Reflexionen der Therapeutin empfand ich jene Aussage als untypisch und „nicht ins Bild“ passend.
84:12	Was mir besonders positiv auffiel und mir für den Gesprächsverlauf sehr hilfreich und wichtig vorkam werde ich im Folgenden beschreiben. Die Therapeutin griff in ihren Paraphrasen und Reflexionen nicht nur, dass von mir Gesprochene auf, sondern sie verknüpfte jene Inhalte auch mit meinen non-verbalen Äußerungen. Wie beispielsweise Dingen die ich mit meinen Händen gestikulierte. Durch jene Verbindung bekam ich eine völlig neue Perspektive von mir selber und dem was ich zuvor ausgesprochen habe. Denn mir fiel auf, dass mir die non-verbalen Aktivitäten oftmals nicht bewusst sind, aber sie doch so viel Aussagen. Ebenso, wie die Therapeutin die Bewegungen meiner Arme mit einbrachte, erwiderte sie auch bestimmte Gesichtsmimik von mir, die ich in bestimmten Situationen hatte. Jene verband sie wieder mit den Inhalten und formte etwas Neues daraus, was wiederum die Sache von einer anderen Seite beleuchtete. Mir machte es sehr viel Freude jene Inhalte von anderen Perspektiven aus betrachten zu können. Zudem empfand ich ihre Reflexionen stets zutreffend und genau passend.

84:15	Die Therapeutin griff in ihren Paraphrasen und Reflexionen nicht nur, dass von mir Gesprochene auf, sondern sie verknüpfte jene Inhalte auch mit meinen non-verbalen Äußerungen. Wie beispielsweise Dingen die ich mit meinen Händen gestikulierte. Durch jene Verbindung bekam ich eine völlig neue Perspektive von mir selber und dem was ich zuvor ausgesprochen habe. Denn mir fiel auf, dass mir die non-verbalen Aktivitäten oftmals nicht bewusst sind, aber sie doch so viel Aussagen
84:21	Des Weiteren empfand ich es als sehr hilfreich, dass ich meine Gefühle die ich in den verschiedenen Momenten empfand widergespiegelt sah auf dem Gesicht der Therapeutin. Erzählte ich etwas Trauriges, lag ihre Stirn in Falten, berichtete ich etwas Freudiges, so lächelte sie.
84:26	An einer Stelle des Gespräches waren meine Gefühle sehr intensiv da die Thematik sehr nah an meinem Kern war und in diesem Moment lag sehr viel Zuneigung in ihrer Stimme und sie wand sich ein Stück näher zu mir, gab mir Zeit mich zu sammeln und es entstand eine kurze Pause, die aber sehr angenehm war.
84:32	Während des Gesprächsverlaufes nahm ich ziemlich zu Beginn des Gespräches wieder das Klopfen in der Wand, was ich bereits in meiner zweiten Therapiestunde bemerkte, wahr. Einen kurzen Moment überlegte ich, ob ich die Therapeutin bitten sollte, ob wir nicht das Licht in dieser Ecke ausschalten könnten. Aber kaum hatte ich es gedacht, hatte ich es auch schon wieder vergessen. Erst im Nachhinein, als die Forscherin mich beim Post-Session-Interview auf Situationen ansprach, die ich als hinderlich empfand kam mir dieses Ereignis wieder in den Sinn. Als ich dies daraufhin erwähnte, fragte mich die Forscherin: „und das Handy?“. Erst dann fiel mir wieder ein, dass während der Stunde das Handy der Therapeutin läutete. Sie entschuldigte sich vielmals und sagte, dass sie angenommen habe dass sie es ausgedreht hatte. Aber anscheinend habe ich dies auch nicht als sonderlich hinderlich empfunden, da ich es bereits wieder vergessen hatte. Der Gesprächsverlauf wurde auch durch beide Ereignisse nicht gehindert. Denn nachdem das Handy ausgeschaltet war, ging das Gespräch sofort weiter und die Therapeutin war wieder gleich bei mir, so als wäre sie nie „weg“ gewesen.
85:6	Die Therapeutin überließ mir die Wahl meines Sitzplatzes. Ich wählte einen Sessel, der ungefähr im rechten Winkel zum Sessel der Therapeutin und mit dem Rücken zu dem Platz der Beobachterin stand. Bevor ich mich auf diesen Sessel setzte, testete ich auch die anderen Sitzgelegenheiten aus, wählte dann aber jenen Sessel, weil ich mich da am wohlsten fühlte. Auf dem Sessel lag ein Polster, welches ich sofort auf meinen Schoß legte, ob als Schutz oder nur zur Ablenkung, weiß ich nicht, jedenfalls fühlte ich mich so wohler und sicherer.
85:8	Zunächst habe ich ein eher allgemeines Thema angeschnitten, weil es mir lieber war, nichts allzu Persönliches zu erzählen und bin dann aber immer persönlicher geworden. Persönlicher, als ich mir eigentlich vorgenommen hatte. Ich denke, dass das daran liegt, dass ich mich so wohl und gut aufgehoben bei der Therapeutin gefühlt habe und sie mir stets das Gefühl vermittelt hat, dass alles was ich sage, gut bei ihr aufgehoben ist.
85:15	Die Therapeutin war es meistens, die die Pausen unterbrach, indem sie mich fragte, bzw. äußerte, dass da „wohl viel vorgeht“, bzw. „es arbeitet“. Ich fand es hilfreich, dass die Pausen von der Therapeutin unterbrochen wurden, weil mir die Stille recht unangenehm war und ich unruhig wurde.

86:9	Ich habe während dem Gespräch eine sehr starke Veränderung in mir gespürt. Zu Beginn der Sitzung war ich dem Thema gegenüber distanziert, unter anderem deshalb habe ich es auch ausgewählt- weil ich dachte, dass das ein Thema ist, über welches ich in dem Rahmen des Seminars gut sprechen könnte, weil meine ganzen persönlichen Gefühle eigentlich nicht so eingeschlossen sind
86:14	Zwischenzeitlich habe ich aber auch überlegt, ob es vielleicht möglich wäre, die Sitzung schon etwas früher zu beenden, weil ich das Gefühl hatte, alles gesagt zu haben und auch eine Lösung gefunden hatte, obwohl ich eigentlich gar nicht mit der Erwartung, eine Lösung zu finden, in das Gespräch eingetreten bin
86:15	Aber dadurch dass die Therapeutin mir half und auf mich und meine Gefühle einging, verging die Zeit bis zum Ende der Stunde doch zügig.
86:26	Aber im Verlauf des Gespräches haben sich meine Gefühle total geändert und mir ging das Thema so nahe, dass ich so intensiv empfunden habe, wie schon sehr lange nicht mehr.
87:12	Ich war dieses Mal bereiter, über mich und meine Gefühle zu reden, als ich es beim ersten Mal war. Ich hatte wirklich das Gefühl dass es egal ist, was ich sage, und wie ich etwas sage. Ob ich es ins lächerliche ziehe oder ganz ernsthaft über etwas rede, dass eigentlich lächerlich ist - ich und mein Gesagtes waren akzeptiert und willkommen.
87:15	Meistens hat die Therapeutin erkannt, dass ich nicht in Gedanken versunken bin, sondern dass ich wirklich einfach nur vergessen habe, was ich eigentlich sagen wollte und sie hat mir jedes Mal wieder geholfen, den Anschluss zu finden. Die Art und Weise, wie sie mir dabei geholfen hat, hat mir imponiert, da sie irgendwie immer genau das getroffen hat, was ich 10 Minuten davor gesagt habe und das dann aber auch noch in andere Worte geformt hatte, so dass ich eine viel klarere Sicht auf das, was ich gerade erzähle, bekommen habe. Einige Male hat sie wirklich genau den Punkt in mir getroffen, den ich zwar gespürt habe, aber nicht getraut habe ihn zu verbalisieren.
88:8	Dann lehnte sie sich zurück und schaute mich an. Nach ein paar Sekunden begann ich mich zu wundern - hat die Sitzung bereits begonnen? Ich glaube auch, mich erinnern zu können, dass ich gefragt habe und [Name] mir geantwortet hat: „Wenn du bereit bist ...“ Jedenfalls fehlte mir der einleitende Startschuss,...
88:16	Und ich prüfte (das kann ich auch erst im Nachhinein feststellen), wie tragfähig sie bzw. der Kontakt zu ihr war. Ich hielt diesen Blickkontakt auch nur einige Sekunden aus, bevor mir die Tränen in die Augen stiegen. Jaja, so fest hab ich mir vorgenommen gehabt, nicht aufzumachen - und dann bin ich innerhalb weniger Minuten am Kern. Denn ich prüfte eigentlich nicht nur, wie tragfähig dieser Kontakt generell ist, sondern ich provozierte ja noch die Situation, dass ich sozusagen einen „Giftpfeil“ verschoss und wissen wollte, wie er dann abläuft und ob dieses Kontaktangebot überhaupt noch aufrecht bleibt. Die Tatsache, dass sie den Kontakt aufrecht erhielt, obwohl ich nicht die liebe, nette und lustige Person war, berührte mich sehr.
90:17	Was mir auch schon in diesen 45 Minuten aufgefallen ist, ist, dass ich mich emotional nicht so involvieren wollte.

