

**WIRKFAKTOREN DER INTEGRATIVEN
GESTALT THERAPIE BEI DER
BEHANDLUNG VON VORÜBERGEHENDEN
DEPRESSIONEN. EINE QUALITATIVE
STUDIE BASIEREND AUF
EXPERT*INNENINTERVIEWS MIT
THERAPEUT*INNEN DER INTEGRATIVEN
GESTALT THERAPIE**

Master-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im Universitätslehrgang Psychotherapie – Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie

eingereicht von

Mag.a Andrea Guggenberger

Department für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Universität für Weiterbildung Krems

Betreuer/in: Mag.a Nina Diesenberger

Betreuer/in: Mag.a Dr.in Yvonne Schaffler, MSc

Wien, 21.07.2024

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Mag.a Andrea Guggenberger, erkläre hiermit an Eides statt,

1. dass ich meine Master-Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,

2. dass ich meine Master-Thesis oder wesentliche Teile daraus bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

3. dass ich, falls die Master-Thesis mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master-Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

Mag^a Andrea Guggenberger

ABSTRACT (DEUTSCH)

In der vorliegenden Masterthesis werden Wirkfaktoren in der Praxis der Integrativen Gestalttherapie im Umgang mit Personen untersucht, die an leicht- und mittelgradigen Depressionen leiden. Einen Schwerpunkt bildet dabei die Frage, ob wahrnehmbare Wendepunkte in therapeutischen Prozessen feststellbar sind, die eine merkbare Umkehr in eine positive Richtung bringen.

Als Forschungsmethode wird die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring angewendet. Das generierte Datenmaterial stammt von erfahrenen Therapeut*innen der Integrativen Gestalttherapie, die im Rahmen von Leitfadeninterviews befragt wurden.

Die therapeutische Beziehung und der ganzheitliche, körperorientierte Zugang der Gestalttherapie stellen aus Sicht der Therapeut*innen wesentliche Wirkfaktoren dar. Als bedeutsam benennen sie auch die Haltung von Therapeut*innen, sowie deren Fähigkeit und Bereitschaft, sich im Resonanzgeschehen des therapeutischen Prozesses zur Verfügung zu stellen.

Es wird die Aufgabe zukünftiger Forschungen sein, die vorliegenden Ergebnisse in größer angelegten Studien zu untersuchen und auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.

Depressionen, Wirkfaktoren, Wendepunkte, Therapeutische Beziehung, Dialogische Haltung, Integrative Gestalttherapie, Qualitative Inhaltsanalyse

ABSTRACT (ENGLISH)

This master's thesis examines impact factors in the practice of integrative Gestalt therapy in the treatment of individuals suffering from mild to moderate depression. One focus is on the question of whether clear turning points can be identified in the therapeutic process that bring about a perceptible reversal in a positive direction.

The research method used was qualitative content analysis according to Mayring. The data generated is the result of guided interviews conducted with experienced therapists of integrative Gestalt therapy.

The therapeutic relationship and the holistic, body-oriented approach of Gestalt therapy are considered by therapists to be essential impact factors. The therapist's attitude and their ability and willingness to make themselves available in the dialogic resonance of the therapeutic process is also considered a significant factor.

Additional research will be needed in the future to investigate the present results in larger-scale studies and to verify their accuracy.

Depression, impact factors, turning points, therapeutic relationship, dialogical attitude, integrative Gestalt therapy, qualitative content analysis

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	1
2	Theorie.....	1
2.1	Definitionen	1
2.1.1	Definition des Begriffes Depression	1
2.1.2	Definition des Begriffes Wirkfaktoren	3
2.2	Psychisches Kranksein als zirkuläres Geschehen - Depression	4
2.3	Depressives Erleben als gestalttherapeutischer Ansatz	5
2.3.1	Trauer – die Anwesenheit der Abwesenheit	6
2.3.2	Melancholische Erfahrung – die Abwesenheit der Anwesenheit.....	7
2.3.3	Gestalttherapeutischer Ansatz bei der Behandlung von Depressionen ...	8
2.3.3.1	Trauer - Therapeutische Herangehensweise	8
2.3.3.2	Melancholische Depression – Therapeutische Herangehensweise .	8
2.4	Therapeutische Beziehung	11
2.4.1	Kontakt.....	11
2.4.2	Martin Buber – Dialog und Intersubjektivität	11
2.4.3	Laura Perls – Dialog in Präsenz - Stützung	13
2.4.4	Fritz Perls – Individualität und Autonomie – Authentizität und Kontakt ..	14
2.4.5	Dialogisches Engagement im therapeutischen Kontext	16
2.5	Phänomenologie	18
2.5.1	Phänomenologie - Merleau-Ponty - Hintergrund und Bedeutung.....	18
2.5.2	Relationales Feld.....	19
2.5.3	Therapeutischer Zugang - Phänomenologie.....	21
2.5.4	Körperorientierte Arbeit	21
2.5.5	Menschliche Interaktion und emotionales Bewusstsein	22
2.5.6	Die Wiederaneignung des körperlichen Selbst	23
2.6	Forschungskontext und -hintergrund	24
2.7	Aktueller Forschungsstand	25
3	Methodik.....	27
3.1	Zielsetzung der Untersuchung	27
3.2	Fragestellung	27
3.3	Forschungsdesign und Methode	28
3.3.1	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	28
3.3.2	Das problemzentrierte Interview	28
3.4	Forscher*innenreflexivität	29
3.4.1	Sample und Datenerhebung	29
3.4.2	Auswahl und Zugang zur Untersuchungsgruppe	29
3.4.3	Interviewleitfaden	30
3.4.4	Interviewsituation.....	30
3.4.5	Interviewmemo	31
3.5	Auswertungsmethode und Auswertungsprozess	31
3.5.1	Transkription.....	31
3.5.2	Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring.....	31
3.5.3	Entwicklung des Kategoriensystems.....	31

4	Ergebnisse	32
4.1	Hauptkategorie: Symptomreduktion	34
4.1.1	Subkategorie: Symptombeschreibung	34
4.1.2	Subkategorie: Selbstwahrnehmung	36
4.1.3	Subkategorie: Selbstfürsorge	37
4.1.4	Subkategorie: Selbstwirksamkeit	38
4.2	Hauptkategorie: Wirkfaktoren	39
4.2.1	Subkategorie: Therapeutische Haltung	40
4.2.2	Subkategorie: Therapeutische Beziehung	42
4.2.3	Subkategorie: Ressourcenstärkung	45
4.2.4	Subkategorie: Therapeutische Interventionen	47
4.3	Hauptkategorie: Gefühle	50
4.3.1	Subkategorie: Kontaktverlust	51
4.3.2	Subkategorie: Gefühle und Bedürfnisse	53
4.3.3	Subkategorie: Zugang finden	55
4.3.4	Subkategorie: Ausdruck von Gefühlen	58
4.4	Hauptkategorie: Wendepunkte	59
4.4.1	Subkategorie: Arten der Wende	60
4.4.2	Subkategorie: Auslöser der Wendepunkte	61
4.4.3	Subkategorie: Retrospektives Verstehen	64
4.5	Hauptkategorie: Prozess	65
4.5.1	Subkategorie: Prozesselemente	65
4.5.2	Subkategorie: Biografiearbeit	68
4.5.3	Subkategorie: Herausforderungen	69
4.5.4	Subkategorie: Coachinginterventionen	70
5	Diskussion	71
5.1	Zentrale Ergebnisse	72
5.1.1	Therapeutische Beziehung	73
5.1.2	Wendepunkte und therapeutische Beziehung	75
5.1.3	Gefühle und Körper	76
5.1.4	Weitere Wirkfaktoren	78
5.1.5	Förderliche Interventionen und Faktoren	80
5.2	Limitationen und Ausblick	81
5.3	Resümee	82

1 Einleitung

Laut der WHO leiden weltweit hunderte Millionen Menschen an Depressionen und suchen psychotherapeutischen Rat. Davon sind in ihrem Leben 20 % der Frauen und 12 % der Männer betroffen (Francesetti & Roubal, 2020). Am 1. Oktober 2023, ‚Europäischer Tag der Depressionen‘, warnt der Berufsverband Österreichischer Psycholog*innen und Psychologen (OTS) vor der Verharmlosung der noch immer unterschätzten Volkskrankheit. Er weist darauf hin, dass in Österreich rund 730 000 Menschen an Depressionen leiden und dass die Nachwirkungen der Corona-Pandemie, die Klimakatastrophe, der Ukraine-Krieg und die Teuerung die Situation zusätzlich verschärfen. Die ao. Univ.-Prof.in Dr.in Beate Wimmer-Puchinger bezeichnet die Depression als eine sehr ernste und unbedingt zu behandelnde Erkrankung, die es zu enttabuisieren und über die es aufzuklären gilt (Stojetz, 2023).

In meiner Praxis als Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision ist mir dieses Störungsbild gehäuft untergekommen und ich konnte Erfahrungen in der Begleitung von vorübergehend depressiven Menschen sammeln.

Dabei ist in mir die Frage nach der Wirksamkeit der in der Gestalttherapie angewendeten Methoden im therapeutischen Prozess, mit an einer Depression leidenden Menschen, aufgekommen. Insbesondere interessiert es mich, ob es im therapeutischen Geschehen einen merkbaren Wendepunkt gibt, der sich in einer besseren Lebensqualität zeigt bzw. im Verschwinden von Symptomen, und ob sich dieser in Verbindung mit der Anwendung einer bestimmten Intervention bringen lässt. Im Fokus stehen die in der Praxis häufiger vorkommenden leichten und mittelgradigen Depressionen, schwere Verläufe bleiben aus diesem Grunde unerwähnt.

2 Theorie

2.1 Definitionen

2.1.1 *Definition des Begriffes Depression*

Seit dem Ende des 19. Jahrhunderts wird in der Psychiatrie der Begriff ‚Depression‘ zur Beschreibung von niedergeschlagener Stimmung verwendet. Dadurch wird der zuvor verwendete Begriff ‚Melancholie‘ abgelöst (Francesetti et al., 2016, S. 421).

Im ICD-10 (Dilling et al., 2015) wird zwischen leichten (F32.0) mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) depressiven Episoden unterschieden. In der vorliegenden Masterthesis geht es um die in F32.0 genannten leichten und die in F32.1 genannten mittelgradigen Depressionen, bei denen es sich gleichzeitig um vorübergehende Formen handelt. Schwere depressive Episoden, die vorwiegend stationär in der Psychiatrie behandelt werden, sind nicht Teil des Forschungsprozesses und werden daher nicht behandelt.

Als typische Symptome von Depressionen werden im ICD-10 folgende genannt:

- gedrückte Stimmung
- Interessenverlust, Freudlosigkeit
- Verminderung des Antriebs, erhöhte Ermüdbarkeit

Weiters werden andere häufige Symptome erwähnt, wie:

1. verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
2. vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
3. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit (sogar bei leichten Episoden)
4. negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
5. Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
6. Schlafstörungen
7. verminderter Appetit

Für die Diagnose der leichten depressiven Episode (F32.0) sollen mindestens zwei der oben genannten wichtigsten Symptome gegeben sein und die Gesamtzahl der Symptome aus beiden Gruppen soll mindestens vier oder fünf betragen, wobei kein Symptom besonders ausgeprägt sein soll. Zur diagnostischen Einschätzung wird als Mindestdauer für die gesamte Episode ein Zeitraum von zwei Wochen angegeben. Die an den depressiven Symptomen leidende Person hat Schwierigkeiten, ihre normale Berufstätigkeit und ihre sozialen Aktivitäten fortzusetzen, gibt diese aber nicht vollständig auf.

Um eine mittelgradige depressive Episode (F32.1) zu diagnostizieren, müssen mindestens zwei der drei Hauptsymptome gegeben sein, sowie mindestens drei (besser vier) aus den sieben Unterpunkten, sodass die Gesamtzahl der beiden Gruppen sechs oder auch sieben beträgt. Dabei sind einige Symptome besonders ausgeprägt, oder es ist durchgängig ein weites Spektrum von Symptomen vorhanden. Personen, die an einer

mittelgradigen Depression leiden, ist es kaum bzw. nur unter erheblichen Schwierigkeiten möglich, soziale und berufliche Aktivitäten fortzusetzen. Als Mindestdauer für die gesamte Episode werden ebenfalls zwei Wochen angegeben (Dilling et al., 2015, S. 169).

Francesetti und Roubal (2020) weisen auf die diagnostische Problematik des weit gefassten Begriffes ‚Depression‘ hin, da dieser einerseits als Bezeichnung für eine Reaktion auf Verluste und Stresssituationen, wie etwa ein Trauerprozess, und andererseits, für einen Zustand der melancholischen Depression, verwendet wird. Es wird daher als essenzielle Notwendigkeit betrachtet, die beiden Bereiche, Trauer und depressive Erfahrung, als Kernstück des Leidens einer depressiven Person, zu unterscheiden. Dabei wird auch die unterschiedliche Herangehensweise angeführt, was die Gabe von Antidepressiva betrifft. Die Unterstützung durch Medikamente solle bei der melancholischen Depression erwogen werden, sei aber bei Klient*innen, die sich aufgrund eines Verlustes in einem Stimmungstief befinden, nicht angezeigt (Francesetti & Roubal, 2020).

2.1.2 Definition des Begriffes Wirkfaktoren

Hilarion Petzold, fasst die für die Integrative Therapie als bedeutsam angesehenen Wirkfaktoren zusammen. Er bezeichnet folgende ‚Vierzehn Wirk- und Heilfaktoren‘, nämlich

- Einführendes Verstehen, Empathie,
- Emotionale Annahme und Stütze,
- Hilfe bei der realitätsgerechten, praktischen Lebensbewältigung,
- Förderung emotionalen Ausdrucks,
- Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen,
- Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit,
- Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysische Entspannung,
- Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen,
- Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte,
- Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven,
- Förderung eines positiven und persönlichen Wertebezuges,

- Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen,
- Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke und
- Ermöglichung von Solidaritätserfahrung und Empowerment

als salutogenetische Wirkmomente für eine gesunde Entwicklung und Resilienzbildung, die im Laufe des Lebens gefunden werden und insgesamt zu einem ‚euthymen Lebensstil‘ führen sollen (Petzold, 2012, S. 13).

2.2 Psychisches Kranksein als zirkuläres Geschehen - Depression

Thomas Fuchs (2017) kritisiert jene Erklärungsmodelle der Medizin, die Menschen und ihre Umwelt außer Acht lassen, wie das einseitige neurobiologische Paradigma, und bezeichnet das jahrzehntelang häufig vertretene ‚biopsychosoziale Modell‘ als überholt (S. 276). Er postuliert stattdessen, dass psychische Krankheit ein vertikales und horizontales zirkuläres Geschehen beinhaltet, durch das eine Person sowohl in ihrem Selbsterleben als auch in ihren interpersonellen Beziehungen betroffen ist (S. 284). Unabhängig davon, welche Ursachen einer Störung zugrunde liegen, untersteht diese immer gleichzeitig der vertikalen und horizontalen zirkulären Kausalität des Lebens. „Das heißt, dass bei jeder Veränderung auf integraler oder psychosozialer ebenso, wie auf physiologisch-körperlicher Seite die jeweils andere Seite immer gleichsinnig mitbetroffen ist“ (S. 279).

Psychische Krankheit lässt sich zwar als Störung auffassen, durch die der Körper auffällig wird, - wie etwa durch Schwere, Starre oder Antriebslosigkeit bei Depression, - doch es gelingt den Betroffenen nicht, ihr Kranksein nur dem Körper zuzuteilen, da die Störung das Selbsterleben, den subjektiven Lebensvollzug als solchen betrifft und bis zu einem gewissen Grad zu einer ‚Selbst-Entfremdung‘ führt (S. 280). Etwas in der Person tritt ihr gegenüber, entzieht sich ihrer Verfügung oder beherrscht sie, während sie vergeblich versucht, ihre Souveränität zurückzugewinnen, sodass das veränderte Selbsterleben und Selbstverständnis der erkrankten Person eine ständig wirksame Komponente im Krankheitsverlauf darstellen. Eine depressive Erkrankung ist daher, unabhängig vom Zusammenspiel genetischer, neurobiologischer, biographischer, oder interpersoneller Bedingungen und Ursachen per se eine personale Erkrankung, sobald sie sich manifestiert, da die Verstimmung mit einer tiefgreifenden Veränderung des Leiberlebens einhergeht, die sich etwa durch Antriebsverlust, Schwere, Beklemmung

oder psychomotorische Hemmung zeigt. Damit zusammenhängende, negative Selbstwahrnehmungen und -bewertungen und depressive Denkmuster tragen zusätzlich zur Depressivität bei (S. 281). Das Selbstverhältnis des Erkrankten, seine Selbstwahrnehmung und Stellungnahme zur eigenen Verfassung beeinflussen das Krankheitsgeschehen positiv oder negativ. Psychische Krankheiten können daher nicht als rein biologische Prozesse gesehen werden.

Ebenso, wie sich psychische Erkrankungen nicht von der Person distanzieren und nur dem Körper zuweisen lassen, können sie nicht als rein individuelle Störung, ohne Beachtung des interpersonalen Aspekts betrachtet werden. Psychische Erkrankungen sind unabhängig von ihren Ursachen Beziehungsstörungen, durch die ein bestimmtes soziales Vermögen krankheitsbedingt gehemmt oder nicht hinreichend entwickelt wurde, um den eigenen Bedürfnissen gemäß, Beziehungen zu gestalten (S. 282). „So kommt es in der Depression nicht nur, wie beschrieben, zu einer Einengung und Restriktion des Leibes, sondern auch zum Verlust der emotional-zwischenleiblichen Resonanz, also zu einer mehr oder minder tiefgreifenden Störung der Responsivität und des Austauschs mit der Umwelt“ (S. 283). Dies verstärkt einerseits die depressive Selbstwahrnehmung und wirkt sich andererseits negativ auf das soziale System aus. Angehörige reagieren darauf oft durch inkonsistentes Verhalten, - zunächst mit vermehrter Zuwendung, später mit Hilflosigkeit und Verärgerung, - was gepaart mit der Depression der betroffenen Person, die Situation verschlimmert. Die Partner-Interaktion als maßgeblicher Einfluss auf den Krankheitsverlauf der Depression ist wiederholt nachgewiesen worden (S. 283).

Das Paradigma der Depression besteht aus einem komplexen Gefüge zirkulärer Prozesse, die sich sowohl vertikal, auf organismisch-individueller Ebene abspielen, als auch horizontal – auf interpersoneller und gesellschaftlicher Ebene. Das Gehirn fungiert dabei als Transformations- oder Vermittlungsorgan, das durch die ablaufenden psychosozialen und biologischen Prozesse fortlaufend geformt und modifiziert wird (S. 287).

2.3 Depressives Erleben als gestalttherapeutischer Ansatz

In der Theorie der Gestalttherapie – relationales Feld und Phänomenologie – wird davon ausgegangen, dass Therapeut*in und Klient*in durch das gemeinsame Erleben in der therapeutischen Beziehung zusammen einem depressiven Feld ausgesetzt sind. Der

Umstand, dass beide Beteiligten im ‚Hier- und Jetzt‘ gemeinsam depressiv sind, wird als Art von Diagnose und erster Schritt in die Therapie gesehen, weil dadurch jene rigiden Muster sichtbar werden, mit denen sich die Klient*innen auch mit ihrer Umwelt und mit sich selbst in Beziehung setzen, woraus Veränderungswege beschrrieben werden können (Francesetti et al., 2016, S. 425).

Wie bereits oben erwähnt, ist die Unterscheidung zwischen Trauer als Reaktion auf Verlust und einer melancholischen Depression für die Ausrichtung der psychotherapeutischen Arbeit grundlegend und wird daher in der Folge näher ausgeführt.

2.3.1 Trauer – die Anwesenheit der Abwesenheit

Die Trauersymptome können jenen einer Depression ähneln, weshalb eine Unterscheidung für die psychotherapeutische Vorgehensweise bedeutsam ist. Die Trauer ist Ausdruck eines erlittenen Schicksalsschlages, durch den eine Person oder Situation verloren gegangen und unerreichbar geworden ist. Die Trauerphase gilt als Bewältigungsweg für einen schmerzlichen Verlust, der laut Francesetti und Roubal (2020) dazu dient eine ‚doppelte Loyalität‘ herzustellen, nämlich zu dem, was verloren gegangen ist und zu dem Leben, das vor einem liegt. Wenn man als Verlust den Tod eines geliebten Menschen annimmt, steht zunächst die Unerreichbarkeit im Vordergrund, die allmählich den aufkommenden Erinnerungen und dem Bewusstsein über den erhaltenswerten Reichtum des gemeinsam Erlebten weicht. Dadurch wird die vergangene Beziehungserfahrung assimiliert und es entsteht eine neue Form des Kontakts. Trauern ist demnach ein Assimilationsprozess, eine Kontaktaufnahme, die durch die Sinne nicht mehr möglich ist. Es bleibt jedoch kein rein reflektierendes Geschehen, weil auch die Abwesenheit der geliebten Person über die Sinne wahrgenommen wird. In der Trauer bei der verlorenen Person zu sein und sie gleichzeitig nicht mehr erreichen zu können, wird als ‚Präsenz der Abwesenheit‘ bezeichnet. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Trauerprozess notwendig ist, um sich in kreativer Weise mit dem zu assimilieren, was man durch die geliebte und verlorene Person wurde, und was man werden kann, ohne sie (Francesetti & Roubal, 2020).

2.3.2 Melancholische Erfahrung – die Abwesenheit der Anwesenheit

Die melancholische, auch endogene oder psychotische Depression genannt, hängt nicht mit einem negativen Ereignis im Leben der Betroffenen zusammen, ein solches könnte aber ein Auslöser sein. Als Symptome werden andauernde körperliche Schwere, das Fehlen jeglicher Empfindung, Leere und Kraftlosigkeit und weniger das Gefühl der Niedergeschlagenheit beschrieben. Die Persönlichkeitsfunktion ändert sich in die Richtung, den normalen Anforderungen beruflich und sozial nicht mehr gewachsen zu sein bis hin zu einem schwerwiegenden Verlust der Identität. Während die Trauererfahrung vom Verlust einer emotional nahestehenden Person geprägt ist, geht im Gegensatz dazu, in der melancholischen Depression der Zwischenraum verloren, der laufend an der Kontaktgrenze geschaffen wird, um uns mit der Welt und dem Leben zu verbinden. Der gemeinsame Treffpunkt des Zwischenraums existiert nicht mehr und ist zu einem unüberwindlichen Abgrund geworden, über den es keine Verbindung gibt (Francesetti & Roubal, 2020). Die Ich-Funktion reduziert sich und die Es-Funktion, jene vor-reflexive Funktion, die uns vor der Spaltung zwischen dem Selbst und der Welt, dem Organismus und der Umwelt in jedem Moment verbindet, wird stattdessen bedeutsam. Das Es der Situation, die Quelle der Subjektivität von Zeit, Raum und Intentionalität, für das Leben schlechthin, ist gestört, was die Kontaktfähigkeit beeinträchtigt. Die tiefgreifende Dysfunktion der Es-Funktion verunmöglicht, eine gemeinsame Kontaktfigur zu schaffen (Francesetti et al., 2016, S. 429). Bei melancholischen Depressionen ist das Fehlen jeglichen Interesses ein zentrales Merkmal, das sich als Gefühl der Leblosgkeit, dem wahrscheinlich charakteristischstem Merkmal der Depression, manifestiert. Ein gesundes Selbst wächst, indem sein Organismus gleichzeitig mit der Welt verbunden und von ihr getrennt ist. Die affektive Brücke als Teil der eigenen Subjektivität, die die Verbindung zum Beziehungsfeld herstellen soll, ist beim Depressiven eingebrochen und verunmöglicht das Erreichen des anderen. Die Depression ist somit Ausdruck dieser relationalen Erfahrung mit dem Merkmal der Hoffnungslosigkeit, weil die Versuche, den anderen zu erreichen, fehlschlagen. Die Schwere der Depression kann daran gemessen werden, wie stark sich der betroffene Mensch vom gemeinsamen Zwischenraum entfernt hat, wie weit entfernt er von der Kontaktgrenze ist (Francesetti & Roubal, 2020).

2.3.3 Gestalttherapeutischer Ansatz bei der Behandlung von Depressionen

2.3.3.1 Trauer - Therapeutische Herangehensweise

Trauer ist Prozessarbeit, die es gilt zu unterstützen. Dieser therapeutische Ansatz unterscheidet sich von dem der Depression. Die Aufgabe der Therapeut*innen besteht darin, zur Seite stehend zu begleiten, das Gefühl der Traurigkeit als Teil eines gesunden Trauerprozesses zuzulassen und einen sicheren Ort zu schaffen, in dem die Klient*innen dieses erleben und integrieren können. Es bedarf der Erarbeitung einer Art ‚doppelten Loyalität‘, einer fortbestehenden Treue zur unterbrochenen Beziehung und gleichzeitig dem Leben, das vor einem liegt, gegenüber. Es geht darum, die Klient*innen dabei zu unterstützen, den Schmerz zur Gänze fühlen zu können, sowie die Schwierigkeit bei der Annahme der existenziellen Begrenztheit und deren Überwindung auszuhalten. Um das Verlusterlebnis verarbeiten zu können, ist es notwendig, am Lebensfluss vor dem Ereignis anzuknüpfen und die Früchte der vergangenen Erfahrung mitzunehmen, statt sie hinter sich zu lassen, und auf diesem Hintergrund den Blick in die Zukunft zu richten (Francesetti et al., 2016, S. 427).

2.3.3.2 Melancholische Depression – Therapeutische Herangehensweise

Das soziale Umfeld begegnet Menschen mit melancholischen Erfahrungen durch gut gemeintes Mut zusprechen und Ermunterung zu positiven Erlebnissen. Nachdem die Bemühungen erfolglos bleiben, zieht es sich jedoch meist zurück, oftmals mehr oder weniger versteckt passiv aggressiv. Therapeut*innen erleben sich, genauso wie die Angehörigen von melancholisch Depressiven, als Teil des depressiven Feldes. Sie nehmen jedoch, dank ihres Bewusstseins, das fehlende Fundament des Beziehungsfeldes wahr und bleiben für einen Kontakt zugänglich. Als Aspekt der Gegenübertragung sind die Therapeut*innen, dem depressiven Zustand ähnlich, selbst gefährdet, an den Rand des Abgrundes zu kommen, die Orientierung zu verlieren, in Angst und Ohnmacht zu geraten und sich selbst abwertend, daran zu zweifeln, ob sie der Herausforderung gewachsen sind. Wichtig dabei ist, dass sie sich dieser Erfahrung bewusst sind und nicht die Klient*innen dafür verantwortlich machen. Sie selbst sind im depressiven Feldaufbau in Gefahr, ebenfalls depressiv zu werden. Obwohl ihre Es-Funktion einen Abgrund erfährt, während sie sich als Gegenüber zur Verfügung stellen, ist es ihre Aufgabe, weiterhin präsent zu bleiben, statt abzutauchen, sowie die Hoffnung

aufrecht zu erhalten. Die therapeutische Beziehung im gemeinsamen Beziehungsfeld ermöglicht es, Emotionen zu erklären und zu handeln. Durch Nachfragen, - wie geht es uns jetzt in unserem gemeinsamen Niederdrücken? - kann die Situation wieder eingefangen werden (Francesetti & Roubal, 2020).

Die therapeutische Arbeit mit depressiven Menschen gilt es schwerpunktmäßig auf Sicherheit, Struktur und das Lernen auszurichten. In einer sicheren Umgebung und in einem sicheren Beziehungsfeld soll in kleinen Schritten und geduldig nach Halt gesucht, und nicht zur Introspektion, Ausschau nach dem was nicht funktioniert, gedrängt werden, da das retroflexive, selbstkritische Muster ohnehin stark beteiligt ist. Es geht prinzipiell um Unterstützung und Wertschätzung den ohnehin über sich selbst frustrierten Klient*innen gegenüber, die dadurch lernen können, Unterstützung anzunehmen und sich in der Folge ein selbstunterstützendes System aufzubauen. Ein präsent Gegenüber, das Hoffnung gibt, ist hilfreich für die Klient*innen, um Distanz zur aktuellen Erfahrung aufbauen und im nächsten Schritt das depressive Erleben im Kontext ihres Lebens und ihrer Beziehungen einordnen zu können. Eine weitere Aufgabe der Therapeut*innen besteht darin, den Blick für die zukünftigen Möglichkeiten offen zu halten. Sie sind also nicht nur Hüter*innen der Hoffnung, sondern auch von Zeit und Raum, indem sie Sitzung für Sitzung die Fäden zusammenhalten (Francesetti et al., 2016, S. 439).

Weil das depressive Erleben der Klient*innen von deren Leben getrennt zu sein scheint, ist es die oberste Aufgabe der Therapeut*innen, diese wieder zu verbinden und das depressive Erleben auf greifbare Erlebnisse im Therapiekontext einzugrenzen. Sprachlich ist dabei große Achtsamkeit gefordert, indem das innere Erleben nicht durch Überbetonung verstärkt und die Klient*innen noch mehr isoliert werden, sondern indem das Erleben an die Kontaktgrenze, an den Ort der Wieder-Belebung, des Inter-esse zurückgeführt wird (Francesetti et al., 2016, S. 440).

Bei der Behandlung depressiver Menschen ist die Arbeit mit Retroflexion spezifisch. Depressive Klient*innen richten Tendenzen und Gefühle wie Wut, Ärger oder Kritik, die eigentlich für die Außenwelt bestimmt sein sollten, gegen sich. Diese Beziehungsmuster werden in der aktuellen therapeutischen Beziehung untersucht und es wird mit neuen Arten des Verhaltens und des In-Beziehung-Tretens experimentiert. Aufgabe der Therapeut*innen ist es, die Klient*innen, wenn auch in kleinen Schritten, dazu zu

befähigen, die Energie zu mobilisieren, die zu einem interpersonellen Kontakt führt, wie etwa ein Blickkontakt oder der Ausdruck der eigenen Meinung. Therapeut*innen bringen dabei zu Bewusstsein, was und wie es gelungen ist. Sie wertschätzen und würdigen dabei jeden Moment der neuen Erfahrung in gebührender Weise. Dies stärkt das Selbstbewusstsein der Klient*innen, lässt sie ihre Handlungsfähigkeit erkennen und langsam, immer mehr Energie mobilisierend, Wege zur Selbstbestätigung und selbstverantwortlichem Tun beschreiten. Durch den Umgang mit der Retroflexion auf diese Weise kann der rigide Kontakt-Stil der Klient*innen in die umgekehrte Richtung, nämlich nach außen gelenkt werden. Dabei ist ein vorsichtiger Umgang mit der Retroflexion zu beachten, bei dem genügend Selbstsupport als Voraussetzung gegeben sein soll, um mit den retroflexiven Impulsen, wie etwa der in der Therapie freigesetzten Wut, umgehen zu können. Es gilt, innerhalb der stabilen therapeutischen Beziehung Möglichkeiten zu finden und zu erproben, wie der depressive Mensch lernen kann, sich selbst zu schützen, ohne sich isolieren zu müssen, sein Erleben im Kontakt mit seiner Umwelt lenken und einen adäquaten Ausdruck der Energie finden zu können. Ziel ist die Wiederherstellung des Selbst, das sich kreativ an die Bedürfnisse des Organismus anzupassen und flexibel zwischen Kontakt und Rückzug zu variieren vermag (Francesetti et al., 2016, S. 441).

Depressive Menschen werden von extremer Müdigkeit, einer Folge des Abgetrennt-Seins, geplagt. Bei der depressiven Müdigkeit handelt es sich um ein Paradoxon, das morgens am stärksten ist, sich durch Inaktivität intensiviert und bei physischer Anstrengung Erleichterung findet. Sportliche Betätigung, Bewegung in frischer Luft und Ermüdung aus körperlicher Anstrengung sind daher positive Erfahrungen für depressive Menschen. Die Ermunterung Sport zu betreiben und der Ansporn zu körperlicher Aktivität führen dazu, dass sich die Klient*innen als körperlich leistungsfähiger, lebendiger, freier und kreativer wahrnehmen. Die Gefühlswahrnehmung während der Bewegung sollte dabei im Fokus sein (Francesetti et al., 2016, S. 441).

Gestalttherapeut*innen arbeiten nicht mit Objekten, die studiert werden, sondern sie fragen sich, inwiefern sie im Beziehungsgeschehen der Therapie kooperieren können, indem sie sich etwa fragen, wie sie dazu beitragen, dass die Klient*innen retroflektieren und nicht zum Handeln übergehen und wie gerade gemeinsames Niederdrücken betrieben wird. Therapeut*innen nehmen dabei die Symptome und Beschwerden der

Klient*innen ernst, vermeiden jedoch die in der Alltagswelt üblichen Muster des Beschwichtigens und Beschönigens der Situation, welche die Depressionen verfestigen können. Sie befreien sich davon, automatisch auf die Klient*innen zu reagieren und schaffen durch ihr Bewusstsein einen Freiraum, der es erlaubt, anders aufeinander Bezug zu nehmen. In gemeinsamer Aktivität werden Ereignisse geschaffen und bewusst gemacht, wodurch die Klient*innen dazu befähigt werden, aus ihren starren Mustern herauszutreten (Francesetti & Roubal 2020).