90:22	Und auch in dieser heutigen Sitzung war die Kürze der 45 Minuten für mich extrem. Ich hab mir zwischendurch kurz gedacht, dass ich - so gefühlsmäßig - vermutlich noch 15 bis 20 Minuten Zeit haben werde. Aber 5 Minuten später machte mich die Therapeutin auf das Ende unserer Sitzung aufmerksam. Diese Kurzweiligkeit verwundert mich insofern, als ich ja lediglich eine Geschichte erzählt hab und mich nicht in irgendwelchen Gefühlsergüssen (und damit meine ich Tränen) dahin treiben hab lassen, und wirft meine These, dass eine solche Kurzweiligkeit mit der Intensität des Inhaltes und somit mit der Intensität der Stunde zu tun hat, ein bisserl über den Haufen. Und vielleicht ist es einfach auch nur ein Zeichen des Wohlfühlens, wenn die Zeit so schnell vergeht ...
91:3	Will ich wirklich über das eine Thema mit jemandem reden den ich so überhaupt nicht kenne, und kann ich ihr das überhaupt zutrauen, wird ihr das auch nicht zu viel, dass waren so meine Gedanken. Außerdem habe ich dieses Thema schon so oft bearbeitet und besprochen und ich war mir nicht sicher ob man da überhaupt noch etwas herausholen kann.
91:16	Nach etwa 10 Minuten schoss mir der Gedanke durch den Kopf, ob ich denn die Therapeutin eventuell mit meinem Anliegen überfordere. Denn irgendwie lässt sie mich reden und reden und reden, es kommt hin und wieder ein „mhm“ aber nicht mehr.
91:18	Ich war mir wie gesagt, in diesem Augenblick sehr unsicher ob die Therapeutin das alles aushalten kann. Doch dieses Gefühl hat sie mir genommen als sie begonnen hat meine gesagten Dinge zusammenzufassen und mir geordnet wieder gegeben hat. Plötzlich war dieses Gefühl, ich könnte sie überfordern, wie weggeblasen.
92:15	Sie ist auch sehr schnell in meine Gefühlswelt eingestiegen und hat extrem mit mir mitgeföhlt. Das war so als würde ich meinem Spiegelbild gegenüber sitzen. Irgendwie fühlte ich die Therapeutin in mir drinnen. Hört sich jetzt vielleicht ein wenig komisch an aber anders kann ich es im Moment nicht beschreiben.
92:24	Die Therapeutin hat das Ganze sehr schön abgerundet. Sie war sehr einfühlsam und meinte, ich befürchte unsere Zeit ist jetzt um, ist das okay für dich oder brauchst du noch ein paar Minuten. Durch dieses Abrunden seitens der Therapeutin, war das total okay für mich.
93:16	Sie fragte mich, ob ich bereit bin und schaltete dann das Diktiergerät ein. Hier fehlten mir ein paar einleitende Worte wie zum Beispiel, du bist ja mit den Bedingungen schon vertraut, die nächsten fünfundvierzig Minuten gehören uns. Es entstand dann gleich zu Beginn eine peinliche Schweigepause. Die Therapeutin saß mir also gegenüber und blickte mich direkt an. Ihr Blick, war meiner Einschätzung nach sehr fordernd.
93:19	Ich hatte die ganze Zeit das Gefühl, was soll ich ihr jetzt erzählen, dass sie etwas lockerer wird. Vielleicht war das reden über „keine Themenfindung“ auch so ein Austesten der Psychotherapeutin, denn ich kannte ihre Art der Therapieführung schon aus der Beobachterrolle.
94:18	Während ich über dieses Thema sprach, wurde mir dann klar, dass es mich doch noch stärker beschäftigt und die Therapeutin sagte mir auch mit einfühlsamer Stimme, dass es völlig in Ordnung sei darüber zu sprechen. Diese Worte gaben mir Sicherheit und ich hatte das Bedürfnis noch weiter in diese Thematik eintauchen zu können, was mir ein befreiendes Gefühl vermittelte.

94:20	Obwohl die Therapeutin nicht viel sagte, auch nur wenig wiederholte oder spiegelte, hatte ich trotzdem das Gefühl, dass sie mich versteht und dass ich keine Scham haben muss. Ihre anfängliche Kühle verspürte ich auch nicht mehr als unangenehm, sondern im Gegenteil empfand ich nun diese Distanz als hilfreich über dieses Thema zu sprechen. Besonders gut gefiel mich auch, dass sie meine Gedanken auffing und aufnahm.
94:22	Ihre anfängliche Kühle verspürte ich auch nicht mehr als unangenehm, sondern im Gegenteil empfand ich nun diese Distanz als hilfreich über dieses Thema zu sprechen.
94:23	Besonders gut gefiel mir auch, dass sie meine Gedanken auffing und aufnahm. Ein Beispiel: Ich benutzte in einer Gesprächssituation eine Metapher um mich besser ausdrücken zu könne und die Therapeutin griff diese auf und sprach mit meiner Metapher und mit meinen Worten weiter. Diese Situation war sehr hilfreich für unsere Beziehung, da ich an dieser Situation merkte, dass sie mir auch wirklich aufmerksam zuhörte und mich mit meinen Problemen versteht.
94:25	Sie ließ mir im Tempo und in dem Ausdruck meiner Gefühle völlig Zeit und gab mir genug Raum mich darin zu bewegen.
94:36	Ein Beispiel: Ich benutzte in einer Gesprächssituation eine Metapher um mich besser ausdrücken zu könne und die Therapeutin griff diese auf und sprach mit meiner Metapher und mit meinen Worten weiter. Diese Situation war sehr hilfreich für unsere Beziehung, da ich an dieser Situation merkte, dass sie mir auch wirklich aufmerksam zuhörte und mich mit meinen Problemen versteht.
95:10	Zuerst war ich sehr unruhig und aufgewühlt, doch als ich die Ruhe der Therapeutin spürte, merkte ich richtig wie ich innerlich auch ruhiger wurde und konnte mich nun auf mein Thema voll und ganz einlassen.
95:15	Ich hatte auch das Gefühl, dass die Therapeutin mit sich im Einklang war und das Verständnis und die Empathie, die sie mir entgegenbrachte nicht gespielt waren.
95:19	Ich wusste zu Beginn nicht wirklich wie ich Anfangen soll, damit die Therapeutin mich versteht und meine Geschichte auch nachvollziehen kann - ich glaube ich habe zu Beginn auch etwas unruhig und verwirrt erzählt. Da die Therapeutin aber ruhig geblieben ist und mir Zeit gelassen hat, habe ich schnell in das Thema und die Geschichte gefunden und ich begann einfach zu reden. Dieser anfängliche Redeschwall hat mir sehr gut getan und die Reaktionen der Therapeutin waren auf keinen Fall störend, oder hindernd für mich und meinen Redefluss. Ich hatte auch in dieser ersten Phase des Gespräches das Gefühl, dass mir die Therapeutin wirklich zuhört und nicht nur versucht mich zu verstehen, sondern es auch wirklich tut. Dies zeigte sich auch im Verlauf des Gespräches - nie hatte ich das Gefühl, dass sie abwesend war, oder mit mal mehr- oder weniger zuhört - die Aufmerksamkeit der Therapeutin blieb konstant, was mich im Gespräch sehr bestärkte.
95:20	Ich hatte auch in dieser ersten Phase des Gespräches das Gefühl, dass mir die Therapeutin wirklich zuhört und nicht nur versucht mich zu verstehen, sondern es auch wirklich tut.
95:21	Dies zeigte sich auch im Verlauf des Gespräches - nie hatte ich das Gefühl, dass sie abwesend war, oder mir mal mehr- oder weniger zuhört - die Aufmerksamkeit der Therapeutin blieb konstant, was mich im Gespräch sehr bestärkte.
95:24	Ich schaffte eine Distanz und konnte mich emotional abgrenzen, da ich nicht