2.4 Therapeutische Beziehung

2.4.1 Kontakt

In der Gestaltarbeit nimmt der Begriff ‚Kontakt‘ einen zentralen Stellenwert ein. Bezeichnet wird damit die Nahtstelle zwischen Selbstentfaltung und Bindung, sowie zwischen Trennung und Verschmelzung. An dieser Grenze vollzieht sich der Kontakt und dabei berühren sich die Grenzen des ‚Ich‘ und die Grenzen des ‚Du‘, wodurch Berühren und Berührtwerden sowie Austausch und Abgrenzung gleichzeitig stattfinden. Die Kontaktaufnahme erfolgt durch die fünf Sinne - Hören, Sehen, Riechen, Schmecken, Berühren – sowie Bewegen und Sprechen. Die Kontaktgrenze ist der Bereich der Regulation jener Inhalte, die assimiliert oder zurückgewiesen werden. Lebendiges Kontakterleben kann zu allen Dingen und Wesen der Welt hergestellt werden und bewegt sich zwischen dem Bedürfnis nach Vereinigung einerseits und dem der Abgrenzung andererseits (Richter, 2011, S. 56). In der Gestalttherapie geht man davon aus, dass Veränderung und Wachstum des Menschen durch Kontakt geschehen. Eine Person hat nach jeder kontaktvollen Erfahrung ein erweitertes und neues Empfinden ihrer selbst, indem sie gegenwärtige Begrenzungen überwindend Neues wagt und gleichzeitig Teile alter Gewohnheiten zerstört. Dieser Prozess wird als aktiv und kreativ beschrieben, wodurch sich die Person findet und gleichzeitig neu schafft (Clarkson & Mackewn, 1995, S. 80). Der Kontakt spielt sich im Hier und Jetzt ab und wird durch größere Kontaktfläche und zeitliche Ausweitung zur Begegnung, in der man intensiv erlebt und gleichzeitig erlebt wird (Richter, 2011, S. 57).

2.4.2 Martin Buber – Dialog und Intersubjektivität

„Die Liebe haftet dem Ich nicht an, so daß (sic) sie das Du nur zum ‚Inhalt‘, zum Gegenstand hätte, sie ist *zwischen* Ich und Du“ (Buber, 2021, S. 21).

Die dialogische Vorgehensweise der Gestalttherapie geht auf die Philosophie Martin Bubers zurück. Diese basiert auf dem Chassidismus, der in Osteuropa vor 250 Jahren beginnenden jüdisch-mystischen Bewegung des Judentums, die auf der mehrere tausend Jahre zurück reichenden jüdischen Tradition aufbaut. Das jüdische Charakteristikum des unmittelbaren Angesprochen-Seins und des unmittelbaren Antwortens und Reagierens ist ein wesentliches Merkmal des Dialogs. Die Gründerpersönlichkeiten der Gestalttherapie, Laura und Fritz Perls, sowie Paul Goodman, sind dieser Tradition als Angehörige des säkularen Judentums verbunden (Wegscheider, 2020, S. 22). Der Satz ‚Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst‘ aus dem alttestamentlichen Buch Levitikus 19,18, auf den sich Jesus von Nazareth im Neuen Testament bei Mk 12,31 bezieht, ist der wahrscheinlich prägendste in der Auswirkung auf die dialogische Psychotherapie und zeigt das Vorhandensein des dialogischen Verständnisses sowohl im jüdischen als auch im christlichen Denken (Wegscheider, 2020, S. 32).

In der von Martin Buber beschriebenen Ich-Du Beziehung, geht es in horizontaler Weise um die interessierte Hinwendung zur anderen Person aus ontologischer Bezogenheit heraus, und um die wertschätzende Anerkennung ihrer Einzigartigkeit, ohne einen Zweck zu verfolgen. Die von Buber als Ich-Es bezeichnete vertikale Haltung hängt damit zusammen, Dinge oder Menschen zu beeinflussen, zu nutzen, zu analysieren, den anderen als Objekt zu sehen, sowie ziel- und zweckgerichtet zu sein. Die Dialektik dieser beiden Grundhaltungen, die durch ein Hin- und Herschwingen zwischen Ich-Es und Ich-Du-Haltung geschieht, macht die ‚dialogische Grundhaltung‘ der dialogischen Beziehung aus (Voitsmeier-Röhr, 2017, S. 59). Die Ich-Es-Haltung ist im therapeutischen Kontext unerlässlich, wenn Ziele definiert oder Diagnosen gestellt werden. Das Wesentliche und Heilsame ist jedoch die Ich-Du-Begegnung zweier Menschen mit ihren gleichberechtigten persönlichen Sichtweisen in der therapeutischen Sitzung im gegenwärtigen Moment. Die ‚Heilung aus der Begegnung‘ entsteht dadurch, dass sich die Therapeut*innen nicht auf die Expert*innenrolle reduzieren, sondern sich auf die Beziehung einlassen und offen sind für das, was zwischen beiden im therapeutischen Geschehen als Drittes im gemeinsamen Projekt entsteht (Voitsmeier-Röhr, 2017, S. 60). Dabei geht es darum, an der Andersartigkeit des anderen interessiert zu bleiben, die Spannung der unterschiedlichen Perspektiven auszuhalten, Widersprüche ohne

Wertung anzuerkennen, und nicht in komplementäre Rollen wie Unterwerfung und Macht zu verfallen (Voitsmeier-Röhr, 2017, S. 62).

2.4.3 Laura Perls – Dialog in Präsenz - Stützung

„Das Grundwort Ich-Du kann nur mit dem ganzen Wesen gesprochen werden. Die Einsammlung und Verschmelzung zum ganzen Wesen kann nie durch mich, kann nie ohne mich geschehen. Ich werde am Du; Ich werdend spreche ich Du. Alles wirkliche Leben ist Begegnung“ (Buber, 2021, S. 17).

Der Dialog wird als zentrale Grundhaltung in die Theorie und Praxis der Gestalttherapie aufgenommen. Eine bedeutende Rolle spielt dabei Laura Perls (2005), die bei Martin Buber und Paul Tillich in Frankfurt studierte und stark von ihnen beeinflusst wird. Sie ist beeindruckt von deren Art zu sein, deren Präsenz und dem Respekt für die anderen, was sie wie folgt ausdrückt: „Die beiden haben nicht von oben diktiert, sondern sind den anderen im Wechselspiel miteinander – von Mensch zu Mensch – begegnet. In ihren Vorlesungen fühlte sich jeder angesprochen. Ich habe mehr aus der Begegnung mit den beiden als aus ihren Schriften gelernt“ (S. 178). Es ist ihr wichtig, keine therapeutische Rolle zu spielen, sondern sich in den Dienst des Dialoges zu stellen, indem sie den Menschen in der Therapie im Augenblick begegnet, mit allem, was ihr gegenwärtig und aus der Erfahrung kommend zur Verfügung steht (S. 179). Für Laura Perls (2005) ist das Erleben in der Gegenwart deshalb eine bedeutsame Realität, weil in ihr sowohl die Erinnerung und Geschichte der Vergangenheit existieren als auch die Hoffnung und Erwartungen der Zukunft (S. 181).

Was Martin Buber Begegnung nannte, bezeichnet sie als Kontakt an der Grenze zwischen sich und dem anderen als Ort der Wahrnehmung und Auseinandersetzung mit dem anderen, wo Berührung und Trennung stattfindet (Perls, L., 2005, S. 179). Die Gleichsetzung von Begegnung und Kontakt wird heutzutage von Gestalttherapeut*innen diskutiert und man fragt sich, ob jeder Kontakt auch Begegnung ist (Wegscheider, 2020, S. 71). Laura Perls (2005) definiert den Kontakt als Aktivität und Rhythmus von Berühren und Loslassen, bei dem es zu einem Hin- und Herbewegen zwischen ‚Ich‘ und ‚Du‘ kommt (S. 179). Die Kontaktgrenze, wo die Begegnung von ‚Ich‘ und ‚Du‘ stattfindet, wird als der eigentlich fruchtbare Ort der Erkenntnis beschrieben. Es ist der Bereich des Interesses, der Neugier, der Erregung aber auch der Unsicherheit, Angst und

Feindseligkeit. „An der Kontaktgrenze tritt das vormals nicht oder nur undeutlich Erfahrene in den Vordergrund als prägnante Gestalt“ (Perls, L., 2005, S. 180).

Die Möglichkeit des Kontakts hängt davon ab, wieviel Stütze vorhanden ist. Laura Perls (2005) verdeutlicht: „Unter ‚Stützung‘ (Support) verstehe ich nur zum geringsten Anteil die Fürsorge und Ermutigung, die durch meine Gegenwart und mein Interesse gewährleistet ist, sondern die Stützen, auf die der Patient sich in sich selbst verlassen kann oder die ihm fehlen“ (S. 110). Gemeint ist damit all das, was eine Person gelernt und erlebt hat, worauf sie sich verlassen, wodurch sie sich selbst stützen kann und was die Assimilation und die Integration von Erfahrungen erleichtert. „Jede Erfahrung, alles Gelernte, das *voll assimiliert und integriert* ist, wird zum organismischen Hintergrund, welcher der jeweiligen Gestaltbildung im Vordergrund Bedeutung und der Erregung des Grenzerlebnisses Stütze verleiht“ (S. 111). Wesentlich für die Stützung ist das Atmen. Ebenso sind Sensitivität und Beweglichkeit, Blutkreislauf und Verdauung, aufrechte Haltung und Koordination, Sprache und Sprachgebrauch, soziale Beziehungen und Verhaltensweisen, Sitten und Gewohnheiten bedeutsam (Perls L., 2005, S. 110). Der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit von Laura Perls liegt in der Unterstützung vom ‚Fremdsupport‘ zum ‚Selfsupport‘. Ihre Arbeitsweise ist wenig eingreifend (Wegscheider, 2020, S. 122).

2.4.4 Fritz Perls – Individualität und Autonomie – Authentizität und Kontakt

„Das Du begegnet mir. Aber ich trete in die unmittelbare Beziehung zu ihm. So ist die Beziehung Erwähltwerden und Erwählen, Passion und Aktion in einem“ (Buber, 2021, S. 17).

Die durch Anrede und Antwort erfolgende Verbindung, die verbal oder nonverbal sein kann, und auch ‚Zwiesprache‘ genannt wird, konstituiert nach Buber den Dialog (Portele, 1994). Das Angesprochenwerden und die Fähigkeit adäquat auf eine Situation zu antworten ist für den Dialog aus gestalttherapeutischer Perspektive ebenfalls grundlegend. Dabei geht es auch um die Übernahme von Verantwortung, was Fritz Perls ausdrückt, indem er auf die etymologischen Komponenten ‚response ability‘ des englischen Wortes ‚responsibility‘ hinweist (Wegscheider, 2020, S. 54).

Die ‚Autonomie‘ bildet neben der ‚Zwiesprache‘ den zweiten großen Stützpfeiler des Buberschen Judentums. Der Grundsatz, dass Individuen frei sind, autonom zu entscheiden, wie sie auf die Herausforderungen ihrer Bedingungen, von Buber

Schicksal genannt, antworten, bedeutet, dass sie dadurch auch Verantwortung für ihr Leben übernehmen. ‚Autonomie‘ wird in der Gestaltpsychologie ein zentraler Begriff der ‚Selbstorganisationstheorie‘ und Fritz Perls übernimmt dafür den von Kurt Goldstein und Wilhelm Reich stammenden Begriff ‚organismische Selbstregulierung‘. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang die von Max Wertheimer stammende Kurzdefinition von ‚Gestalt‘, als ‚von innen her bestimmt‘ eben ‚nicht fremdbestimmt, nicht von außen bestimmt‘. Auf die durch die Freiheit implizierte Übernahme von Verantwortung weist Fritz Perls in seiner Praxis nachdrücklich hin (Portele, 1994). In den Entwicklungsjahren der Gestalttherapie stellen Autonomie und die Abgrenzung des Individuums für Fritz Perls den höchsten Wert dar (Wegscheider, 2020, S. 114). Ausdruck davon ist das in der Folge zitierte ‚Gestaltgebet‘:

Ich tu, was ich tu; und du tust, was du tust.

Ich bin nicht auf dieser Welt, um nach deinen Erwartungen zu leben,

Und du bist nicht auf dieser Welt, um nach den meinen zu leben.

Du bist du, und ich bin ich,

Und wenn wir uns zufällig finden, - wunderbar.

Wenn nicht, kann man auch nichts machen (Perls, 2018, S. 13)

Das starke Augenmerk auf Autonomie und Individualismus hat als nachteilige Konsequenzen zur Folge, dass der Kontext der Klient*innen und deren Beziehungen unberücksichtigt bleiben (Rumpler, 2018, S. 101). Erst in seinen letzten Lebensjahren findet Fritz Perls Zugang zum dialogischen Verständnis und veröffentlicht sein geändertes von Hilarion Petzold zitiertes Gestaltgebet „Erst muss ich mich finden, um Dir begegnen zu können. Ich und du, das sind die Grundlagen zum Wir, und nur gemeinsam können wir das Leben in der Welt menschlicher machen“ (Wegscheider, 2020, S. 114). Er meint: „Das *Wir* als solches besteht nicht, sondern es besteht aus Ich *und* Du, es ist eine dauernd sich verändernde Grenze, an der sich zwei Menschen begegnen. Und wenn wir uns dort begegnen, ändere ich mich, und du änderst dich, durch den Prozeß (sic) des Einander-Begegnens“ (Perls, 2018, S. 15).

Weiters betont Fritz Perls als wesentliches Element des Dialogs das ‚Hier und Jetzt‘. Es geht darum, mit voller und liebevoller Konzentration – Awareness – in Kontakt im

gegenwärtigen Moment zu sein (Portele, 1994). Die Wahrnehmung der Klient*innen in der Gegenwart, etwa mit ihrer Art zu reden, ihrer Mimik und Körpersprache, wird zur Grundlage des Kontakts. Die Qualität des Dialoges ergibt sich durch vollkommene Aufmerksamkeit, verlässliche Präsenz und das uneingeschränkte Zuhören in der gegenwärtigen Situation (Wegscheider, 2020, S. 115). Fritz Perls legt dabei Wert darauf, seine Reaktionen und Antworten in einem authentischen Dialog mit den Klient*innen zu teilen und lehnt es ab, sich hinter einer neutralen Maske oder Rolle zu verbergen (Clarkson & Mackewn, 1995, S. 121). Für Fritz Perls steht die therapeutische Haltung im Mittelpunkt und nicht methodische Vorgehensweisen oder Interventionen. Es geht darum, dass die dialogische Situation nicht dadurch entsteht, dass Therapeut*innen etwas tun, sondern wie sie es tun. Vergangenheit und Zukunft bekommen erst durch den bewussten Kontext in der Gegenwart, im dialogischen Austausch ihre Bedeutung und Relevanz (Wegscheider, 2020, S. 116).

Was den Veränderungsprozess betrifft, ist Fritz Perls (2018) überzeugt davon, dass dieser nicht erzwungen werden kann. Er meint: *„Änderungen finden von selbst statt. Wenn man tiefer in sich hineingeht, in das, was man ist, wenn man annimmt, was da vorhanden ist, dann ereignet sich der Wandel von selbst. Das ist das Paradoxe des Wandels“* (S. 187). Das Wachstum, die Integration, beginnt seiner Ansicht nach, indem man mit sich selbst in Berührung kommt, wenn man Verantwortung dafür übernimmt, wie man seine Symptome hervorbringt, was man sich selbst antut, und nicht, indem man Symptome bekämpft (Perls, 2018, S. 187). Yontef (1999) unterstreicht diesen Gedanken: *„Veränderung soll man geschehen lassen und sie nicht gezielt ansteuern“* (S. 53).

2.4.5 Dialogisches Engagement im therapeutischen Kontext

„Wenn wir eines Wegs gehen und einem Menschen begegnen, der uns entgegenkam und auch eines Wegs ging, kennen wir nur unser Stück, nicht das seine, das seine nämlich erleben wir nur in der Begegnung“ (Buber, 2021, S. 78).

Von Martin Buber übernimmt die Gestalttherapie die Überzeugung, dass Heilung durch eine bestimmte Art der Zuwendung von Mensch zu Mensch geschehen kann und dass Heilung auch die Wiederherstellung der Ganzheit beinhaltet (Yontef, 1999, S. 52). Die Gründerpersönlichkeiten der Gestalttherapie – Laura und Fritz Perls, Ralph Hefferline und Paul Goodman – greifen das Prinzip auf, dass Realität aus dialogischer Sicht

bedeutet, in Verbindung zu treten und dass Wachstum durch das passiert, was zwischen Menschen geschieht und nicht durch Innenschau.

Bewusstheit, die Orientierung an der Grenze zwischen der Person und dem Organismus-Umwelt-Feld, ist relational. Der sich zwischen den Menschen und ihrer Umgebung vollziehende Kontakt ist relational und auch die Selbstwahrnehmung ist ein In-Beziehung-Treten (Yontef, 1999, S. 53). Im therapeutischen Kontext gilt es, in Kontakt zu sein, den anderen anzuerkennen, einzubeziehen, sich zur Grenze hin zu öffnen, diese aber nicht, etwa durch Lenkung und Kontrolle, zu überschreiten. Therapeut*innen sind als Menschen präsent und haben Anteil am zwischen ihnen und den Klient*innen gemeinsam gewirkten Sinn - Verzweiflung, Wut, Humor, Sinnlichkeit, Freude, Liebe und Spiritualität - und teilen das Erleben und die Berührtheit mit ihrem Gegenüber (Yontef, 1999, S. 55).

Drei wesentliche, von Buber vermittelte Haltungen - die Annahme der Person, die Bestätigung und die Umfassung - fördern das dialogische Gespräch (Wegscheider, 2020, S. 80). Grundlegend dabei ist die Bestätigung des Gegenübers als einzigartiger, gegenwärtiger Mensch, der gesehen wird mit seiner momentanen individuellen Situation, in die sich Therapeut*innen imaginierend hineinversetzen. Bestätigung ist mehr als Akzeptanz, die den Menschen annimmt, wie er ist. Der Kern der Bestätigung umfasst das Zutrauen in das Wachstumspotential des Gegenübers, dass es werden kann, wozu es aufgerufen ist (Yontef, 1999, S. 56). Der Fachbegriff für die höchste Form der Bestätigung in der Gestalttherapie ist die Umfassung. Dabei gehen Therapeut*innen so vollständig wie möglich in das Fühlen der Sichtweise des anderen und behalten gleichzeitig eine deutliche Awareness für ihre eigene, davon getrennte Existenz. Durch das Behalten der eigenen Stützen kann sich die Umfassung voll entfalten und in den Kontakt mit dem Gegenüber ausdehnen (Yontef, 1999, S. 57).

Für den Dialog als spezifische Form der therapeutischen Beziehung in der Gestalttherapie ist die Fähigkeit zur Intersubjektivität, die Anerkennung des anderen als eine selbständige Anderheit, eine Voraussetzung.

Da mit einer psychischen Störung immer auch eine Beziehungsstörung zu sich selbst, zu anderen und zur Welt einhergeht, ist die therapeutische Beziehung ein Mittel der Therapie, aber auch ein Zweck, der heilsame, korrigierende und emotionale Neuerfahrungen in einer Beziehung anstrebt (Votsmeier-Röhr, 2017, S. 58). In der

ersten Dimension des dialogischen Vorgehens bildet der therapeutische Kontakt den Resonanzraum für alle früheren Begegnungen, deren verinnerlichte Begegnungsmuster aus der Vergangenheit im direkten Kontakt sichtbar und reflektierbar werden können. In der zweiten Dimension werden verinnerlichte Beziehungserfahrungen bearbeitet, wobei es um die Beziehung und den Umgang mit sich selbst geht, der etwa wertschätzend oder verurteilend sein kann. Dabei werden innere Anteile und internalisierte Beziehungsmuster reflektiert, dialogisch bearbeitet und integriert, sodass bewusst Verantwortung dafür übernommen werden kann (Wegscheider, 2020, S. 111).

2.5 Phänomenologie

Die Gestalttherapie wird durch die drei Merkmale - dialogische Orientierung, Feldorientierung und existentiell-phänomenologische Orientierung unverwechselbar (Votsmeier-Röhr, 2017, S. 58).

2.5.1 Phänomenologie - Merleau-Ponty - Hintergrund und Bedeutung

„Wie wissen wir, dass wir jemanden vor uns haben, wenn nicht so, dass wir vor uns blicken“ (Merleau-Ponty, 2016, S. 60)?

Die möglichst unvoreingenommene Erlebnisbeobachtung, die Phänomenologie und den experimentellen Ansatz übernimmt die Gestalttherapie vom wissenschaftlich-methodischen Zugang der gestaltpsychologischen Forschung (Zabransky et al., 2018, S. 141). Die Phänomenologie geht auf Maurice Merleau-Ponty zurück, der – beeinflusst von Edmund Husserls Schriften, Kurt Goldstein und Jean-Paul Sartre -, das jahrhundertelange dualistische Denken, das in eine rein äußerlich gesehene Natur und ein rein innerliches Bewusstsein aufgespalten war, überwindet. Er sucht nach einer dritten Dimension, um zwischen Natur und Bewusstsein eine Beziehung zu ermöglichen und die Frontstellung zwischen Naturwissenschaften und Philosophie zu überwinden. Merleau-Ponty verfolgt die erkenntnistheoretische Fragestellung, wie ein reines Bewusstsein, das ohne Ausdehnung ist, ein Sein erkennen kann, das rein äußerlich gedacht wird (Nausner, 2018, S. 51). Basierend auf zahlreichen empirischen Beispielen schlussfolgert er, dass es zwischen Physiologischem und Physischem eine Dimension, eine Bewegung des Seins zur Welt gibt, die er als Existenz bezeichnet. Da die Existenz im ‚Leib‘ ihren Ort hat, wird dieser Begriff sowohl in erkenntnistheoretischer als auch in anthropologischer Sicht, ein zentraler Begriff in Merleau-Pontys Denken. Durch seine

Existenz ist ein Lebewesen auf grundlegende Weise mit der Welt verbunden und lässt sich weder auf eine Summe von Reflexen noch auf einen Bewusstseinsakt reduzieren. (Nausner, 2018, S. 55). „Eine Phänomenologie der Wahrnehmung verabschiedet sich von Wahrnehmungsmodellen, die mit der dualistischen Annahme von Empfindungen einerseits und unbewussten Operationen andererseits arbeiten, und wendet sich stattdessen der Bedeutung des Leibes für die Wahrnehmung zu“ (Wiesing, 2016, S. 86). Der Mensch ist wahrnehmend und wahrnehmbar zugleich. Der Leib ist kein Denker, der Kenntnis von der Welt nimmt und ist auch nicht passiv von der Welt beeindruckt, sondern mit seinen Sinnen auf die Welt gerichtet, eigentlich ein ‚Sinnorgan‘, das Sinnliche also nichts anderes als eine bestimmte Art des Zur-Welt-Seins. Sinne und Denken sind demnach nicht unabhängig voneinander, sondern untrennbar ineinander verschränkt, da es sich bei beiden um leibliches Vermögen handelt (Nausner, 2018, S. 56). Merleau-Ponty (2016) meint dazu: „Wahrnehmen bedeutet, sich etwas mit Hilfe des Leibes zu vergegenwärtigen“ (S. 83). Die untrennbare Verflochtenheit von ‚Innen‘ und ‚Außen‘ in der menschlichen Erfahrung wird zwischenzeitlich von den Neurowissenschaften in vielfältiger Weise bestätigt (Nausner, 2018, S. 60).

Thomas Fuchs weist durch seine Hirnforschung auf die Verbindung von Gehirn und Körper hin, indem er das Gehirn als Regulations- und Wahrnehmungsorgan für den Gesamtorganismus bezeichnet, das sich mit dem Körper in fortwährender zirkulärer Rückkoppelung befindet. Er bezeichnet den Körper als eigentlichen ‚Spieler im Feld‘, dessen innere Zustände geeignete Reaktions- und Verhaltensweisen veranlassen können und auf dessen Homöostase und Verhältnis zur Umwelt es ankommt. Auch für das Bewusstsein ist der Organismus grundlegend, da das Gehirn funktionell gesehen nicht am Hirnstamm endet, sondern sich über das Rückenmark, das Nerven-Sinnes-System und die neuroendokrinen Funktionskreise im ganzen Körper fortsetzt. Er bezeichnet den fortwährenden Austausch von Gehirn und Organismus als Voraussetzung für das bewusste Erleben (Fuchs, 2017, S. 147).

„Wir bewohnen unseren lebendigen Körper und durch ihn die Welt“ (Fuchs, 2017, S. 96).

2.5.2 Relationales Feld

„Ich sehe nicht, wie man den anderen ohne mich denken könnte. Für meine Erfahrung ist das ein Ding der Unmöglichkeit“ (Merleau-Ponty, 2016, S. 61).

Die Forschungsergebnisse der letzten Jahrzehnte stützen Merleau-Pontys phänomenologische Konzeption der kommunikativen ‚Zwischenleiblichkeit‘, die darlegt, dass zwei Personen, die einander leiblich begegnen in ein systematisches Interaktionsgeschehen einbezogen werden, welches ihre Körper miteinander verbindet, ein präreflexives und präverbales Verstehen herstellt und eine zwischenleibliche Resonanz auslöst. Durch einen meist unbemerkten leiblichen Eindruck mit subtilen Empfindungen, Gefühls- und Bewegungsvorstufen werden die Gefühle der anderen Person und deren Ausdruck unmittelbar verständlich, sodass sie buchstäblich am eigenen Leib spürbar werden (Fuchs, 2017, S. 197). Bereits nach der Geburt wandelt sich die pränatale Symbiose von Mutter und Kind in eine dialogische, ‚zwischenleibliche‘ Beziehung, im Sinne einer präreflexiven Verbindung zweier Leib-Subjekte. Säuglinge halten die Verbindung aufrecht, indem sie deutlich mehr Interesse an Mimik, Verhalten und Affekten der Beziehungspersonen, als an unbelebten Objekten zeigen. Diese, von leiblichen, affektiven und intuitiven Formen der Beziehung getragene, ‚primäre Intersubjektivität‘ geht der symbolisch und verbal vermittelten Kommunikation lange voraus. Babys zeigen bereits nach der Geburt eine Ausdrucksresonanz, indem sie wahrgenommene Mimik in ihre eigene Körperempfindung und Bewegung übersetzen und die Eltern als Gegenüber nicht nur als Bild wahrnehmen, sondern ihren Ausdruck in sich nachbilden (Fuchs, 2017, S. 196).

In der Feldtheorie, einer Leitidee der Gestalttherapie, kommt zum Ausdruck, dass ein Individuum niemals vollkommen isoliert und unabhängig ist, sondern gleichzeitig in einem ganz realen Sinn mit allem verbunden und in Kontakt lebt (Joyse & Sills, 2015, S. 45). Die auf Kurt Lewin zurückgehende Feldtheorie legt ihren Schwerpunkt auf die Einbeziehung des von ihm als Feld bezeichneten Lebensraums einer Person. Um ein besseres Verständnis ihres Verhaltens zu erlangen, soll die Interdependenz von Person und Umwelt notwendig mitberücksichtigt werden (Soff, 2018, S. 25). Die feldtheoretische Perspektive deckt sich mit dem relationalen Blickwinkel, nach dem Menschen in einer Beziehung empfangen und geboren werden, sich ununterbrochen in Beziehung stehend entwickeln und gegenseitig formen und geformt werden. Die Feldtheorie bildet die Grundlage für eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen, indem sein Erfahrungsfeld - Bewusstsein und Erleben -, sein Beziehungsfeld, sowie kulturelle, historische, politische und spirituelle Faktoren miteingeschlossen werden (Joyse & Sills, 2015, S. 47).

2.5.3 Therapeutischer Zugang - Phänomenologie

Die Gestalttherapie ist ein phänomenologischer Ansatz, in deren Theorie und Praxis die Therapeut*innen die Aufmerksamkeit sowohl auf das richten, was vorhanden ist, was in Erscheinung tritt und beobachtbar ist, als auch bei den Klient*innen durch ihre Interventionen ebenfalls eine phänomenologische Haltung hervorzurufen. Dabei sollen die Klient*innen lernen, ihre eigene Situation zu deuten, indem sie phänomenologisch zu den Erscheinungen geführt werden, um durch neue Erfahrungen sich selbst näher und aus der schwierigen Situation zu kommen. Angeregt wird dabei der Zugang zur eigenen inneren Beteiligung an der Entstehung der Inhalte und die Erfahrung, wie sich diese durch eigene Bewusstheit verändern (Schigutt, 2018, S. 230). Der phänomenologische Ansatz hilft den Klient*innen herauszufinden, wer sie sind und wie sie sind, indem die Therapeut*innen mit offenem Herzen und echter Neugier so nahe wie möglich an deren Erfahrung im ‚Hier und Jetzt‘ dranbleiben, ihnen beim Explorieren und Bewusstmachen ihres Erlebens, wie sie ihrer Welt Sinn verleihen, helfen, anstatt ihr Verhalten zu deuten (Joyse & Sills, 2025, S. 31).

2.5.4 Körperorientierte Arbeit

Durch unser leibliches Sein und unsere Interaktionen existieren wir und orientieren uns in der Welt, wir erkennen uns selbst und unsere Mit- und Umwelt und handeln und erfüllen unsere sich ständig wandelnden Bedürfnisse (Netzer, 2018, S. 250).

Über die leiblich-körperliche Wahrnehmung formen sich die Wahrnehmung der Realität, die Kontakte und die Selbstwahrnehmung. Bedeutsam ist, dass nur jene körperlich-leiblichen Reaktionen, die wahrgenommen werden, als eigene identifiziert werden können.

Je weiter sich das Identitätsbewusstsein von den eigenen Körperempfindungen entfernt, umso mehr geht der Kontakt mit der Basis des menschlichen Seins, der körperlichen Wirklichkeit verloren und Menschen fühlen sich verloren, außer Kontrolle, abgespalten und zersplittert. Der Grad der Verleugnung von Körperprozessen steht in Relation mit dem Schweregrad der psychischen Erkrankung und jenem des Kontakts zur Wirklichkeit. Je mehr Kontaktfunktionen verloren gehen, umso begrenzter wird das zum Handeln notwendige Verhaltensspektrum. Je mehr die Fähigkeit des Selbst entfremdet und unzugänglich ist, umso starrer und eingeschränkter wird das ‚Ich‘ in seinen Handlungsspielräumen.

Zu depressiven Prozessen kann es führen, wenn jemand starke Konflikte in Bezug auf bestimmte Gefühle und Handlungen erlebt und die damit verbundenen Impulse behindert (Netzer, 2018, S. 251).

2.5.5 Menschliche Interaktion und emotionales Bewusstsein

Antonio Damasio (2017) weist nach, dass es im Gefühlserleben nur eine geringe oder gar keine Distanz, im physiologischen und anatomischen Sinn, zwischen dem Objekt, dem Körper, der den entscheidenden Inhalt erzeugt, und dem Nervensystem, als Empfänger und Verarbeiter der Informationen, gibt (S. 145). Wenn Körper und Gehirn durch ihre Interaktion eine einzige organische Einheit bilden, sind Gefühle keine Wahrnehmung des körperlichen Zustandes im üblichen Sinn des Begriffes (S. 147). Gefühle sind nicht nur neuronale Abläufe, sondern der Körper ist entscheidend, - durch die Homöostase und andere mitwirkende, bedeutsame Systeme, wie das Immunsystem, - daran beteiligt (S. 146). Es ist eine gut belegte Tatsache, dass angenehme und unangenehme Gefühle mit positiven oder negativen Bereichen der Homöostase in Zusammenhang stehen. Wohlbefinden und Freude sind der Ausdruck einer guten oder optimalen homöostatischen Grundlage, während umgekehrt das durch Liebe und Freundschaft verursachte Glück zu einer effizienteren, die Gesundheit fördernden Homöostase beiträgt. Stress, der sich mit Traurigkeit verbindet, aktiviert den Hypothalamus und die Hypophyse, deren freigesetzte Moleküle, die Homöostase reduzieren und sogar schädigend auf unzählige Körperteile, wie Blutgefäße und Muskelstrukturen wirken. Interessant ist, dass die, die Homöostase belastenden, körperlichen Krankheiten die gleiche Hypothalamus-Hypophysen Achse aktivieren und schlechte Laune durch die Ausschüttung der Substanz Dynorphin ausgelöst wird (S. 137). „Bemerkenswert ist, wie diese Vorgänge sich im Kreis bewegen. Oberflächlich betrachtet, beeinflussen Geist und Gehirn den eigentlichen Körper ebenso stark wie dieser das Gehirn und den Geist. Es sind nur zwei Aspekte des gleichen Daseins“ (Damasio, 2017, S. 137). Damasio (2017) bezeichnet die Beziehung zwischen Nervensystem und Körper als ungewöhnlich, da sich das Nervensystem im Körper befindet, also mit ihm zusammenhängt und gleichzeitig in mancherlei Hinsicht auch kontinuierlich in ihn übergeht. Da Körper und Nervensystem permanent, - durch die Notwendigkeiten der Homöostase motiviert - in einem Austausch stehen, liegt die

Vermutung nahe, dass Gefühle ihre physiologische Grundlage auf gemischten Prozessen haben, die weder rein neuronal noch rein körperlich sind (S. 161).

„Gefühle sind also durch und durch *gleichzeitig, interagierende* Phänomene von Körper und Nervensystem“ (Damasio, 2017, S. 146).

2.5.6 Die Wiederaneignung des körperlichen Selbst

Obwohl die Körperlichkeit als notwendige Basis des menschlichen Seins gilt, wird Psychotherapie oft als vorrangig kognitiver Prozess gesehen. Viele haben jedoch keinen Kontakt mit ihren körperlich-leiblichen Wahrnehmungen und finden auch keine sprachliche Ausdrucksfähigkeit für ihre Empfindungen (Netzer, 2018, S. 250).