	zum ersten Mal über dieses Thema gesprochen hatte, hatte ich auch einen objektiven Blick auf meine Gefühle.
95:33	Auch nach dem Gespräch hatte ich nicht das Gefühl, dass die Therapeutin jetzt über mich wertet, oder mich anders behandelt, auch die Situation beim Verabschieden war sehr freundlich und offenherzig
96:1	Heute, am späten Nachmittag, hatte ich mein drittes und letztes Therapiegespräch als Klientin, an welches ich mich ungewöhnlicher Weise nur ganz wenig erinnern kann. Schon als ich aus dem Gespräch mit der Therapeutin raus kam beziehungsweise die Praxis verließ, war das Gespräch für mich schon weit weg. Irgendwie kam es mir so vor, als ob ich es nicht unmittelbar davor geführt hatte, sondern ich hatte das Gefühl, dass es schon längere Zeit hinter mir liegt.
96:3	Ich entschied mich dann kurz bevor ich an der Tür zur Praxis klingelte, über meine Arbeit als Kindergärtnerin und die Beziehung zu meiner Kollegin zu sprechen. Vielleicht auch deshalb, weil ich gerade aus dem Kindergarten kam und heute ein paar Ereignisse vorgefallen sind, die mich beschäftigt hatten.
96:12	Ich fühlte mich bei der Therapeutin sehr wohl und sicher und konnte ihr voll und ganz Vertrauen, so dass ich keine innere Blockade in mir verspürte.
97:13	Zu Beginn des Gesprächs war die Therapeutin eher zurückgelehnt. Später änderte sich dies und sie war näher bei der Klientin. „Sie war näher bei mir.“ Dies geschah in einer für die Klientin angespannten Situation und sie empfand diese Nähe als eine Stütze.
98:21	Sie verlor sich in sehr vielen auf sie einströmenden Gedanken und redete und redete und die Therapeutin bremste sie und versuchte diese Gedanken nach der Reihe zu rekonstruieren.
99:7	Häufiger kamen ihr Gedanken, dass sie auch einmal die Therapeutin reden lassen wolle, da sie sehr interessiert an ihren Reflexionen war, aber sie war so in einem Schwall und redete und redete.
103:7	Die Therapeutin wirkte ab und zu unsicher und hat einmal tief aus- und eingeatmet, was der Klientin das Gefühl gegeben hat „es ist ihr zuviel, sie fühlt sich genervt“.
103:15	In der speziellen Situation ging es um das Gefühl des „Genervt sein“. Es konnte bis dahin nicht eingeordnet werden. Für die Klientin war es ein riesiger Schritt dieses Gefühl jetzt auch benennen zu können.
103:17	Die Therapeutin atmte einmal ganz tief durch, was der Klientin das Gefühl vermittelte, dass die Therapeutin genervt von ihr war, dass kein Interesse für ihr Thema da war. Die Klientin fühlte sich in ihren Gedankengängen unterbrochen und konnte sie somit nicht weiterführen, weil sie damit beschäftigt war, was die Therapeutin wohl in diesem Moment von ihr denkt.
105:6	Die Klientin nahm die Therapeutin als sehr positiv wahr. Sie zeigte Interesse am Thema und hielt immer Blickkontakt zur Klientin, was der Klientin grad dieses Gefühl von Verstanden werden vermittelte. Die Therapeutin hatte der Klientin gegenüber eine wertschätzende, akzeptierende Haltung eingenommen.
106:13	Die Klientin hatte das Gefühl dass die eigene Betroffenheit im Gespräch zugenommen hat, weil die Beraterin Gefühle angesprochen hat, die der Klientin vorher nicht so bewusst waren. Sie hat gemerkt wie ihre Augen feucht geworden sind und die eigene Betroffenheit gefühlt. Diese Erschrockenheit der Klientin hat die Beraterin verbalisiert, die Klientin empfand diese Verbalisierung als sehr treffend.

107:7	Es war für sie eine schöne Erfahrung doch selber die Lösung zu wissen und diese auch anzusprechen, bestärkt durch die nonverbale Reaktion der Therapeutin, vorbeugen im Stuhl, so als ob sie jetzt ganz nahe bei der Klientin sein wollte, sie in ihrem Denken bestärken. Zu dieser Situation brauchte es keine Worte, nur eine Reaktion genügte
107:14	Sie saß entspannt in ihrem Sessel, was die Situation allgemein für die Klientin entspannter machte, gerade zu Beginn des Gesprächs.
108:17	Im Prinzip hatte sie eine Woche darauf gewartet über diese Situation sprechen zu können.
112:2	Es war eine „angenehme Atmosphäre“, die Klientin konnte „alles ansprechen“, sie hat sich „sicher gefühlt und gut aufgehoben“, hatte „Vertrauen in die Therapeutin“, „die Therapeutin war sehr aufmerksam“, „einfühlsam und sehr verständnisvoll, von der Art her ruhig, so quasi voll konzentriert auf mich“, „ich hab bei manchen Zusammenfassungen wirklich das Gefühl gehabt, sie versteht mich.“ Dieses Gefühl von der Klientin ist „zum Teil sogar stärker geworden, weil wir haben sogar einmal gemeinsam gelacht - als würde sie das Gefühl kennen, das ich da beschreibe.
112:9	Es war eine „angenehme Atmosphäre“, die Klientin konnte „alles ansprechen“, sie hat sich „sicher gefühlt und gut aufgehoben“, hatte „Vertrauen in die Therapeutin“, „die Therapeutin war sehr aufmerksam“, „einfühlsam und sehr verständnisvoll, von der Art her ruhig, so quasi voll konzentriert auf mich“, „ich hab bei manchen Zusammenfassungen wirklich das Gefühl gehabt, sie versteht mich.“ Dieses Gefühl von der Klientin ist „zum Teil sogar stärker geworden, weil wir haben sogar einmal gemeinsam gelacht - als würde sie das Gefühl kennen, das ich da beschreibe.“
114:11	„Das ist jetzt schwierig für mich, weil einerseits muss ich sagen, die Zusammenfassungen haben’s schon getroffen, das war auch sicher hilfreich, einfach auf das Problem mit verschiedenen Blickwinkel zu blicken. Andererseits eben auch manchmal das Gefühl, dass da ein bisschen zu viel Information war oder zu schnell.“ „Sie hat mir vor Augen geführt, dass es einfach mehrere Seiten gibt.“ „Den Moment gibt’s nicht“, der in dem Gespräch wirklich hilfreich war.
115:3	Jedoch haben sich diese leichten Schwierigkeiten schnell gelegt und die Klientin hat sich voll und ganz geöffnet und hat auch bemerkt, dass ein guter Kontakt zur Therapeutin hergestellt wurde und sie immer mehr Erleichterung verspürt hat.
115:6	Nur zu Beginn ist der Klientin eine vorherrschende Korrektheit und steife Durchführung der therapeutischen Methode des personenzentrierten Ansatzes aufgefallen, jedoch hat sich auch dies im Laufe des Gesprächs aufgelöst. Die Therapeutin hatte eine positive Ausstrahlung auf die Klientin, welche sich sehr gut auf die Atmosphäre des Gespräches auswirkte.
116:2	Dadurch fühlte sie sich auch ziemlich locker. Jedoch erwähnt die Klientin auch, dass sie ein wenig das Gefühl hatte, alleine zu sein. Dabei sagt sie, dass sie das nicht im Sinne von verlassen werden meinte sondern eher im Sinne von größerer Selbstständigkeit im Gespräch. Denn laut Klientin ist die therapeutische Anwesenheit nicht so spürbar gewesen für sie. Im Gegenteil sie hat sich eher als „eigene Therapeutin“ gesehen.