Als ursächlich für die Abspaltung der Körperlichkeit gelten Erfahrungen, durch die das Wahrnehmen eigener Selbstanteile bedroht war (Netzer, 2018, S. 254). Wenn im Laufe des durch Kontakt und Interaktion geprägten menschlichen Entwicklungsprozesses, wichtige persönliche Aspekte und Eigenschaften von der Umwelt dauerhaft abgelehnt werden, bleibt als Überlebensmöglichkeit lediglich, sich von diesen zu distanzieren, sie abzuspalten, oder zu verleugnen, was sie jedoch nicht zum Verschwinden bringt. Obwohl Gefühle aus dem Selbstbild und Verhalten ausgespart werden, wirken sie, ohne die Möglichkeit zur Reflexion, weiter (Netzer, 2018, S. 251).

Die Klient*innen bei der Wiederaneignung des körperlichen Selbst, durch besonderes Augenmerk auf das gegenwärtige Wahrnehmen körperlicher Empfindungen und Erfahrungen, zu unterstützen, gehört zu den generellen Aufgaben der Therapeut*innen (Netzer, 2018, S. 253). Grundlegend ist dabei das Schaffen einer emotional sicheren Atmosphäre – kontrastierend zum ursprünglichen Kontext, der die Abspaltung notwendig gemacht hat, - in der Verletzlichkeit in empathischer Bezogenheit bewusst werden kann. Durch erhöhtes Körpergewahrsein im therapeutischen Kontext können eigene Gefühle, auch jene, die als bedrohlich erlebt werden, prägnanter ins Bewusstsein kommen. Wesentlich ist dabei, auf genügend Stütze zu achten, damit auch Bedrohliches schrittweise wahrgenommen und neu eingeordnet werden kann (Netzer, 2018, S. 254). Für Therapeut*innen ist es bedeutsam, gut auf ihr eigenes körperliches Selbst-Gewahrsein zu achten und die Klient*innen dabei zu unterstützen, ihre körperlich-leibliche Ebene wahrzunehmen.

Der Prozess der körperlichen Einfühlung in andere passiert – mehr oder weniger bewusst – ständig. Durch das Bewusstmachen dieses Prozesses in der Therapie, wird er zum Werkzeug, indem er das Selbst-Verständnis der eigenen Erfahrungen der Klient*innen unterstützt und gleichzeitig das Verständnis für deren Erfahrung seitens der Therapeut*innen. Durch die Beschreibung dessen, was die Therapeut*innen wahrnehmen, bieten sie eine Differenzierungsmöglichkeit an. Das präzise Einschwingen in den Körperprozess der Klient*innen macht es möglich, Haltungen, Gesten, Atemprozesse, Bewegungen und Reaktionen zu erforschen (Netzer, 2018, S. 256). Durch diesen phänomenologischen Zugang in Resonanz fühlen sich Klient*innen verstanden und können ihre eigene körperbezogene Sprache für ihre Erfahrung finden. Wenn die Herstellung des Zusammenhangs zum ursprünglichen Kontext spürbar werden kann, kann Verständnis dafür entstehen, dass aufgebaute Schutzhaltungen im aktuellen Kontext nicht mehr notwendig sind, und neue Wege für sich zu sorgen können gefunden werden (Netzer, 2018, S. 257).

Die Revolution der Gestalttherapie war, das Individuum nicht unabhängig von seiner Lebenswelt und Defizite nicht als Fehler in der Persönlichkeitsentwicklung zu sehen, sondern sich die Frage zu stellen, worauf reagiert jemand z.B. depressiv und was braucht die Person, um alternative Reaktionen entwickeln zu können (Netzer, 2018, S. 258).

Zu untersuchen, wie wir in Kontakt treten, ist ein zentrales Anliegen der Gestalttherapie. Unsere alltäglichen verbalen und nonverbalen Interaktionen basieren oft auf früh erlernten und angeeigneten Bewegungsmustern im Kontakt. Diese wahrzunehmen, zu reflektieren und sich ihrer bewusst zu werden, eröffnet alternative Beziehungsmuster. Eine Sicherheit vermittelnde, dialogisch therapeutische Beziehung bietet die Chance, Beziehungsmuster der Klient*innen ins Gewahrsein zu bringen und im aktuellen Dialog weiterzuentwickeln (Netzer, 2018, S. 258).

2.6 Forschungskontext und -hintergrund

Der empirischen Therapieforschung stand die Gestalttherapie, laut Strümpfel (2006), lange Zeit skeptisch gegenüber. Erst in den vergangenen dreißig Jahren wurde die Wirksamkeit ihrer Methode intensiver erforscht. Alle Ergebnisse der Forschungsbefunde zu Therapieprozessen und –wirkungen der Gestalttherapie wurden von Strümpfel (2006) erstmals systematisch erfasst und dokumentiert. Dabei zeigte sich, dass die

Gestalttherapie ein wirksames Verfahren auf vielen Ebenen ist. Unter anderem konnte in zahlreichen Studien nachgewiesen werden, dass die für die Gestalttherapie typischen Dialogformen, verglichen mit anderen Therapieformen, zu einem besseren Therapieergebnis führen, nämlich zu größerer Erlebnistiefe, Aktivierung und Bewusstheit der Gefühle (Strümpfel, 2006, S. 12). Insbesondere die Interventionen, welche erlebensaktivierend und emotionsfokussierend ausgerichtet sind, wirken sich nachweislich auf den Bereich der zwischenmenschlichen Beziehung aus, indem sie die Kontakt-, Bindungs-, und Konfliktfähigkeit fördern (Strümpfel, 2006, S. 310). Die gestalttherapeutische Behandlung affektiver Störungen zeigt, im Vergleich mit der relationalen klientenzentrierten Therapie, die stärksten Effekte bei depressiven Symptomen, Ängsten und Phobien (Strümpfel, 2006, S. 298).

2.7 Aktueller Forschungsstand

In einer Studie mit 34 Klient*innen erforschten Leslie S. Greenberg und Jeanne C. Watson die gestalttherapeutische Behandlung von Menschen, die an einer starken depressiven Erkrankung leiden. Dabei wurde eine rein empathisch-klientenzentrierte mit einer ebenfalls empathischen, durch gestalttherapeutische Interventionen ergänzte Vorgangsweise verglichen. Beide Zugänge erwiesen sich als gleichwertig hinsichtlich der Reduktion der Symptome, jedoch führte die Ergänzung gestalttherapeutischer Interventionen zu rascherer und umfassender Veränderung. Dabei stellte sich die Anwendung des Dialogs zwischen Stühlen, sowie die Arbeit mit dem leeren Stuhl als besonders wirksam heraus (Fuhr et al. 2001, S. 1121).

Laut Raffagnino (2019) gibt es keine aktuelle Übersicht über die Studien zur Wirksamkeit der Gestalttherapie. Sie bezeichnet die Wirksamkeitsforschung der Gestalttherapie als schlecht untersucht und kontrovers innerhalb der allgemeinen Untersuchungen der Wirksamkeit von Psychotherapie. Raffagninos systematische Überprüfung aller Studien der vorangegangenen zwölf Jahre hat ergeben, dass gestalttherapeutische Interventionen vor allem in der Gruppentherapie wirksam sind (Raffagnino, 2019).

In einer aktuellen Studie von Kaisler et al. (2023), in der therapeutische Prozesse über einen Zeitraum von 30 Sitzungen mit zwei Klient*innengruppen – solche mit mäßig integrierten Persönlichkeitsstrukturen und solche mit gering integrierten Persönlichkeitsstrukturen - nachgezeichnet werden, wird der Wirkfaktor Empowerment, der als bedeutsam für die Selbstentwicklung und das Wachstum in der Integrativen

Gestalttherapie gilt, untersucht. Bei beiden Gruppen sind positive Ergebnisse hinsichtlich des Wohlbefindens, der psychosozialen Gesundheit und des Empowerments sichtbar. In der mäßig integrierten Gruppe wird die Unterstützung zur Selbstregulation als für den Erfolg wesentlich genannt. In dieser Gruppe bildet der Beziehungsaspekt den zentralen Schwerpunkt. In der niedrig integrierten Gruppe gehören das Fördern von Selbstwirksamkeit, von Erfahrungen und Beziehungen zu den Empowerment-Faktoren. Obwohl die Therapieprozesse ähnlich ablaufen, liegt der Fokus bei dieser Gruppe stark auf den körperorientierten Interventionen sowie der Förderung des verbalen Ausdrucks, wobei das emotional positive Erleben als eingeschränkt möglich beschrieben wird. Auf die Notwendigkeit, Therapieverläufe auf den Grad der Persönlichkeitsintegration der Klient*innen abzustimmen, wird hingewiesen.

Im Rahmen einer qualitativen Meta-Analyse analysiert Timulak (2007) die Ergebnisse von qualitativen Studien, die sich auf die von den Klient*innen als hilfreich identifizierten Auswirkungen von bedeutsamen Ereignissen in der Therapie konzentrieren. Die insgesamt 48 Kategorien der 7 Studien werden auf neun Kernkategorien reduziert. Dabei kommt die Kategorie ‚Bewusstheit/Einblick/Selbstverständnis‘ in allen 7 Studien vor. Inhaltlich geht es dabei um das Bewusstwerden von Aspekten, von Erfahrungen oder Lebenssituationen, die auch länger zurück liegen können. Die Kategorie ‚Beruhigung/Unterstützung/Sicherheit‘, ebenfalls durch alle 7 Studien belegt, beinhaltet die von den Klient*innen berichtete Beruhigung durch die Therapeut*innen und die Erfahrung, von diesen akzeptiert zu werden, wobei der Input der Therapeut*innen (Empathie, Bestätigung, Hoffnung) eine Rolle spielen kann. Die Kategorie ‚Persönlicher Kontakt‘, in der Therapeut*innen nicht als Arzt, sondern als Mitmenschen erlebt werden, hat eine Evidenz von 3 Studien. Jeweils 4 Studien beinhalten die Kernkategorien ‚Verhaltensänderung/Problemlösung‘ (Klient*innen verfügen über eine neue Strategie zur Erreichung der gewünschten Ziele), ‚Erkundung von Gefühlen/emotionales Erleben‘ und ‚das Gefühl, verstanden zu werden‘. In weiteren Kategorien werden ‚Befähigung‘ und ‚Erleichterung‘ als von Klient*innen identifizierte Auswirkungen der Therapie genannt. Die dargestellten Erfahrungen aus der Klient*innenperspektive bilden in der vorliegenden Studie eine Vergleichsmöglichkeit zu den aus der Sicht von Psychotherapeut*innen festgestellten Wirkfaktoren.

3 Methodik

3.1 Zielsetzung der Untersuchung

Wirkfaktoren bei vorübergehenden Depressionen aus Therapeut*innensicht sind in der integrativ-gestalttherapeutischen Forschung ein bisher kaum repräsentiertes Thema. Es finden sich wenig empirische Untersuchungen, die die praktische Erfahrung von Therapeutinnen dessen abbilden, was sich als bewährt und hilfreich erwiesen hat.

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, sich im qualitativen Studiendesign dem Thema empirisch anzunähern, um einen Einblick in den praktischen Umgang mit an leichten und mittelgradigen Depressionen erkrankten Menschen innerhalb der therapeutischen Prozesse in der Integrativen Gestalttherapie zu erlangen.

Dabei soll erforscht werden, welche konkreten Voraussetzungen und Interventionen gegeben sein müssen, sodass Psychotherapeut*innen eine wirksame Veränderung bei der Begleitung depressiver Klient*innen feststellen. Im Mittelpunkt soll dabei das Herausarbeiten der unterschiedlichen Wirkfaktoren stehen, die in der praktischen Erfahrung der gestalttherapeutischen Expert*innen als solche wahrgenommen werden. Die Basis der Untersuchung sollen Leitfadenterviews bilden, die inhaltsanalytisch ausgewertet werden.

Ein spezieller Fokus soll dabei auf die Beantwortung der Frage gerichtet sein, ob offensichtliche Wendepunkte im Prozess feststellbar sind, die die Klient*innen in eine merkbare Bewegung in eine positive Richtung und somit ‚aus dem tiefen Loch‘ bringen können.

3.2 Fragestellung

Vor dem Hintergrund des vorgestellten Ziel- und Forschungskontextes ergibt sich folgende Hauptfragestellung mit zwei Unterfragen, welche im Rahmen der Master-Thesis beantwortet werden sollen.

Welche Wirkfaktoren ergeben sich aus der Sicht der Integrativen Gestalttherapie bei der Behandlung von vorübergehenden Depressionen?

Unterfrage 1:

Welche Interventionen der Integrativen Gestalttherapie führen aus Therapeut*innensicht zu Symptomreduktion bei vorübergehenden (F32.0, F32.1/ICD-10) Depressionen?

Unterfrage 2:

Welche Möglichkeiten der Integrativen Gestalttherapie könnten einen Wendepunkt hinsichtlich der Verbesserung des Antriebs und der Aktivität bei an einer vorübergehenden Depression leidenden Personen bringen?

3.3 Forschungsdesign und Methode

Da in den Interviews die subjektiven Wahrnehmungen der Psychotherapeut*innen im Mittelpunkt stehen, wird für die Beantwortung der Forschungsfragen eine qualitative Herangehensweise gewählt. Der Fokus liegt in der Erforschung des Umgangs mit vorübergehend depressiven Klient*innen im gestalttherapeutischen Prozess. Dabei geht es um die Exploration von Erfahrungswerten der Therapeut*innen hinsichtlich der Behandlungsstrategien, die sich als nützlich zur Verbesserung der Lebensqualität hinsichtlich der Symptomreduktion bei den Betroffenen erweisen. Weiters soll erforscht werden, ob sich klare Wendepunkte im Prozess erkennen lassen und wodurch sich diese ergeben können.

3.3.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Da keine Hypothesenbegründung vorausgesetzt wird und es sich um einen offenen Prozess handelt, wird die qualitative Forschungsmethode nach Mayring angewendet (Mayring, 2016, S. 28). Die erhobenen Daten werden nach der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Das bedeutet, dass das Material methodisch streng kontrolliert, schrittweise analysiert wird. Dabei werden beschreibende Kategoriensysteme von Klassifikationen erstellt, mit deren Hilfe das Material unterschiedlichen Überschriften zugeordnet wird. Die qualitative Inhaltsanalyse erweist sich durch ihr strukturiertes Vorgehen insbesondere für die systematische, theoriegeleitete Bearbeitung von Texten als geeignet. Sie steht im Gegensatz zu anderen Bearbeitungsmöglichkeiten von Textmaterial, die stärker interpretativ und hermeneutisch angelegt sind (Mayring, 2016, S. 114).

3.3.2 Das problemzentrierte Interview

Um einen möglichst guten Einblick in die Praxis der Integrativen Gestalttherapie zu bekommen, werden Interviews als Erhebungsmethode angewendet. Ein Sample von acht Interviews mit niedergelassenen Therapeut*innen der Integrativen Gestalttherapie soll die hinreichende Beantwortung der Forschungsfrage gewährleisten. Als geeignete

Form der Gestaltung wird die leitfadengestützte Interviewform ‚Das problemzentrierte Interview‘ nach Witzel (1985) angewendet. Grundlegend für diese Interviewform sind bestimmte, im Interviewleitfaden enthaltene Aspekte der zuvor analysierten Problemstellung, die im Interview angesprochen werden. Die Gesprächssituation lässt sich auf die Sichtweisen der befragten Personen ein und lässt sie möglichst frei und offen zu Wort kommen (Mayring, 2016, S. 67). Laut Witzel (1985) gilt es, deren Daten sprechen zu lassen, welche Ausdruck der Sinnhaftigkeit ihrer Handlungs- und Deutungsmuster sind. Zur Theoriegewinnung soll eine möglichst unvoreingenommene Analyse, beginnend mit vorläufigen Klassifikationen bis zu reichhaltigeren Konzepten durchgeführt werden.

3.4 Forscher*innenreflexivität

Die vorliegende Arbeit wurde als Abschluss der Ausbildung zur Psychotherapeutin der Integrativen Gestalttherapie beim ÖAGG (Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik) in Kooperation mit der Universität für Weiterbildung Krems zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science verfasst. Die Selbstreflexion der Forscherin ergibt, dass keine vorgefassten Meinungen bzw. Vorannahmen eingeflossen sind. Aus der Erfahrung der Autorin mit einprägsamen Ereignissen im Therapiekontext entstammt das Interesse nach merkbaren Wendepunkten, sodass diese Fragestellung als Unterfrage in die Forschungsfrage bzw. den Leitfaden aufgenommen wurde. Die Erhebung der Daten, im Besonderen das Führen der Interviews wurde von der Autorin als interessant, lustvoll und bereichernd empfunden. Die Verarbeitung der Daten wurde als lehrreicher und gewinnbringender Prozess wahrgenommen.

3.4.1 Sample und Datenerhebung

Insgesamt wurden acht Psychotherapeut*innen der Integrativen Gestalttherapie in einem zirka einstündigen Interview in der Stadt Wien befragt. Dabei wurde auf eine regionale Verteilung, auf unterschiedliche Bezirke, geachtet.

3.4.2 Auswahl und Zugang zur Untersuchungsgruppe

Die Untersuchungsgruppe hat sich aus acht Therapeut*innen der Integrativen Gestalttherapie mit Erfahrung von mindestens drei Jahren in niedergelassener Praxis, davon eine Lehrtherapeutin, zusammengesetzt. Um einen repräsentativen Überblick zu

gewinnen, wurden zirka 60 weibliche und 20 männliche Therapeut*innen in verschiedenen Wiener Bezirken ausgewählt, die auf ihrer Homepage Depressionen als Behandlungsfeld angeben, und per E-Mail angeschrieben. Der E-Mail-Inhalt mit der Angabe von 1 ½ Stunden Befragungszeit wurde nach zögerlichem Rücklauf auf eine Stunde geändert. Der nunmehr auf eine Therapiestunde beschränkte Zeitraum hat schließlich die für Forschung erforderliche Anzahl gebracht. Von den männlichen Therapeuten gab es keine positive Antwort. Mit den acht Therapeut*innen, die sich bereit erklärt haben, haben von November 2023 bis Jänner 2024 Interviewtermine stattgefunden.

3.4.3 Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden wurde nach eingehender Beschäftigung mit dem Thema Wirkfaktoren (Petzold, 2012) konzipiert und abgestimmt auf die Forschungsfragen in drei inhaltliche Blöcke – Wirkfaktoren, Symptomreduktion und Wendepunkte - geteilt. Den Vorgaben Witzels folgend, hat die Autorin das Interview mit einer offenen Frage begonnen, die Therapeut*innen ohne Einschränkung zu Wort kommen lassen und den roten Faden behalten, indem sie das Gespräch mit den im Hinterkopf vorhandenen Leitfragen geleitet hat. Dabei hat sie immer wieder nach Beispielen aus der Praxis gefragt. Durch diese Form des Zugangs ist eine zugewandte, interessierte Gesprächsatmosphäre entstanden und ein reichhaltiger, wenig vorgegebener Output generiert worden. Eine offene Frage als Abschluss des Interviews hat weitere wertvolle Ergebnisse gebracht. Der Interviewleitfaden ist im Anhang der vorliegenden Masterthese zu finden.

3.4.4 Interviewsituation

Um die Interviews persönlich halten zu können, wurden sie im Raum Wien geführt. Gehalten und aufgezeichnet wurden sie in den Praxisräumlichkeiten der Therapeut*innen. Die Dauer hat zirka eine Stunde betragen. Die Therapeut*innen waren der Autorin nicht bekannt, zwei von ihnen haben ihr vor dem Interview das Du-Wort angeboten. Die Interviewten sind über das Forschungsinteresse informiert, sowie über die Anonymisierung der Daten aufgeklärt worden. Die Einverständniserklärung zur Datenerhebung und -verarbeitung wurde per Unterschrift eingeholt. Eine Version des Formulars befindet sich im Anhang.

3.4.5 Interviewmemo

Im Anschluss an die Interviews wurden Interviewmemos mit den genauen zeitlichen Angaben und Orten notiert. Die Atmosphäre, andere Wahrnehmungen und für die Forschungsfrage relevante Inhalte wurden reflektiert und festgehalten.

3.5 Auswertungsmethode und Auswertungsprozess

3.5.1 Transkription

Die Interviews wurden mit einem Smartphone im Flugmodus aufgenommen und eigenhändig transkribiert. Dabei wurden den befragten Therapeut*innen zur Anonymisierung die Buchstabenkürzel von A – H zugeordnet. Kleine Grammatikfehler wurden zur besseren Lesbarkeit geglättet, Dialektbegriffe wurden eingedeutscht und belassene umgangssprachliche Wörter durch Unterstrich markiert. Die vollständigen Transkriptionsregeln in Anlehnung an Witzel (1985) finden sich im Anhang.

3.5.2 Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring

Zur Auswertung der Expert*inneninterviews wurde die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) angewendet.

3.5.3 Entwicklung des Kategoriensystems

Zur Entwicklung des Kategoriensystems wurden die vorhandenen Daten der acht Interviews nach Mayring (2015, S. 70) durch schrittweise Reduktion verarbeitet. Dabei wurden die gesamten erhobenen Interviewdaten im ersten Durchlauf von der Forscherin in vier Spalten eingeordnet. In die erste Spalte wurden sinnzusammenhängende Originalzitate eingefügt, die als Paraphrase in der zweiten und als Generalisierung in der dritten wiedergegeben wurden. In der letzten Spalte befand sich die stark reduzierte, nur mehr aus einem oder wenigen Worten bestehende Kategorie. Ein Beispiel für diesen Arbeitsschritt findet sich zur besseren Verständlichkeit im Anhang. Die zirka 350 auf diese Weise entstandenen induktiven Kategorien wurden in der Folge händisch auf Papier geordnet, wodurch sich vorläufige Haupt- und Subkategorien ergaben, welche die Grundlage für die weitere Verarbeitung bildeten. Ein Beispiel für diesen Arbeitsschritt findet sich ebenfalls im Anhang. Dabei wurde in einem weiteren Durchgang das bisherige Konzept mehrmals überarbeitet, bis alle ursprünglichen Paraphrasen im Kategoriensystem aufgehen konnten.

Der Einteilung und Anordnung des Kategoriensystems liegen die Hauptforschungsfrage ‚Welche Wirkfaktoren ergeben sich aus der Sicht der Integrativen Gestalttherapie bei der Behandlung von vorübergehenden Depressionen?‘ sowie die zwei Unterfragen ‚Welche Interventionen der Integrativen Gestalttherapie führen aus Therapeut*innensicht zu Symptomreduktion bei vorübergehenden Depressionen?‘ und ‚Welche Möglichkeiten der Integrativen Gestalttherapie könnten‘ einen Wendepunkt hinsichtlich der Verbesserung des Antriebs und der Aktivität bei an einer vorübergehenden Depression leidenden Personen bringen?‘ zugrunde. Durch Einbeziehung der Forschungsfragen kam es zur endgültigen Einordnung, wodurch sich ein fixes Kategoriensystem mit Haupt- und Subkategorien, bestehend aus induktiven und deduktiven Inhalten ergeben hat. Die untenstehende Graphik gibt einen Überblick der Haupt- und Subkategorien sowie über die Verteilung der induktiven bzw. deduktiven Ergebnisse. In einem weiteren Arbeitsschritt wurde das gesamte Datenmaterial in einem neuerlichen Durchlauf den im Programm f4a angelegten fixen Haupt- und Subkategorien zugewiesen. Dabei hat die Autorin geeignete Zitate markiert und aufkommende Ideen und Gedanken durch Memos festgehalten. Dies bildete die Grundlage für die Darstellung untenstehender Ergebnisse.

4 Ergebnisse

Die Untersuchung hat ein Kategoriensystem von 5 Hauptkategorien – Symptomreduktion, Wirkfaktoren, Gefühle, Wendepunkte, Prozess - mit insgesamt 19 Subkategorien ergeben. Folgende Darstellungen zeigen eine Übersicht der Haupt- und Subkategorien mit der Anzahl der jeweiligen Nennungen und das Verhältnis von deduktiven und induktiven Forschungsergebnissen.

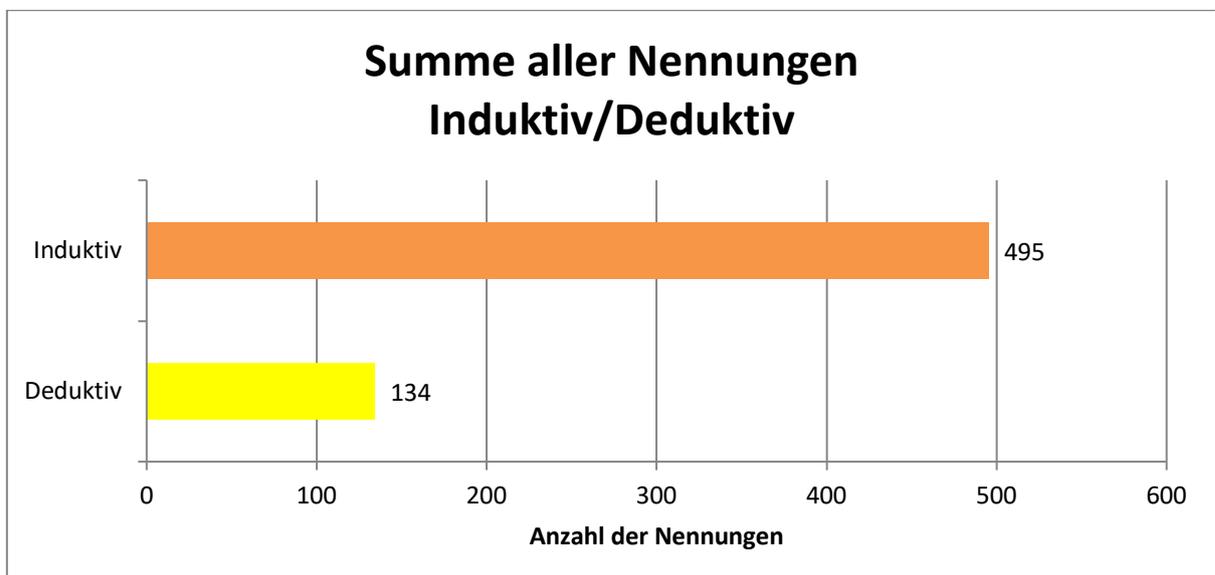
1. Hauptkategorie: Symptomreduktion (107 Nennungen)

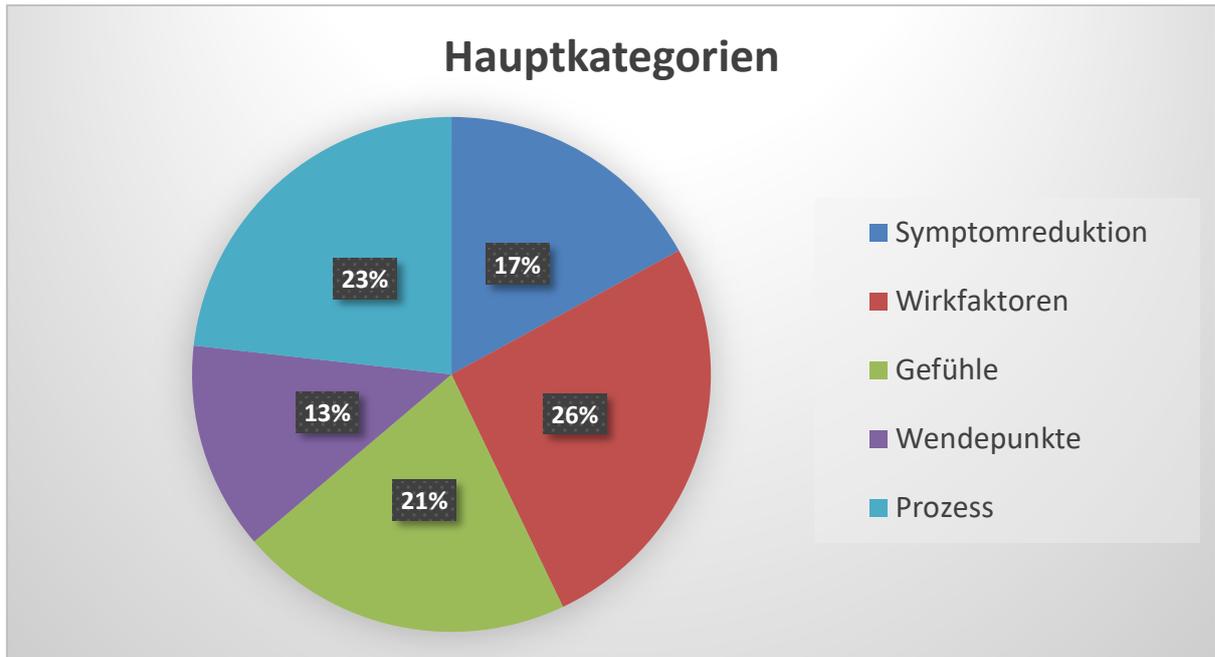
- Symptombeschreibung (32 Nennungen)
- Selbstwahrnehmung (32 Nennungen)
- Selbstfürsorge (12 Nennungen)
- Selbstwirksamkeit (31 Nennungen)

2. Hauptkategorie: Wirkfaktoren (163 Nennungen)

- Therapeutische Haltung (30 Nennungen)
- Therapeutische Beziehung (56 Nennungen)
- Ressourcenstärkung (29 Nennungen)

- Therapeutische Interventionen (48 Nennungen)
3. Hauptkategorie: Gefühle (131 Nennungen)
- Kontaktverlust (19 Nennungen)
 - Gefühle und Bedürfnisse (35 Nennungen)
 - Zugang finden (62 Nennungen)
 - Ausdruck von Gefühlen (15 Nennungen)
4. Hauptkategorie: Wendepunkte (41 Nennungen)
- Arten der Wende (9 Nennungen)
 - Auslöser der Wendepunkte (23 Nennungen)
 - Retrospektives Verstehen (9 Nennungen)
5. Hauptkategorie: Prozess (146 Nennungen)
- Prozesselemente (63 Nennungen)
 - Biografiearbeit (24 Nennungen)
 - Herausforderungen (25 Nennungen)
 - Coachinginterventionen (34 Nennungen)





Im Folgenden werden die Inhalte der Kategorien in einer zusammenfassenden Darstellung beschrieben. Dabei wird großer Wert darauf gelegt, dem zur Verfügung gestellten Erfahrungsschatz der Expert*innen der Gestalttherapie gebührend Raum zu geben, indem sie in Form von Zitaten direkt zu Wort kommen. Dadurch soll das authentische Erleben der Therapeut*innen im Kontext der therapeutischen Praxis nachvollziehbar dargestellt werden.

4.1 Hauptkategorie: Symptomreduktion

Die Hauptkategorie ‚Symptomreduktion‘ bezieht sich auf Maßnahmen und Strategien, die darauf abzielen, die Intensität oder Häufigkeit von Krankheitssymptomen zu verringern. Symptomreduktion ist ein wesentlicher Aspekt der ersten Unterfrage dieser Studie - ‚Welche Interventionen der Integrativen Gestalttherapie führen aus Therapeut*innensicht zu Symptomreduktion bei vorübergehenden Depressionen?‘ - und wird deshalb als erste Hauptkategorie angeführt. Ihr untergeordnet sind die Subkategorien Symptombeschreibung, Selbstwahrnehmung, Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit.

4.1.1 Subkategorie: Symptombeschreibung

Diese Kategorie umfasst alle Textstellen, die Hinweise auf Symptome, den topdog/underdog Konflikt, die Opferhaltung, das Rückzugsverhalten, sowie das Symptom als Lösungsversuch enthalten.

Therapeut*innen berichten, dass bei Patient*innen mit depressiver Symptomatik, oft aufgrund gehäufte Belastungen, wie etwa Schwierigkeiten im Job und anderer Stressoren, ein massiver Leidensdruck entsteht, der sich über die Beziehungen und den ganzen Selbstwert legt. Es wird auch ein Zusammenhang mit Angst festgestellt. Was früher freudvoll und eine Ressource war, geht verloren und ist jetzt anstrengend. Genannt werden Symptome, wie Überforderung, Druck und ein persönlicher Strengeanteil, die gleichzeitig mit den häufig genannten Anzeichen Hilflosigkeit, Ohnmacht, Antriebslosigkeit, sowie Ausweglosigkeit und Rückzug einher gehen können. Folgende Beispiele sollen das verdeutlichen.

„Woran habe ich’s gemerkt? Ich hab’ gemerkt, dass er kommt und immer recht verschlafen und zerkrantscht ausschaut und mit kleinen Äuglein und man hat wirklich gemerkt, das kostet ihn echt Kraft, allein das Hierherkommen.“ (Interview A, Absatz 59)

„Zunächst einmal an dieser gedrückten Stimmung, an diesen negativen Zukunftsvisionen, an so einer gewissen Hoffnungslosigkeit, einer gefühlten (...) Machtlosigkeit gegenüber den Umständen, so ein Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühl, aber eben auch die Schwierigkeiten, sich zu motivieren, das Gefühl, alles, was ich mache, hat eigentlich keinen Sinn.“ (Interview H, Absatz 6)

Der von Fritz Perls als topdog/underdog bezeichnete Konflikt, in dem ein innerer Teil hohe Ansprüche stellt und ein anderer sich gleichzeitig unter Druck und erschöpft fühlt, ist laut einigen Therapeut*innen in der Praxis feststellbar. Als typisch wird in dem Zusammenhang die Opferhaltung, sowie die damit verbundene Handlungsunfähigkeit angeführt.