116:16	Jedoch gab es auch zwei Situation im Gespräch, welche die Klientin als eher hinderlich betrachtete. Laut Klientin haben die Zwischenfragen der Therapeutin eher verunsichert und sie aus ihrem Redefluss gebracht. Die Klientin meinte auch, dass sie teilweise überfordert war mit diesen Fragen und sie dadurch nur abgelenkt wurde. Bei diesen Situationen verspürte sie auch Druck auf diese Fragen antworten zu müssen, denn „wenn dich wer was fragt, dann muss ich eine Antwort geben“, waren die Worte der Klientin.
117:7	Auch das wiederholte Fragen der Therapeutin ob diese alles richtig verstehen würde und der stetige Augenkontakt zur Klientin zeigte für die Klientin enormes Interesse und gab der Klientin ein angenehmes Gefühl.
117:14	Das Thema, welches die Klientin im Gespräch aufgriff erschien ihr nicht so aktuell, jedoch ergab sich während des Gesprächs die Erkenntnis, dass diese Thematik ihr sehr nahe geht und es doch ziemlich aktuell erscheint. Die angesprochene Problematik machte die Klientin sehr betroffen und berührte sie stark. Über diese Erkenntnis war die Klientin sehr überrascht und sie beschreibt das gesamte Gespräch als eine „Berg- und Talfahrt der Gefühle“. Es gab viele Situationen, die sie sehr berührten, aber auch viele bei denen eine enorme emotionale Distanz spürbar war.
121:7	Dialog Situation: Ich habe was gesagt und dann überlegt und anstatt mir mit paraphrasieren zu helfen, hat sie Fragen gestellt und die Fragen haben mich verwirrt und aus dem Konzept gebracht. Ich dachte mir, „warum fragst du mich das jetzt, das passt jetzt überhaupt nicht“. Und ich konnte die Fragen auch gar nicht beantworten bzw. wusste nicht was sie meinte.
122:1	Im Vordergrund war das Gefühl von Ärger über mich selbst, dass ich nicht offener habe sprechen können. Ich hätte von mir selber gewünscht, dass ich mehr aus mir herausgehe. Aber das hat an mir selber gelegen, nicht an der Therapeutin.
122:3	Dann wollte ich bestimmte Dinge vermeiden und das war ein Ringen mit mir selber, Dinge anzusprechen oder es lieber zu lassen. Ich habe mich selber im Zwiespalt erlebt, andere an meinem Gefühl teilhaben zu lassen, oder mich zurück zu halten. Der „Zwiespalt“ eben.
123:2	bzw. war es für mich selbst oft schwer, Gefühle, die ich mit bestimmten Situationen in Verbindung brachte, zu betiteln.
124:3	Das Gespräch wurde von ihr dadurch eröffnet, dass sie sagte, sie habe eigentlich kein Problem. Nachdem sie all ihre Lebensbereiche aufgezählt hatte, die derzeit in Ordnung sind, kam sie auch auf ihre Arbeit zu sprechen. Durch die Reflexion der Therapeutin warum denn jetzt alles so gut laufe, wurde dann jenes Thema gefunden, welches von da an im Fokus der Therapiestunde stand.
126:5	Sie empfand „keine Scheu etwas zu sagen, weil sie das Gefühl vermittelt bekommen hat alles sagen zu dürfen und zu können.“
126:11	Als wichtigstes und hilfreichstes Ereignis beschreibt die Klientin jene Situation, wo sie sich nicht „gut gefühlt“ hat. Sie betont dabei, dass dieses Gefühl nicht von der Therapeutin ausgelöst worden ist, sondern von der Situation und dem Thema, über das sie gesprochen hatte.
127:8	In der Mitte des Gesprächs war das erste Thema für die Klientin ausgeschöpft, sie wusste nicht was sie noch erzählen könnte. Sie sprach dann ein weiteres Thema an, jedoch nicht weil es sie dieses sehr beschäftigte, sondern um die Stille aufzulösen.
128:14	Am Anfang fiel es der Klientin nicht leicht einen Einstieg ins Thema zu finden, dadurch war sie ein wenig unsicher. „Die Therapeutin war halt einfach da, hat

	gewartet“ meinte sie dazu.
132:17	Dieses Vorlehnen der Therapeutin gab ihr noch stärker das Gefühl, dass sie sie verstehen wollte und dass die Therapeutin miterleben möchte, was sie erzählt. Sie hat sich dadurch akzeptiert und verstanden gefühlt. „Sie interessiert sich wirklich für mich“
135:4	Eine spezielle Therapiesituation ist der Klientin nicht mehr in Erinnerung, sie weiß aber noch, dass sie „miteinander lachen konnten“ und sie beschreibt weiter, dass das Verhalten der Therapeutin während des Gespräches konstant geblieben ist.
135:11	Besonders hilfreich empfand die Klientin das Verhalten der Therapeutin, als sie den Faden verlor und nicht mehr wusste wo sie anknüpfen soll. Die Therapeutin hat das zusammengefasst, was die Klientin davor gesagt hat und das besprochene Thema mit ihren eigenen Worten noch einmal beschrieben.
136:1	Am Anfang war ich ziemlich misstrauisch. Hab am Anfang vorgehabt „da mach ich jetzt nicht auf“, das war mein Anfangsziel. Nachdem ich das angesprochen hab, hab ich gemerkt wie sich das löst, und ich hab mich dann auch körperlich Entspannen können. In erster Linie war es dann Erleichterung.
136:4	Was mir besonders gut gefallen hat war ihr Gesichtsausdruck, der war immer gleich, quasi offen und das hat sich im gesamten Verlauf nicht verändert. Den Kontakt den sie gehalten hat war super, der Blickkontakt war immer da.
139:9	Sie schildert, dass am Anfang von der Therapeutin wenig gekommen sei. Das hat sie verunsichert und sie hatte den Gedanken, dass sie die Therapeutin überfordert und sie hatte eine Verantwortung gespürt, ob sie ihr das zu trauen könne. Sie dachte sich dann aber: „Gib ihr einfach das Vertrauen.“ In weiterer Folge hatte die Klientin die Therapeutin als „voll stark“ empfunden und kam zu dem Schluss, dass sie das aushalte.
139:14	Anfangs lässt sich die Stimmung durch folgende Aussage gut ausdrücken:“ Ich weiß nicht, ob ich das will, freut mich das, habe ich die Kraft?“ Diese Stimmung hat sich aber während des Gespräches gebessert durch die Begleitung der Therapeutin und das Gespräch selbst.
140:8	An einer Stelle empfand sie durch den traurigen Blick der Therapeutin Verantwortung diese nicht zu überfordern.
140:12	Die Klientin gibt weiter an, dass die Therapeutin „extrem gut zugehört“ habe und sehr gut widergespiegelt habe in eigenen Worten.
140:13	Oft hat sich die Klientin schwer getan Gedanken in Worte zu fassen und die Therapeutin war dabei sehr hilfreich, da diese in eigenen Worten es ausformulierte. Die Therapeutin konnte sehr gut mit den Gefühlen mitgehen und durch die Worte „ich fühle“, hatte die Klientin den Eindruck sie werde begleitet von der Therapeutin und „sie hatte nicht so eine Distanz“, was sie als angenehm beschreibt.
141:1	Die Klientin war heute 15 Minuten zu früh in der Praxis und sprach dies auch gegenüber der Therapeutin an. Diese empfing sie mit einem kühlen Hallo und sagte, sie solle sich in den Therapieraum setzen. Für die Klientin klang es so, als „Setze dich in den Therapieraum und warte bis du dran bist.“ Sie fühlte sich nicht sehr willkommen und hatte sich mehr Reaktion erwartet.
141:4	Sie glaubt, dass sie die Therapeutin herausfordern und in gewisser Weise testen wollte, ob sie wirklich dem entspricht, was sie von ihr annahm.

141:8	Im Laufe des Gespräches, als die Klientin ein Thema gefunden hatte, sah sie eine Erleichterung bei der Therapeutin. Dies resultierte sie einerseits durch eine Veränderung des Gesichtsausdruckes und andererseits durch ein tiefes Einatmen. Auch durch ein mit lachen der Therapeutin sah sie eine zunehmende Lockerheit auf Seiten der Therapeutin. Durch dieses mit Lachen ist die „Therapeutin sympathischer geworden“.
141:11	Eine spezielle Situation für die Klientin war, als sie die Therapeutin zum Lachen brachte. Die Klientin hatte während dem Gespräch den Wunsch, dass die Therapeutin „ein bisschen lockerer wird“. Sie dachte sich „Werde lockerer, ist ja nicht so schlimm.“ Als diese mit ihr gelacht hat, hatte die Klientin den Eindruck, sie habe nun Zugang zu ihr gefunden. „Es war fast so, als ob ich sie knacken hab müssen“.
143:8	Was die Klientin aber erwähnte, war dass sie heute den Straßenlärm sehr gehört hatte und sie das teilweise gestört bzw. beeinträchtigt hat.