„Diese Seite gibt es, die ganz viel verlangt und dann gibt es vielleicht eine andere Seite, die schon ganz erschöpft ist, die sich ganz unter Druck fühlt, die sich schon klein und mickrig fühlt und ganz schlecht und so das Gefühl, ich kann nie genügen. Also das, was Fritz Perls als topdog und underdog Konflikt bezeichnet.“ (Interview E, Absatz 29)

Eine Expertin betrachtet das Symptom als Lösungsversuch.

„Ich verstehe ein Symptom als einen Lösungsversuch unseres Organismus, der halt nicht besonders gut glückt, wo man einfach schauen muss, (<>) wofür ist es ein Lösungsversuch, woher kommt dieser Lösungsversuch und wenn man das ein bisschen besser versteht, kann man auch die Wahlmöglichkeit aufmachen, um mehr Lösungen,

andere Lösungen zu finden und sozusagen diese ungesunden Varianten loszulassen.“
(Interview G, Absatz 6)

4.1.2 Subkategorie: Selbstwahrnehmung

Diese Kategorie umfasst alle Textstellen, die Hinweise auf Selbstbeobachtung und Sinneswahrnehmung enthalten.

Eine Expertin weist darauf hin, dass es sich bei der Selbstwahrnehmung um einen Schwerpunkt der Integrativen Gestalttherapie handelt.

„Ja, die Selbstwahrnehmung. Das ist sowieso in der IG, diese *Awareness*. Das Gewahrsein dessen, was gerade passiert, ist sowieso ganz groß.“ (Interview C, Absatz 23)

Eine der Therapeut*innen beschreibt das Thema der Selbstwahrnehmung im Sinne der Beobachtung dessen, was sich gut oder nicht gut anfühlt besonders ausführlich. Sie sieht es als bedeutsam an, die Selbstbeobachtung zu schulen, das eigene ‚Ich‘ zu entdecken, zu spüren, was sich gut oder weniger gut anfühlt und was man braucht, um herauszufinden, was zu einem passt.

„Ja, genau. Für alle Sinne. Den Wind spüren, den Duft riechen. Wie riecht’s denn wo? Im Park etwa. Oder: Wie sitze ich denn lieber, zur Sonne oder gegen die Sonne?“ (Interview A, Absatz 41)

„Wie kann ich sozial kompetent oder gesellschaftlich akzeptiert meine Bedürfnisse im sozialen Kontakt leben? Wie viel ist viel, wie viel ist zu viel, was ist denn so meins? Bin ich der Ruhige, oder eher der Partylöwe?“ (Interview A, Absatz 31)

Erwähnt wird das Thema Selbstwahrnehmung von nahezu allen befragten Personen. Im Sinne der in der Integrativen Gestalttherapie bedeutsamen ‚*Awareness*‘, geht es um Selbstbeobachtungen im Alltag, etwa wo man sich zugehörig fühlt oder wie Phänomene generell entstehen, um Strategien entwickeln zu können.

„Wie führt denn das dazu, dass die Erschöpfung immer größer ist? Gibt es denn im Leben überhaupt Möglichkeiten, innezuhalten?“ (Interview G, Absatz 8)

Wichtig erscheint auch der Hinweis, dass man seinen eigenen Gefühlen und Bedürfnissen vertrauen und somit sich selbst ernst nehmen darf, sowie zu überlegen, wie diese sozial adäquat ausdrückbar sind. Es zeigt sich, dass sinnesspezifische

Schulung, und Selbstwahrnehmung sowohl im Therapiesetting sensibilisiert und eingeübt als auch als freiwillige Beobachtungsaufgabe in den Alltag mitgegeben werden.

4.1.3 Subkategorie: Selbstfürsorge

Diese Kategorie umfasst alle Textstellen, die Hinweise auf Selbstfürsorge im Sinne von Körperpflege, Kleidung, Essen, Wohnungsgestaltung und Schlaf enthalten.

Die Hälfte der Expert*innen erachtet die Selbstfürsorge im therapeutischen Prozess mit vorübergehend depressiven Menschen als wichtig. Gut für sich zu sorgen, sich selbst Gutes zu tun wird als wichtiger Aspekt gesehen, der zwar einerseits schwerfallen, doch andererseits einen Perspektivenwechsel und Neuland ermöglichen kann.

„Ja. (...) Das, was tatsächlich in dieser Phase ein wichtiger Aspekt ist, ist - Wie kann ich gut für mich sorgen? Dieses Lernen - Wie kann ich liebevoll mit mir umgehen? Was kann ich für mich tun, wenn es mir schlecht geht? Wie kann ich eben gut zu mir sein? Und das ist auch natürlich abhängig von einerseits der Schwere der Depression und auch abhängig von der Person, wie sie ist, wie leicht oder wie schwer ihr das fällt. (<>) Und das ist schon ein Perspektivenwechsel, der manchen sehr sehr schwerfällt und Neuland ist. (<>) Das habe ich so noch nie gemacht und das fällt mir total schwer. Ich weiß eigentlich gar nicht, was mir guttut.“ (Interview H, Absatz 52)

Selbstfürsorge wird als sichtbares Zeichen für die positive Veränderung im Prozess beschrieben, nämlich dass Klient*innen wieder mehr auf ihr Äußeres, Kleidung und Körperpflege achten, Tagesgewand anziehen, sich schmücken und hübsch machen, sowie Zugang zu genussvollen Momenten wie Tee trinken und Essen kochen finden.

„Dann hat er's geschafft, dass er aufsteht, dann hat er begonnen sich auch ein Frühstück zu richten, das war auch nicht so vorher, dann hat er begonnen, er liebt Tee, Teetrinken. Das war früher schon eine Zeremonie, die hat er wieder eingeführt, nicht einfach so wie viele, Teebeutel ins Wasser. Er nimmt Teeblätter, gibt sie ins Teesieb, gießt auf, hat eine schöne Kanne, eine richtige Zeremonie.“ (Interview A, Absatz 23)

Als Teil der Selbstfürsorge werden auch gemütliches Wohnen und Spazieren gehen genannt. Die Bewusstheit, liebevoll mit sich selbst umzugehen, sich Gutes zu tun, scheint förderlich für tägliche Routinen und somit für die Stabilität und Struktur des Alltagslebens zu sein.

4.1.4 Subkategorie: Selbstwirksamkeit

Diese Kategorie umfasst alle Textstellen, die Hinweise auf Selbsterkenntnis, sprachlichen Ausdruck, Entscheidungsfindung, Handlungsfähigkeit, das Erfüllen von Bedürfnissen und den Kontakt zur Außenwelt enthalten. Diese Aspekte zeigen mögliche Wege zu einer positiven Veränderung auf.

Eine Expertin hat die Erfahrung, dass depressive Menschen sich aktiv beteiligen.

„Ja genau. Und es finden viele Fortschritte statt. Menschen, die depressiv sind, wollen da gar nicht drinnen sein, das ist ja kein gutes Gefühl.“ (Interview A, Absatz 109)

Die Ergebnisse dieser Subkategorie zeigen auf, dass der Weg zur Selbstwirksamkeit, in merkbaren Schritten passiert. Dabei scheint die Innenwelt, das Erkennen dessen, was für einen hilfreich ist, die Spirale nach oben in Gang zu setzen.

„Die Spirale nach oben beginnt darauf, dass er begonnen hat, so zu denken, wie's für ihn hilfreich ist. Gedankenstopp einzulegen, wenn er darauf kommt, das sind jetzt nicht die Gedanken, die mir guttun. Ich mach' stopp und hol mir die nächste Tasse Tee und geh' einmal aus dem Raum raus. Er hat begonnen, die Techniken, die Elemente, die wir uns überlegt haben anzuwenden und damit zu spielen.“ (Interview A, Absatz 67)

Es gelingt möglicherweise eher, Handlungsoptionen zu sehen, wenn verstanden und anerkannt wurde, warum man so ist, wie man ist.

Wesentlich erscheint, dass die depressive Person merken muss, dass sie handlungsfähig ist und in die Umsetzung kommen kann. Wenn sie sich einen Tee kocht, hat es einen Effekt, es tut ihr gut und sie realisiert dadurch, dass sie selbst ermächtigt und handlungsfähig ist.

Die folgenden Beispiele aus der Praxis zeigen auf, dass Selbstreflexion und Entscheidungsfindung sowie das Erstellen und Erfüllen eines Plans hilfreiche Elemente zur Entwicklung der Selbstwirksamkeit sein können.

„Um Entscheidungsfindungen. Was kann ich? Was brauche ich? Was kann ich nicht? Was möchte ich? Wie komme ich zu dem, was ich möchte? Was schaffe ich? Was schaffe ich nicht?“ (Interview C, Absatz 29)

„Bei vielen hilft das schon im Ersten, wieder einmal so ein bisschen einen Plan zu haben, ein bisschen Selbstwirksamkeit zu erleben, so ein bisschen das Gefühl zu haben, ich

kann was für mich tun, und wenn's dann gelingt, das Gefühl zu haben, da ist ein Weg, da beginnt ein Weg, von dem aus kann ich starten.“ (Interview G, Absatz 22)

Als wesentlicher und förderlicher Schritt wird es angesehen, wenn es gelingt, die Sprache zu finden, um die momentane Befindlichkeit zu artikulieren sowie telefonische oder persönliche Kontakte zu knüpfen. Eigene Gefühle anzuerkennen und sein Handeln erklären zu können, führt vermutlich bereits aus der Hoffnungslosigkeit und eröffnet Perspektiven.

„Oft braucht's es auch, dass man den Dingen Worte gibt. Oft können's die Menschen nicht benennen, aber es ist ja da. Es ist spürbar. (<>) Und das erlebe ich auch, wenn die Menschen in ihre Sprache kommen, dann sind sie nicht mehr so in ihrer Insuffizienz, weil die Sprache hat auch etwas mit der Wahrnehmung zu tun. Je deutlicher ich es benennen und aussprechen kann, umso klarer kann ich es sehen und dann habe ich Orientierung. Das ist auch ein wichtiger Faktor.“ (Interview A, Absatz 111)

„Indem ich meine Gefühle benennen kann, indem ich meine Gefühle ein bisschen mehr da sein lassen kann und mir vielleicht auch manches, was ich tu oder wie ich bin damit besser erklären kann. Und mich besser verstehe, warum ich so bin, wie ich bin, führt das schon auch dazu, dass ich vielleicht mehr Handlungsoptionen sehe und damit ein bisschen aus dieser Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit herauskomme, wenn ich neue Perspektiven sehe.“ (Interview H, Absatz 14)

Eine Therapeutin weist darauf hin, dass auch die Beschäftigung mit Wut aus der Handlungsunfähigkeit führen kann.

Insgesamt scheint es wichtig zu sein, dass es nicht zu Überforderung kommt und Freiräume des Handelns gegeben sind.

4.2 Hauptkategorie: Wirkfaktoren

Als Wirkfaktoren werden jene Elemente oder Mechanismen in der Psychotherapie bezeichnet, die zur Wirksamkeit einer therapeutischen Intervention beitragen. Die Hauptkategorie ‚Wirkfaktoren‘ setzt sich aus den Subkategorien, Therapeutische Haltung, Therapeutische Beziehung, Ressourcenstärkung und Therapeutische Interventionen, zusammen, welche sich als wesentliche Komponenten zur positiven Veränderung bei depressiven Menschen aus der praktischen Erfahrung der Therapeutinnen herauskristallisiert haben. Die vorliegenden Ergebnisse liefern

wesentliche Antworten auf die Hauptfrage nach den Wirkfaktoren bei vorübergehenden Depressionen.

4.2.1 Subkategorie: Therapeutische Haltung

Diese Kategorie umfasst alle Textstellen, die Hinweise auf das vorbehaltlose Wahrnehmen und Anerkennen der Klient*innen als Personen und Expert*innen für sich selbst enthalten, sowie jene, die auf die Bedeutung des therapeutischen Vorgehens ohne Druck hinweisen.

Auf die Bedeutung einer wertschätzenden, druckfreien Atmosphäre für die Klient*innen weist folgendes Zitat einer Therapeutin hin.

„Die haben den Motor, den es braucht, sonst würden sie gar nicht in die Therapie kommen, aber sie brauchen die richtige Umgebung dafür. Und das ist eben eine druckfreie und eine stressfreie und eine anerkennende.“ (Interview A, Absatz 109)

Die zugewandte, wertschätzende und vorbehaltlose Haltung im Kontakt wird einhellig von allen Expert*innen als wesentliche Grundlage für einen gelingenden und heilsamen Therapieprozess angesehen. Dabei wird hervorgehoben, dass es einerseits vor allem darum geht, den Menschen in seiner Not mit den momentanen depressiven Symptomen zu sehen, und andererseits, ihn gleichzeitig mit seinen Kompetenzen und Bewältigungsstrategien zu würdigen. Untenstehende Zitate verdeutlichen den besonderen Stellenwert, den die therapeutische Haltung in der Integrativen Gestalttherapie hat.

„Wir sind miteinander in Kontakt, ich seh’ dich, ich hör dich, da ist ja ganz viel Bestätigung und Anerkennung oder auch Spiegeln drin. Das sind ja schon einmal Wirkfaktoren, die schon sehr viel helfen, auch eben bei Menschen mit depressiven Erkrankungen. Also das alleine ist schon einmal eine Grundhaltung, die wir in der IG ja noch mal ausformulieren und die schon sehr wirkt.“ (Interview A, Absatz 3)

„Ich glaube, es ist dieses gesehen und anerkannt werden von dem, dass es ihnen gerade schlecht geht. Und dass sie mit dem nicht so alleine bleiben oder dass sie, das ist das Eine und ich glaube das Andere, dass sie trotzdem in ihren Kompetenzen wahrgenommen werden. Dass man sie nicht irgendwie nur entmündigt oder so oder als Opfer oder als schwach hinstellt, sondern schon auch sieht, wie viel die bewältigen. Und das würdigt und anerkennt.“ (Interview F, Absatz 21)

„Also, viel geht es schon um das Gesehen werden, dass da eine Leere ist und in der Präsenz, dass die mit der Leere da sein können. Es klingt vielleicht komisch. Dass es nicht weggetan wird.“ (Interview F, Absatz 31)

Eine Expertin untermauert dies mit Arnold Beisser, der davon ausgeht, dass eine Veränderung eher entstehen kann, wenn es gelingt, anzuerkennen, was ist.

„Das wäre jetzt das vom Beisser, ich muss nicht irgendwie gleich wieder besser sein, oder irgendwas machen, oder irgendwie anders sein, sondern, wenn ich anerkenne, wie es gerade ist bei mir, wie ich bin, dann kann wieder was entstehen. Und da kann sich was verändern anfangen oder dann kann ich mich wieder wahrnehmen oder kann wieder wahrgenommen werden, wie's bei mir gerade ist.“ (Interview F, Absatz 33)

Damit zusammenhängend wird ein weiterer für eine wirksame Therapie wesentlicher Aspekt genannt, nämlich der, keinen Druck zu machen. Das für Therapien insgesamt geltende Prinzip soll bei an Depressionen Erkrankten, wegen deren Kraftlosigkeit noch sensibler gehandhabt werden. Im Gespräch mit einer Expertin, die darauf hinweist, dass es darum geht, keinen Druck aufzubauen und dass Therapeut*innen die Klient*innen nicht in irgendeine Richtung drängen sollen, wird der Zusammenhang mit dem von Fritz Perls überlieferten Satz ‚Don't push the river, it flows by itself' überraschend bewusst.

„Was mir jetzt spontan einfällt, ist eher das Weglassen des Gegenteils. Was ich schon merke, das ist immer so, aber bei einer depressiven Erkrankung noch viel stärker, man darf nicht zu viel wollen. Man darf nicht zu viel Druck machen. Die Therapeutin darf nichts wollen. Man braucht nicht versuchen, den Klienten in irgendeine Richtung schieben zu wollen. Das soll man ja in der Therapie sowieso nicht, aber das ist bei der Depression, finde ich, noch ganz besonders sensibel.“ (Interview A, Absatz 75)

„Don't push the river it flows by itself. Ja, so ist es. Und das erlebe ich und jetzt krieg' ich direkt eine Gänsehaut, weil das erleb' ich bei Menschen mit einer Depression so oft, nicht immer. Wenn man das nicht macht, wenn sie das Gefühl bekommen, ich darf hier sein, so wie ich bin, ich muss nichts leisten, ich darf nur sein und das ist gut.“ (Interview A, Absatz 83)

Die Klient*innen als Expert*innen, als ein Gegenüber auf Augenhöhe anzuerkennen, wird als zusätzliche wichtige Basis der therapeutischen Haltung angesehen, die durch Zutrauen Entwicklung fördern und von der Opferhaltung wegführen kann.