19.4 Matrix

Ursächliche Bedingungen	Phänomen	Eigenschaften	Kontext	Intervenierende Bedingungen
Klientin erlebt Therapeutin positiv	positive und optimistische Einstellung und Ausstrahlung der Therapeutin	freundlich, sympathisch, fröhlich, herzlich, offen		Ton, Stimme, Sprache, Mimik
Klientin erlebt Therapeutin positiv	Beginn des Gesprächs	herzlich, nett	Begrüssung/Empfang	Worte, Stimme, Sprache, Körpersprache
Klientin erlebt Therapeutin positiv	Therapeutin vermittelt Sicherheit, Vertrauen, Stabilität, Verständnis	gleichbleibend, konstant, stark, offen, warm, vermittelt Geborgenheit, Sicherheit, bedingungslose Aufmerksamkeit, Wertschätzung	Klient-Therapeut-Beziehung	Körpersprache, Blickkontakt
positive Gefühle der Klientin in Bezug auf die Therapeutin	Verständnis	verstanden	Klient-Therapeut-Beziehung	psychische - physische Nähe: fühlt sich der Therapeutin nahe --> Körpersprache
positive Gefühle der Klientin in Bezug auf die Therapeutin	Akzeptanz, Sicherheit, Stabilität	akzeptiert, angenommen, vertraut	Einfühlsame und aufmerksame Therapeutin	Klientin fühlt sich von der Therapeutin nicht gedrängt bzw. bewertet
positive Gefühle der Klientin in Bezug auf die Therapeutin	Freiheit	frei, offen	Klient-Therapeut-Beziehung	Klientin fühlt sich frei, wenn sie von der Therapeutin akzeptiert und respektiert wird, wenn Therapeutin Gefühl von Sicherheit vermittelt
Klientin erlebt Therapeutin positiv	Basis für vertrauensvolle Beziehung --> Stabilität & Sicherheit	echt, kongruent, konstant, entspannt, ruhig		gleichbleibende Nähe, Aufmerksamkeit der Therapeutin
Klientin erlebt Therapeutin positiv	Aufmerksamkeit	aufmerksam, empathisch, teilnehmend, aktiv	Zuhören der Therapeutin	Körpersprache, Blickkontakt, Mimik
Klientin erlebt Therapeutin positiv	Therapeutin hört zu, versteht --> Verständnis seitens der Therapeutin	vorsichtig		direktiv: nachfragen der Therapeutin (ohne Neugier), um die Klientin nicht falsch zu verstehen

Handlungs- & interaktionale Strategien	Konsequenzen	Auswirkungen	Verbindung
Lächeln der Therapeutin	Sympathie als hilfreich für die Klientin sich zu öffnen	Klientin kann sich öffnen	Vorgehen/Verhalten der Therapeutin
	Grundstein für Klientin-Therapeutin Beziehung	wirkt sich positiv auf den Gesprächseinstieg, so wie den Gesprächsverlauf aus	Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Emotionen der Klientin, Gemeinsame Interaktion
Nonverbal mit Blicken, gemeinsame Interaktion, widerspiegeln von Gefühlen, treffende Paraphrase	Klientin kann frei und offen sprechen, kann sich Gefühle eingestehen, kann tiefer in das Thema gehen, auf Gespräch einlassen, kann sich öffnen	Klientin fühlt sich bestärkt, bestätigt, angenommen, respektiert; Klientin fasst Vertrauen zur Therapeutin, eine positive Beziehung zw. Klientin und Therapeutin entsteht	Vorgehen/Verhalten der Therapeutin
Worte der Therapeutin, Therapeutin lässt ausreichend Zeit und Raum, Therapeutin erkennt Gefühle und Gedanken der Klientin, gemeinsame Interaktion (zB. Lachen), Blickkontakt	fördert die Klient-Therapeut Beziehung	Klientin fühlt sich verstanden, wohl, akzeptiert, respektiert	Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Erleben zur Therapeutin
Körpersprache und Körperhaltung der Therapeutin	fördert die Klient-Therapeut Beziehung	Klientin fühlt sich gut aufgehoben, gehalten und sicher, fühlt sich als Mittelpunkt, fühlt sich ernstgenommen;	Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Erleben zur Therapeutin, Erwartungen/ Wünsche der Klientin
		Klientin kann frei und offen sprechen, ihre Gefühle gut zum Ausdruck bringen	Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Erleben zur Therapeutin, Erwartungen/ Wünsche der Klientin
Blickkontakt, Mimik,		Klientin fühlt sich bestärkt	Gesprächsverlauf, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Emotionen der Klientin
	Therapeutin versteht die Klientin, findet treffende Paraphrasen oder Metaphern --> läuft auf gute Klient-Therapeut-Beziehung hinaus	Klientin fühlt sich verstanden, Klientin fühlt sich gut aufgehoben, angenommen, respektiert, Klientin fühlt Nähe der Therapeutin	Emotionen der Klientin, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin
	Interesse der Therapeutin an der Klientin wird für diese spürbar		Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Emotionen der Klientin

Ursächliche Bedingungen	Phänomen	Eigenschaften	Kontext	Intervenierende Bedingungen
Klientin erlebt Therapeutin positiv	Empathie der Therapeutin	kompetent, professionell, personenzentriert		
Klientin erlebt Therapeutin negativ	Unsicherheit, Zurückhaltung der Therapeutin	unsicher, zurückhaltend, vorsichtig, abwartend, überlegt, nicht-direktiv	fehlende Klient-Therapeut-Beziehung	Körpersprache/-haltung
Klientin erlebt Therapeutin negativ	Störung, Irritation durch Therapeutin	direktiv, neugierig, fordernd, autoritär, dominant		Körpersprache, Worte der Therapeutin - Sprache, Blick, Mimik
negative Gefühle der Klientin in Bezug auf die Therapeutin	Druck/Verantwortung/Überforderung bei Klientin	überfordert	beim Gesprächseinstieg, bei Pausen, Gesprächsabschluss	Therapeutin stellt Fragen zu einem falschen Zeitpunkt, Therapeutin spricht noch nicht Verbalisiertes der Klientin an
negative Gefühle der Klientin in Bezug auf die Therapeutin	Unsicherheit/Anspannung/Nervosität bei Klientin	unsicher, angespannt, nervös	Gesprächsthema	
negative Gefühle der Klientin in Bezug auf die Therapeutin	Unsicherheit/Anspannung/Nervosität bei Klientin		Beziehung zur Therapeutin	Therapeutin ist passiv, Klientin glaubt Therapeutin zu übefordern
Gefühle der Klientin das Gesprächsthema betreffend	Unsicherheit/Anspannung/Nervosität/Aufregung in Bezug auf das Thema	unsicher	Gesprächseinstieg	Klientin hat noch kein Vertrauen zur Therapeutin
Ängste der Klientin in Bezug auf das Thema	oft am Gesprächsanfang/-einstieg	unsicher	emotional belastendes Thema	Verletzlichkeit wenn sie sich öffnet, ihr Innerstes preisgibt

Handlungs- & interaktionale Strategien	Konsequenzen	Auswirkungen	Verbindung
		positive Therapieerfahrung	Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Emotionen der Klientin, Resümee über das Gespräch, Gesprächsabschluss
	Therapeutin wirkt auf Klientin überfordert	Klientin fühlt sich allein gelassen	Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Gesprächseinstieg, Emotionen der Klientin
zB. Therapeutin stellt Fragen (aus Neugier)	Klientin verspürt Druck, fühlt sich verunsichert, fühlt sich irritiert, fühlt sich überfordert	Klientin wird aus ihren Gedanken gerissen, fühlt sich in ihrer Auseinandersetzung mit dem Thema gestört, Klientin verspürt Druck bzw. Verantwortung. Klientin ist von der Therapeutin enttäuscht	Emotionen der Klientin, Selbsterleben, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Gesprächseinstieg
unpassende Reaktion der Therapeutin		fühlt sich überfordert, verletzt, angegriffen, ist verwirrt, verunsichert	Gesprächseinstieg, Gesprächsabschluss, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin
			Emotionen der Klientin, Gesprächsthema, Gesprächseinstieg
Klientin überwindet die Unsicherheit die Therapeutin zu überfordern	Therapeutin wird schlussendlich von Klientin als stark empfunden		Gesprächseinstieg, Erleben zur Therapeutin, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin
positives Vorgehen/Verhalten der Therapeutin kann hilfreich sein zB. Gemeinsame Interaktion, Vermittlung von Empathie, Sicherheit, Akzeptanz	Klientin nicht sicher welches Thema passend ist auf Grund der noch nicht vorhandenen Beziehung zur Therapeutin, Klientin zögert oder spricht ein Thema, dass sie emotional betroffen macht, nicht an; Angst vor Verletzung	Klientin kann Anspannung lösen wenn sie das Vorgehen/Verhalten der Therapeutin als positiv/hilfreich erlebt	Gesprächseinstieg, Emotionen der Klientin, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Vorgehen/Verhalten der Klientin, Erwartungen/Wünsche der Klientin, Gesprächsverlauf
		Angst vor Folgen, wie reagiert Klientin selbst, würde Klientin das zu sehr aufwühlen, reicht die Zeit der Therapiesitzung aus um damit fertig zu werden,...	Gesprächseinstieg, Gesprächsthema, Emotionen der Klientin

Ursächliche Bedingungen	Phänomen	Eigenschaften	Kontext	Intervenierende Bedingungen
Klientin erlebt Therapeutin als negativ	zu wenig Aufmerksamkeit der Therapeutin, kein Interesse an Klientin und deren Thema/Problem	zu wenig aufmerksam, abwesend, teilnahmslos, genervt, reserviert, unpersönlich, emotionslos		unpassende Reaktionen (Stimme, Seufzer, schwere Atmung), unpassende Wortmeldungen
Klientin erlebt Therapeutin als negativ	Hilflosigkeit der Klientin	alleine, hilflos	Erwartung der Klientin an die Therapeutin wird nicht erfüllt	vermisst Anteilnahme und Unterstützung der Therapeutin; fühlt sich nicht verstanden
Klientin erlebt Therapeutin als negativ	Ärger/Wut der Klientin	wütend, verärgert	Fehlendes Verständnis / fehlende Unterstützung seitens der Therapeutin	
Ängste der Klientin in Bezug auf die Therapeutin	Enttäuschen oder Langweilen der Therapeutin	unsicher	in Bezug auf Thema	
Ängste der Klientin in Bezug auf die Therapeutin	Die Therapeutin kann der Klientin nicht weiterhelfen	unsicher		zurückzuführen auf Vorurteile/ Voreingenommenheit in Bezug auf die Therapeutin
Tagesverfassung/ Befinden der Klientin/ Wie geht es der Klientin allgemein	Einstellung/Haltung der Klientin	offen, unvoreingenommen,		Bereitschaft der Klientin sich auf Gespräch ein zu lassen
Gefühle der Klientin vor dem Gespräch	Vorurteile/ Voreingenommenheit gegenüber der allgemeinen Therapiesituation	abwehrend	Abwehrhaltung auf kein bestimmtes Phänomen des Therapiegespräches	durch das Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, die professionell und personenzentriert vorgeht
Gefühle der Klientin vor dem Gespräch	Vorurteile/ Voreingenommenheit gegenüber der Therapeutin als Person	wertend	Abwehrhaltung gegenüber Therapeutin, Klientin ist wertend gegenüber der Therapeutin	durch das Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, die professionell und personenzentriert vorgeht

Handlungs- & interaktionale Strategien	Konsequenzen	Auswirkungen	Verbindung
Therapeutin versucht nicht Klientin zu verstehen, Therapeutin ist passiv, Therapeutin kann Gefühle und Gedanken der Klientin nicht erfassen, Therapeutin vermittelt Unsicherheit oder Überforderung	Klientin fühlt sich nicht verstanden, Distanz zur Therapeutin	Klientin ist enttäuscht - Auswirkung auf Vorgehen/Verhalten der Klientin und auf den weiteren Gesprächsverlauf	Emotionen der Klientin, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Vorgehen/Verhalten der Klientin, Erwartungen/Wünsche der Klientin, Gesprächsverlauf
	fühlt sich verantwortlich für den weiteren Gesprächsverlauf	wird als Druck von der Klientin wahrgenommen - Unsicherheit wird verstärkt	Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Erleben zur Therapeutin, Erwartungen/Wünsche der Klientin, Ängste der Klientin
			Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Erleben zur Therapeutin, Erwartungen/Wünsche der Klientin
			Gesprächsthema, Vorgehen/Verhalten der Klientin,
			Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Emotionen der Klientin
Klientin muss sich öffnen, ihre Gefühle zulassen		Klientin kann sich auf das Gespräch schnell und gut einlassen	Wünsche/ Erwartungen der Klientin, Selbsterleben, Emotionen der Klientin, Gesprächseinstieg
die Therapeutin versucht das Vertrauen der Klientin zu gewinnen	Einstellung/Haltung der Klientin gegenüber der Situation ändert sich ins Positive	positiver Gesprächsverlauf	Wünsche/Erwartungen der Klientin, Selbsterleben, Emotionen der Klientin, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Gesprächseinstieg
herzlich, nette Begrüßung/Empfang durch Therapeutin	Einstellung/Haltung der Klientin gegenüber der Therapeutin ändert sich ins Positive	positiver Gesprächsverlauf	Wünsche/Erwartungen der Klientin, Selbsterleben, Emotionen der Klientin, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Gesprächseinstieg

Ursächliche Bedingungen	Phänomen	Eigenschaften	Kontext	Intervenierende Bedingungen
Begrüssung/Empfang durch die Therapeutin		enttäuschend	negativ erlebte Begrüssung der Klientin	Worte der Therapeutin, keine Worte der Therapeutin, abweisende Körpersprache/-haltung der Therapeutin
Begrüssung/Empfang durch die Therapeutin		herzlich, nett	positiv erlebte Begrüssung der Klientin	Worte der Therapeutin, einladende Körpersprache/-haltung der Therapeutin
Gesprächseinstieg durch die Therapeutin	positives Erleben	offen, freundliche Therapeutin		Worte der Therapeutin
Gesprächseinstieg durch die Klientin	negatives Erleben	passive Therapeutin		
Gefühle der Klientin vor dem Gespräch/beim Gesprächseinstieg	Nervosität, Angst, Unsicherheit, Anspannung	verängstigt, nervös, unsicher, angespannt	schwieriges Thema, emotional belastendes Thema	Interaktion mit Therapeutin
Klientin sucht unbewusst Schutz/Hilfe		unsicher, nervös,	Gesprächseinstieg	
Klientin nützt "Reden" als Ventil		unsicher, nervös,		
Emotionalität/ Gefühlsausbruch der Klientin	Erleichterung	erleichtert	Gesprächsthema	Erfüllung der Erwartungen, neue Erkenntnis, Klientin ist auf Stärke und Sicherheit der Therapeutin angewiesen
Gesprächsthema	Erleichterung	erleichtert	Gesprächsverlauf	Klientin beginnt über ein Thema zu sprechen

Handlungs- & interaktionale Strategien	Konsequenzen	Auswirkungen	Verbindung
passive, zurückhaltende,... Therapeutin	Klientin braucht länger um in das Gespräch zu finden, Klientin kann nur schwer Vertrauen zur Therapeutin fassen,	Gesprächseinstieg ist schwierig, Gesprächsverlauf für Klientin nicht zufriedenstellend	Wünsche/Erwartungen der Klientin, Selbsterleben, Emotionen der Klientin, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Gesprächseinstieg
offene, freundliche,... Therapeutin	Klientin kann schnell Vertrauen zur Therapeutin fassen	Gesprächseinstieg wird als angenehm empfunden	Wünsche/Erwartungen der Klientin, Selbsterleben, Emotionen der Klientin, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Gesprächseinstieg
	Klientin fühlt sich wohl, angenommen,	positive Auswirkung auf Klient-Therapeut Beziehung	Emotionen der Klientin, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Erwartungen/Wünsche der Klientin, Gesprächsverlauf
	Klientin fühlt sich unsicher, fühlt Druck, ist irritiert	negative Auswirkung auf Klient-Therapeut Beziehung	Emotionen der Klientin, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Erwartungen/Wünsche der Klientin, Gesprächsverlauf
Klientin fühlt sich auf Grund des Themas unsicher, nervös, verängstigt	schwieriger Gesprächseinstieg	Klientin entspannt, beruhigt sich	Emotionen der Klientin, Gesprächsthema, Gesprächseinstieg, Selbsterleben
hält sich an Tasse fest, nimmt Kissen als Schutz oder Stärkung		Klientin fühlt sich dadurch stärker, sicherer	Gesprächseinstieg, Emotionen der Klientin
Klientin redet viel und schnell			Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Erleben zur Therapeutin, Emotionen der Klientin
Gefühlsausbruch (Klientin weint, ist den Tränen nahe oder muss lachen)	Klientin ist den Tränen nahe, Klientin kann Nähe zur Therapeutin spüren/zulassen --> Klient-Therapeut-Beziehung	Klientin fühlt sich erleichtert, Klientin kommt häufig zu neuer Erkenntnis; Gesprächsende: durch neue Erkenntnis ist Klientin voller Tatendrang, fühlt sich mutig und hoffnungsvoll	Gesprächsthema, Erleben zur Therapeutin, Selbsterleben, Emotionen der Klientin, Gesprächsende
Klientin tastet sich langsam an das eigentliche Thema heran --> mit Hilfe der Therapeutin (Vertrauen das sich aufbaut --> Klient-Therapeut-Beziehung)	Anspannung und Sorge bzgl. des Themas nimmt ab/löst sich auf	Klientin kann sich öffnen, fallen lassen --> Selbstexploration	Gesprächseinstieg, Gesprächsverlauf, Emotionen der Klientin, Selbsterleben, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin

Ursächliche Bedingungen	Phänomen	Eigenschaften	Kontext	Intervenierende Bedingungen
Gesprächsthema der Therapeutin verständlich präsentieren	Wirkung auf die Therapeutin	klar, verständlich		Klientin versucht die richtigen Worte zu finden
Klient-Therapeut-Beziehung	Wirkung auf Therapeutin	Klientin will für Therapeutin verständlich sein		die Therapeutin muss zuhören, entgegengebrachtes Verständnis der Therapeutin
Entwicklung, Erkenntnis und Lösung im Gesprächsverlauf	Thema/Problem der Klientin			treffende Wortwahl der Therapeutin, erkennen oder verbalisieren der Gefühle der Klientin von der Therapeutin
positive Klient-Therapeut-Beziehung	Selbstexploration	überrascht von sich selbst (im positiven Sinn)	Entwicklung, Erkenntnis, Lösung	gemeinsame Interaktionen
Gesprächsverlauf	Entwicklung, Erkenntnis und Lösung	erstaunt und überrascht (im positiven Sinn) über sich selbst	Ende des Gesprächs	
Klientin empfindet Gesprächs-atmosphäre/ Gesprächsklima positiv	Gesprächs-atmosphäre/ Gesprächsklima	fühlt sich wohl	gesamtes Gespräch	Klientin hat Raum und Zeit für sich, kann sich auf ihr Thema konzentrieren
Klientin empfindet Gesprächs-atmosphäre/ Gesprächsklima negativ	Gesprächs-atmosphäre/ Gesprächsklima	unangenehm, peinlich	Pausen im Gespräch	unangenehme Situation soll aufgelöst werden
Unangenehme Gesprächssituation für die Klientin	Unwohlsein	unwohl	Gesprächsthema	Stocken des Gesprächs, unangenehme Pausen, unangenehme Gefühle das Thema betreffend
Erwartungen/Wünsche der Klientin	vor dem Gespräch bzw. welche während dem Gespräch entstehen		an die Therapeutin als Person geknüpft bspw. Vorurteile od. Vorerfahrungen, an das Gespräch selbst	niedere Erwartungen --> schnell übertroffen, hohe Erwartungen --> schnell enttäuscht

Handlungs- & interaktionale Strategien	Konsequenzen	Auswirkungen	Verbindung
Paraphrasieren bzw. Nachfragen der Therapeutin hilfreich	durch verbalisieren bzw. in Worte fassen, klar formulieren der Anliegen/des Themas der Klientin oft neue Erkenntnis	Klientin kann sich selbst besser verstehen	Selbsterleben, Emotionen der Klientin, Vorgehen/Verhalten der Klientin
Klientin will für Therapeutin verständlich sein;	Klientin bemüht sich um Verständnis der Therapeutin		Gesprächsverlauf, Gesprächsthema, Emotionen der Klientin, Selbsterleben
durch verbalisieren der Problematik, wird den Klientinnen einiges klarer, sie werden sich ihrem Thema/ihrer Situation/ihrer Problem bewusst	meist in sehr emotionalen Situationen	kann sich selbst besser verstehen, bekommt eine andere Perspektive	Selbsterleben, Gesprächsthema, Emotionen der Klientin, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin
gemeinsames Lachen	Nervosität der Klientinnen reduziert,	Stärkung bzw. Förderung der Klient-Therapeut-Beziehung	Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Selbsterleben
	neue Einsichten, Perspektiven, Erkenntnisse, Lösungen	positives Gefühl bei der Klientin	Resümee über das Gespräch, Gesprächsabschluss, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Gesprächsthema
	Klientin fühlt sich wohl bei der Therapeutin, Klientin fühlt sich gut, geborgen, respektiert, verstanden; empfindet das Vorgehen/Verhalten der Therapeutin als positiv	Klientin kann sich öffnen, fallen lassen --> Selbstexploration positive Entwicklung der Klient-Therapeut-Beziehung	Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Vorgehen/Verhalten der Klientin, Emotionen der Klientin, Erleben zur Therapeutin, Gesprächsthema, Selbsterleben
Klientin hofft auf Hilfe seitens der Therapeutin	Klientin fühlt Verantwortung/Druck selbst aus der unangenehmen Situation zu kommen	Klientin kann Pausen nur sehr schwer aushalten	Gesprächsverlauf, Selbsterleben, Emotionen der Klientin, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Vorgehen/Verhalten der Klientin
Klientin wünscht sich Unterstützung von der Therapeutin	Klientin dreht sich im Kreis, Klientin hat das Gefühl von Stillstand	Klientin fühlt sich unwohl	Gesprächsthema, Selbsterleben, Emotionen der Klientin, Gesprächsabschluss, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin
	häufigster Wunsch/Erwartung: (mehr) Unterstützung von Seiten der Therapeutin	auf die Beurteilung der Klientin das Gespräch betreffend	Resümee über das Gespräch, Emotionen der Klientin, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Gesprächseinstieg, Gesprächsabschluss

Ursächliche Bedingungen	Phänomen	Eigenschaften	Kontext	Intervenierende Bedingungen
Klientin kann Gefühle ausdrücken/ verbalisieren/ zulassen	Bewusstsein über Gefühle		Vertrauen zur Therapeutin; Beziehung zur Therapeutin	Klientin muss sich ihrer Gefühle bewusst sein/werden um sie verbalisieren zu können
Klientin distanziert sich von ihren Gefühlen	Distanz zu den eigenen Gefühlen			hat Hemmungen über ihre Gefühle zu sprechen
positive Wahrnehmung der Klientin von Raum und Umgebung	Klientin verspürt Wärme und Geborgenheit	einladend	abhängig vom Befinden der Klientin	
Akustische Störungen von Außen	Klopfen in der Wand, Telefon			Klientin verbalisiert Störung
positive Wahrnehmung zur Zeit/Dauer des Gesprächs/der Therapie		kurz, schnell		gutes, realistisches Zeitempfinden der Klientin
negative Wahrnehmung zur Zeit/Dauer des Gesprächs/der Therapie	Therapeutin erkennt nicht das Gesprächsthema erschöpft bzw. vollständig für die Klientin geklärt ist	Klientin fühlt sich nicht verstanden	Gesprächsthema, Gefühle und Gedanken	verfrühtes Gesprächsende seitens der Klientin wird gewünscht
Klientin erlebt Gesprächsabschluss als positiv	Einleitung durch die Therapeutin			Therapeutin verbalisiert das Ende des Gesprächs
Klientin erlebt Gesprächsabschluss als negativ	Klientin muss selbst das Gespräch zu einem Abschluss bringen	Klientin irritiert		Therapeutin geht nicht auf Wünsche und Gefühle der Klientin ein
Wirkung der Kombination Stimme/Sprache, Körpersprache/-haltung, Worte der Therapeutin auf die Klientin	Zusammenspiel Klientin-Therapeutin			

Handlungs- & interaktionale Strategien	Konsequenzen	Auswirkungen	Verbindung
Wohlfühlen ist eine Voraussetzung dafür	Klientin ist für Therapeutin verständlich --> Therapeutin versteht Klientin; Klientin kann sich öffnen, kann ihre Gefühle zeigen	Klientin kann sich gut mit ihrem Thema auseinandersetzen	Selbsterleben, Emotionen der Klientin, Gesprächsthema, Wünsche/Erwartungen der Klientin, Vorgehen/Verhalten der Klientin, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Erleben zur Therapeutin
versucht nicht emotional zu werden	körperliche Erschöpfung aufgrund Selbstdrosselung		Selbsterleben, Emotionen der Klientin, Gesprächsthema, Wünsche/Erwartungen der Klientin, Vorgehen/Verhalten der Klientin
	hilfreich für Selbstexploration	Klientin fühlt sich wohl und geborgen	Emotionen der Klientin, Selbsterleben
Therapeutin bleibt bei der Klientin, Störung wird von Therapeutin ignoriert oder zur Sprache gebracht und aus dem Weg geräumt	Klientin hat das Gefühl die Therapeutin bleibt bei ihr, nur sie und ihr Thema ist wichtig	Therapeutin bleibt konstant an der Klientin --> stabile Klient-Therapeut-Beziehung	Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Vorgehen/Verhalten der Klientin
	Kurzweiligkeit nicht unbedingt abhängig von Intensität des Inhaltes des Gespräches	Klientin fühlt sich wohl	Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Selbsterleben, Erleben zur Therapeutin, Gesprächsabschluss
Therapeutin erkennt die Gefühle und Gedanken der Klientin nicht, Gesprächsthema ist erschöpft	Klientin fühlt sich unwohl, nicht verstanden	Klientin erlebt Gesprächsabschluss als schwierig und unangenehm	Gesprächsabschluss, Emotionen der Klientin, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Ängste der Klientin
	Klientin fühlt sich gut		Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Emotionen der Klientin
	Klientin fühlt sich im Stich gelassen, alleine		Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Emotionen der Klientin, Wünsche und Erwartungen
Worte der Therapeutin, Körpersprache, Körperhaltung, Stimme/Sprache, Zusammenspiel Worte/Körpersprache/Stimme/Sprache/Körperhaltung	Klient-Therapeut-Beziehung	Vorgehen/Verhalten der Klientin	Vorgehen/Verhalten der Klientin, Erleben zur Therapeutin

Ursächliche Bedingungen	Phänomen	Eigenschaften	Kontext	Intervenierende Bedingungen
positive Wirkung der Stimme/Sprache der Therapeutin auf die Klientin		ruhig, warm		Tonfall/Stimme/Sprache
negative Wirkung der Stimme/Sprache der Therapeutin auf die Klientin				Tonfall/Stimme/Sprache
positive Wirkung der Körpersprache/Körperhaltung der Therapeutin auf die Klientin				Einsatz in der richtigen Dosierung zum richtigen Zeitpunkt
negative Wirkung der Körpersprache/Körperhaltung der Therapeutin auf die Klientin				passive Körpersprache/haltung, nicht reagieren auf die Körpersprache/haltung der Klientin
positive Wirkung der Worte der Therapeutin auf die Klientin			Ordnung und Struktur in die Gedanken, Gefühle der Klientin zu bringen	Erkennen und verbalisieren von Gefühlen der Klientin durch die Therapeutin
negative Wirkung der Worte der Therapeutin auf die Klientin		nicht verstanden, unpassend	Therapeutin erkennt Gedanken, Gefühle der Klientin nicht	Therapeutin lenkt das Gespräch in eine völlig andere Richtung, Therapeutin redet zu viel, zu schnell, zu oft
Aufmerksamkeit, Wertschätzung, Sicherheit, Verständnis von der Therapeutin im Gesprächsverlauf	Zuhören und Verstehen	aufmerksam, empathisch, verständnisvoll		ausschlaggebend ist das Verständnis der Therapeutin
Klientin erlebt passive Therapeutin als positiv	passive Therapeutin	nicht direktiv		nimmt Therapeutin kaum wahr, weil sie so auf sich selbst konzentriert ist
Klientin erlebt passive Therapeutin als negativ	passive Therapeutin	nicht direktiv		Therapeutin liefert zu wenig Input
Klientin erlebt aktive Therapeutin als positiv	aktive Therapeutin	direktiv		Therapeutin bringt sich zuviel / zu schnell ins Gespräch ein
Klientin erlebt aktive Therapeutin als negativ	aktive Therapeutin	direktiv		Therapeutin bringt sich zuviel / zu schnell ins Gespräch ein

Handlungs- & interaktionale Strategien	Konsequenzen	Auswirkungen	Verbindung
	Klientin fühlt sich verstanden, getragen		Erleben zur Therapeutin, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin
	Klientin fühlt sich nicht wohl, nicht verstanden	Klientin konnte sich nicht auf ihre Gedanken und Gefühle konzentrieren	Erleben zur Therapeutin, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin
Blickkontakt, Mimik, Gestik der Therapeutin vermittelt Sicherheit und Stabilität	Klientin fühlt sich gestützt, verstanden, akzeptiert, begleitet	auf die Beziehung zw. Klientin und Therapeutin	Erleben zur Therapeutin, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, gemeinsame Interaktion
Atmung, Mimik, Gestik der Therapeutin	Klientin verspürt Distanz zur Therapeutin, Therapeutin wirkt unnahbar	Klientin fühlt sich unerwünscht; auf die Beziehung zw. Klientin und Therapeutin	Erleben zur Therapeutin, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin
meist sehr hilfreich - führt jedoch auch manchmal dazu das Klientin Angst verspürt - wichtig dass diese entstehende Angst von Therapeutin erkannt wird und sie Klientin weiter gut begleitet;	Klientin verliert den Gesprächsfaden nicht, kommt zu neuen Erkenntnissen, neue Perspektive entwickelt sich, kann sich noch intensiver mit ihrem Thema/Problem auseinandersetzen		Erleben zur Therapeutin, Emotionen der Klientin
	Klientin fühlt sich verunsichert, Klientin wird wütend	hinderlich für eine vertiefende Beziehung zw. Klientin und Therapeutin	Erleben zur Therapeutin, Emotionen der Klientin
egal was sie sagen oder wie bzw. wieviel sie sagen oder unternehmen	Klientin kann sich öffnen, fühlt sich angenommen	Nähe zur Therapeutin - Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin ist gut	Vorgehen/Verhalten der Therapeutin, Selbsterleben
	Klientin fühlt sich als Mittelpunkt, Klientin hat genügend Raum und Zeit	Selbstexploration ist der Klientin möglich	Emotionen der Klientin, Selbsterleben, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin
wünscht sich mehr Unterstützung der Therapeutin	fühlt sich allein gelassen, ist von Therapeutin enttäuscht	auf Vorgehen/Verhalten der Klientin	Emotionen der Klientin, Selbsterleben, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin
nachfragen der Therapeutin		Klientin verspürt Interesse der Therapeutin an ihr und ihrem Thema	Emotionen der Klientin, Selbsterleben, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin
	Klientin fühlt sich unterbrochen, irritiert, gestört		Emotionen der Klientin, Selbsterleben, Vorgehen/Verhalten der Therapeutin

Lebenslauf - Abpfolter Gabriele

Persönliche Daten:

Name: Gabriele Abpfolter
Geburtsdatum: 16.10.1982
Geburtsort: Linz
Nationalität: Österreich

Schulbildung:

2005 – 2012 Diplomstudium Pädagogik
2002 – 2005 Berufsreifeprüfung an der VHS Linz, mit Abschlusszeugnis von der HBLA Linz-Auhof
1997 – 1998 Haushaltungsschule der Schwestern Oblatinnen des hl. Franz v. Sales in Linz
1993 – 1997 Hauptschule in Altenberg bei Linz
1989 – 1993 Volksschule in Altenberg bei Linz

Berufslaufbahn:

ab 05/2010 Behindertenbetreuerin, Lebenshilfe Wien
06/2008 – 05/2009 Angestellte, Paylife
10/2007 – 05/2010 Lernbetreuung f. Kinder mit Migrationshintergrund, VS Haebergasse Wien
09/2006 – 03/2007 Kinderbetreuerin, Minopolis
07/2002 – 09/2005 Angestellte, Item Österreich EDV Zubehör Handel GmbH
bis 06/2002 Angestellte, Erich Slupetzky GmbH
06/2001 Lehrabschluss im Beruf Bürokauffrau
1998 – 2001 3 Jahre Ausbildung zur Bürokauffrau bei Erich Slupetzky GmbH

Praktika:

09/2008 – 04/2010 Ist-Analyse zum Aufarbeitungsstand der Geschichte der Uni Wien am Institut für Zeitgeschichte, Leitung: Dr. H. Posch (160 Stunden)
09/2009 ECER – European Conference on Educational Research am Institut für Bildungswissenschaft/Universität Wien (80 Stunden)

Schwerpunkte im Studium:

- Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie
- Heilpädagogik und Integrative Pädagogik
- Aus- und Weiterbildung
- Psychoanalytische Pädagogik

Lebenslauf - Erber Katrin

Persönliche Daten:

Name: Katrin Erber
Geburtsdatum: 12.06.1984
Geburtsort: St. Pölten
Nationalität: Österreich

Schulbildung:

2005 – 2012 Diplomstudium Pädagogik
2002 – 2005 Kolleg für Textildesign, HBLVA Spengergasse, 1050 Wien
06/2002 Matura
1994 – 2002 Wirtschaftskundliches Realgymnasium
BG Rechte Kramszeile, 3500 Krams
1990 – 1994 Volksschule, 3454 Sitzenberg-Reidling

Berufslaufbahn:

ab 11/2010 Berufs- und Sozialpädagogin, BBRZ.Reha GmbH, 1110 Wien
10/2007 – 01/2010 Lernbetreuung f. Kinder mit Migrationshintergrund,
VS Haebergasse, 1120 Wien
2006 – 2010 ÖBB Promotion Team
10/2005 – 12/2010 Mitarbeiterin, Extravaganza e.U., 1010 Wien
10/2004 – 09/2005 Mitarbeiterin, Haltmeyer Ges.m.b.H., Print&Copy,
3100 St.Pölten

Praktika:

07/2010 Context, Impulse am Arbeitsmarkt GmbH, 1070 Wien
Projekt "VIA" - Integration von Menschen mit besonderen
Bedürfnissen
09/2009 ECER – European Conference on Educational Research
am Institut für Bildungswissenschaft/Universität Wien
(80 Stunden)
09/2008 – 04/2010 Ist-Analyse zum Aufarbeitungsstand der Geschichte
der Uni Wien am Institut für Zeitgeschichte,
Leitung: Dr. H. Posch (160 Stunden)

Schwerpunkte im Studium:

- Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie
- Medienpädagogik
- Aus- und Weiterbildungsforschung
- Psychoanalytische Pädagogik