4.2.2 Subkategorie: Therapeutische Beziehung

Diese Kategorie umfasst alle Textstellen, die Hinweise auf den Kontakt bzw. die Intersubjektivität in der therapeutischen Beziehung, sowie die Stütz- bzw. Hilfsfunktion der Therapeut*innen, das Resonanzphänomen sowie den Aspekt der Psychoedukation enthalten.

Die zentrale Bedeutung der therapeutischen Beziehung in der Integrativen Gestalttherapie wird durch folgende Zitate aus der praktischen Arbeit der interviewten Therapeut*innen eindrücklich wiedergegeben. Begegnung und Beziehung, ein Kontakt in Präsenz und Verbundenheit mit einem therapeutischen Gegenüber, das interessiert und wertschätzend zuhört, ohne etwas vorzugeben, einen annimmt, wie man ist, und die Schwere der Situation aushält, ohne vorschnell in eine Lösung zu gehen, wird als bedeutsamer Wirkfaktor genannt.

„Das Allererste, was mir jetzt gleich in den Sinn gekommen ist: Was zeichnet denn die Gestalttherapie aus? Für mich ist es vor allem der Kontakt.“ (Interview A, Absatz 3)

„Ich sage auch meistens dazu: Was immer hier auftaucht in unserem Kontakt, ist wichtig.“ (Interview E, Absatz 25)

„Das heißt, es ist egal welche Störungsbilder oder Belastungen die Klient*innen haben. Das Erste, was ich versuche, ist der Beziehungsaufbau. Es ist eine Grundlage.“ (Interview C, Absatz 5)

„Und das ist das, was ich als ersten Wirkfaktor nennen würde, einen Ort zu haben, wo sie reden kann, ohne das Gefühl zu haben, sie belastet zu stark. Sie kann hier über diese ganzen Dinge, die sie so belasten reden, ohne Sorge zu haben, wie geht's dem Gegenüber“ (Interview F, Absatz 7)

„Über die Erfahrung, dass sie nicht mehr so allein sind, über das Gefühl der Verbundenheit mit jemandem, glaube ich. Über die Beziehung. Und über das, was wir *Intersubjektivität* nennen, dieses: Da sieht mich jemand in meiner Not und versteht mich auch in meiner Not. Und ich kann mit dem da sein, ohne dass ich mich genieren muss, (<>) dass ich auch mit der Scham da sein kann, dass mir das passiert, oder dass es mir so geht und gesehen und erkannt werden in dem. Das glaube ich, spielt da mit.“ (Interview F, Absatz 50)

„Weiß man ja, die therapeutische Beziehung, das Vertrauen, die Offenheit sagen zu dürfen was immer ist, ohne bewertet zu werden, das ist eigentlich das, was am wesentlichsten ist.“ (Interview B, Absatz 85)

„Ja, und das aushalten kann. Und ich habe schon den Eindruck, dass es da auch darum geht, nicht gleich in die Lösung zu gehen, sondern das mit aushalten, dass es jetzt einmal so schwierig ist und dem auch Raum geben, dass sie auch weinen kann und dass sie auch sagen kann, wie schlecht es ihr geht. Und dass für das viel Raum ist, dem einen Platz geben.“ (Interview F, Absatz 11)

„Und dann sage ich dazu, dass ich nichts vorgebe. Dass wir hier von dem ausgehen, was vom Klienten, oder der Klientin kommt, und das was für sie oder ihn gerade im Vordergrund ist.“ (Interview E, Absatz 25)

Als förderlich erwähnt wird auch, dass Therapeut*innen den in der Depression eher negativ gestimmten Klient*innen positive Sichtweisen anbieten und alles, was gelungen ist, aufgreifen und verstärken.

„Und, was ich auch sehr viel mache, ist, viel bestätigen. Ganz besonders die Dinge die gut laufen, die gut sind, die ich auch fördern möchte, benenne ich, melde ich zurück, das ist ja auch ein Fördern.“ (Interview A, Absatz 13)

„Was noch wichtig ist, ist Reframing. Ich finde, das ist speziell bei Depressiven eine ganz wichtige Intervention. Menschen mit depressiven Verstimmungen denken gerne die Dinge negativ. Und man kann ja auch sagen: Man kann es so sehen und man kann es auch so sehen. Anbieten. Ich biete was an.“ (Interview A, Absatz 27)

Folgenden Beispielen aus der Praxis lässt sich entnehmen, dass Integrative Gestalttherapeut*innen je nach Schweregrad der Depression eine stützende Position einnehmen. Das bedeutet, dass sie als Stütze von außen für die Klient*innen da sind, ihnen gebührend Raum geben und durch ihre empathische Präsenz signalisieren, dass diese mit ihrer Situation nicht allein sind. Sie stehen als Hilfs-Ich zur Verfügung, indem sie den in ihrer Selbstwirksamkeit eingeschränkten Klient*innen, ihre Wahrnehmung, Gedanken und Ideen als Wahlmöglichkeiten anbieten. Die Erfahrung lehrt, dass erst wenn die Klient*innen ihre eigene Stützfaktoren wieder entwickelt haben, zu erlebnisaktivierenden oder konfrontierenden Interventionen übergegangen werden kann.

„Je stärker die depressive Symptomatik, umso mehr stützende- oder Beziehungsarbeit muss vorher geleistet werden, bevor man in diese tiefe Arbeit hineingeht.“ (Interview B, Absatz 75)

„Ich lass dem viel Raum, dass sie erzählen können, wie es ihnen geht und was so die Belastungen sind und ich versuch' da einfach stützend zu sein, da zu sein, - also, wenn ich jemand schon länger kenne, es passieren ja auch Krisen im Therapieverlauf, dass ich dann auch sehr präsent bin, daneben sitze, wenn die Beziehung schon da ist, stütze und so, also je nachdem, was da wer braucht.“ (Interview F, Absatz 17)

„Das Erste ist schon eher das in dem Stützenden und Anerkennenden zu bleiben, dass das jetzt so ist. Und wenn wieder ein Stück Selbstwirksamkeitsgefühl da ist, dann finde ich kann man wieder erlebnisaktivierend arbeiten, mit Gegenständen wieder ins Spüren zu kommen. Das ist aber oft nicht das erste.“ (Interview F, Absatz 33)

Ein weiteres Element der therapeutischen Beziehung in der Integrativen Gestalttherapie ist der Wert von wahrgenommenen Resonanzgefühlen, die in der Begegnung mit depressiven Klient*innen entstehen können. Durch die folgenden Beispiele aus der Praxis wird der Nutzen dieses zwischenmenschlichen Phänomens im Therapiekontext verdeutlicht.

„Was dann manchmal auftaucht ist also, wenn ich merke, ich kriege so Gefühle von Hoffnungslosigkeit oder von Unzulänglichkeit, dass ich mir denke, werde ich dieser Klientin oder diesem Klienten überhaupt helfen können? Oder, kann ich da überhaupt etwas machen? Oder, fühlt es sich so an wie, buh, da geht ja gar nichts. Und das ist, glaube ich, sehr wichtig, das zu erkennen, dass das nicht die Realität ist, dass das nicht heißt, ich bin unzulänglich als Therapeutin und es heißt auch nicht, dass es eine Klientin oder ein Klient ist, dem nicht geholfen werden kann, sondern es ist die Resonanz auf das, was der Klient mitbringt, weil der sich so fühlt.“ (Interview E, Absatz 15)

„Wenn ich merke, eine Klientin löst bei mir Irritation aus und ich kriege einen Ärger. Dann ist das ganz wichtig, dass ich das für mich registriere, wahrnehme. Aha, was läuft bei mir gerade ab. Womit hat das vielleicht zu tun? Aber, dass ich das natürlich nicht der Klientin eins zu eins zur Verfügung stelle, weil das überfordernd wäre. Eher so, das ist wichtig die Resonanz wahrzunehmen, was löst die Klientin oder der Klient bei mir aus und dass ich das in Ruhe verarbeite und mal schaue, aha, was ließe sich damit

anfangen, um das in irgendeiner Weise für die Klientin fruchtbar zu machen. Was liefert mir das an Information, was die Klientin bei mir auslöst?“ (Interview E, Absatz 29)

Wie folgende Zitate betonen, wird auch Psychoedukation als wesentlicher Wirkfaktor angesehen. Gemeint ist damit die Weitergabe von Wissen zur Erklärung der Wirksamkeit von Interventionen und therapieunterstützenden Maßnahmen sowie das Erreichen einer fixen Übereinkunft darüber.

„Auch dieses, Rausgehen zerstreut den Kopf, weil man von dem Ort, wo die Gedanken so düster sind, auch einmal wegkommt, also auch Psychoedukation ist ein Wirkfaktor, der schon wesentlich ist, weil Menschen müssen manchmal einfach auch verstehen, was das bringen soll, damit sie's ausprobieren.“ (Interview A, Absatz 17)

„Was da vielleicht auch relevant ist, das gut zu besprechen im Sinn von, also dass da auch das Commitment dazu da ist. So psychoedukativ zu sagen: Man weiß, bei Depressionen, es ist wichtig, es hilft, es ist die Bewegung wichtig, es sind gewisse Aufgaben wichtig, sind Sie dabei? Also das Commitment einzufordern und ja, manchmal gelingt's besser und manchmal gelingt's schlechter.“ (Interview G, Absatz 20)

4.2.3 Subkategorie: Ressourcenstärkung

Diese Kategorie umfasst alle Textstellen, die Hinweise auf Ressourcenaktivierung und Methoden zur Ressourcenstärkung enthalten. Ressourcenstärkung und dadurch mögliche Hilfen zur Problembewältigung werden von Petzold (2012) als Wirkfaktoren angeführt.

Das Thema Ressourcenaktivierung wird von allen Therapeut*innen als Teil der Therapie mit depressiven Klient*innen genannt. Es zeigen sich jedoch Unterschiede, was den Zeitpunkt und die Intensität des Zugangs betreffen. Zwei Expert*innen geben an, dass Ressourcenaktivierung von Anfang an eine wichtige Rolle spielt und angestrebt wird, dass die Klient*innen wieder mehr mit sich selbst in Kontakt und zur Wahrnehmung von positiven Gefühlen finden. Die anderen weisen darauf hin, dass gerade depressive Menschen schwer Zugang zu ihren Ressourcen finden und sich diesen daher erst in Minischritten im Laufe des Prozesses annähern können.

„Vor allem am Anfang ganz viel Ressourcenarbeit, schon in der zweiten Stunde. Wo und wie kann ich positive Gefühle erzeugen und wie können wir es schaffen, dass er diese

positiven Gefühle fühlt und wieder Zugang zu sich selbst findet und auch zu Objekten – Ding am Fensterbrett – und zur Außenwelt.“ (Interview A, Absatz 97)

„Spielt von Anfang an eine große Rolle, ist halt aber gerade bei schweren Depressionen auch ganz schwer was zu finden, was man als Ressource überhaupt noch wahrnehmen kann. Also da geht's dann wirklich darum, eben diese Minischritte zu finden, sozusagen. Früher war eine Ressource für dich, weiß ich nicht, stundenlang am Fahrrad zu sitzen, das ist momentan nicht. Auch anzuerkennen, bestimmte Dinge sind für mich im Augenblick zu viel und nicht hilfreich, aber was kann es denn stattdessen sein.“ (Interview G, Absatz 24)

Unter Ressourcenaktivierung wird einerseits das Fördern des Zugangs zu freudvollen Momenten beschrieben und andererseits auch das Bewusstmachen von Bewältigungsstrategien und des stützenden sozialen Umfeldes.

„Ressourcen stehen schon im Vordergrund und eben auch die Ressourcenaktivierung im Sinne von Wiederentdecken. Was habe ich denn gerne? Was tue ich denn gerne? Koche ich vielleicht gerne? Was könnte ich wieder machen, mir etwas Gutes kochen? Oder, das wieder öfter oder bewusster machen.“ (Interview H, Absatz 69)

„Das ist so das Eine und das Andere, ich glaube schon, dass es auch viel um das geht wie resilient ist jemand oder wie gut strukturiert ist jemand, oder eben nicht. Also zu schauen, was gibt es für Ressourcen und wie ist das Umfeld, stützend oder nicht, ist schon ein Teil auf den ich auch schau oder wo ich auch schaue, was ist im Hintergrund da.“ (Interview F, Absatz 11)

„Das ist der eine Teil, der andere Teil ist, dass in so einem Gespräch schon für mich wichtig ist, zu fragen: Wie bewältigen Sie denn das? Was ist unterstützend in Ihrem Leben? Da tut man das ja nicht gleich weg, sondern man schaut einfach nur, wie kommt die Person damit zurecht, bisher. Wie gut oder nicht so gut. Das meine ich mit Ressourcen.“ (Interview F, Absatz 17)

Eine Therapeutin regt das Führen eines ‚Schöne Momente Tagebuches‘ an. Eine andere hat gute Erfahrung mit dem Ressourcenspot vom Brainspotting.

„Wenn Menschen in ein Loch rutschen, in dieses depressive Loch, dann wissen sie nicht, was ihnen guttut oder was ihnen Freude bereitet. Selbst wenn man sich viel Mühe gemacht hat, sich zu überlegen, was einem Freude bereiten könnte, ist es noch viel

mühsamer, es im nächsten Schritt auch umzusetzen. Wenn ich aber schon eine Liste habe, wo Sachen draufstehen, die mir Freude machen oder mir gut tun im weitesten Sinne, die ganz wenig Zeit brauchen oder sogar ein ganzes Wochenende füllen und ich hab' so eine möglichst differenzierte Liste, dann kann ich schauen und einen Zugang zu positiven Gefühlen finden. Also, das mache ich allgemein schon auch ganz gern, das Schöne-Momente-Tagebuch.“ (Interview A, Absatz 53)

„Da mache ich ehrlich gesagt jetzt immer diesen Ressourcenspot vom *Brainspotting*. Das ist sehr praktisch. (<>) Da hole ich den Sessel vom Eckerl, dann schauen die Leute auf den Baum und dann geht es drum auch, eine Weite zu kriegen oder Visionen, oder wie möchte ich eigentlich, wo soll's hingehen, wo ist Resonanz, wo es sich angenehm anfühlt? Und das ausweiten.“ (Interview D, Absatz 113)

„Resonanz. Die Ressourcen haben sie meistens eh nicht. Eben, beobachte ich halt, wie der Blick wandert und helfe schon: Jetzt habe ich das Gefühl gehabt, wenn Sie dorthin schauen, ist es angenehm. Und, wo ist es da noch angenehm? Bleiben Sie mit dem Blick. Wo ist es dann im Körper noch angenehm? (<>) Und dann das Herausarbeiten von Ressourcen.“ (Interview D, Absatz 117)

Eine Befragte meint, dass mit dem Moment, in dem Klient*innen bei ihren Ressourcen andocken können, sie bereits dort seien, wo es ihnen ohnehin gut geht.

4.2.4 Subkategorie: Therapeutische Interventionen

Diese Kategorie umfasst alle Textstellen, die Hinweise auf die Verschränkung von Verstand und Erleben, sprachliche Interventionen und kreative Medien beinhalten. Die in dieser Kategorie beschriebenen Interventionsformen der Gestalttherapie enthalten für sie typische und als wirksam geltende Elemente.

Folgendes Zitat fasst einen zentralen Gesichtspunkt der gestalttherapeutischen Praxis zusammen, der darin besteht, bei therapeutischen Interventionen sowohl die geistige und sprachliche Ebene als auch das körperliches Erleben, das Spüren zu berücksichtigen.

„Also ich bin, für mich funktioniert weder das Eine über den Verstand besonders noch wenn's nur im Erleben bleibt und dann sozusagen – wow, da war was, ich kann's zwar nicht benennen, das war toll, das reicht dann irgendwie auch nicht. Es braucht schon beides, dass es dann auch mit dem Verstand in irgendeiner Form integriert werden kann

und das ist ja eigentlich auch das Schöne, dass sozusagen unsere Emotionen und unser Denken gut miteinander zusammenarbeiten, ja.“ (Interview G, Absatz 52)

Die Wirkkraft der Zugänge spiegelt sich in den von den Therapeut*innen beschriebenen Beispielen wider. Folgende Zitate vermitteln einen Einblick in die Vielfalt der sprachlichen Interventionen.

„Und manchmal ist es so, dass ich etwas auf eine Art anspreche, dass es dann etwas Lösendes hat.“ (Interview F, Absatz 58)

Etwas in der richtigen Weise anzusprechen, scheint bereits ein Wirkfaktor zu sein. Weiters wird festgestellt, dass es unterstützend sein kann, wenn die Therapeut*innen stellvertretend die Hoffnung verbal aufrecht halten, sowie Hilfestellung beim Finden von Perspektiven bieten, da beides für Menschen in depressiven Episoden kaum zugänglich ist.

„(...) Ja, vielleicht schon, in der Depression haben die Menschen oft das Gefühl, dass das immer so ist. Wieder diesen Blick zu kriegen, dass das etwas ist, was auch wieder vorbei geht. Also was so episodisch oder manchmal auch eine Phase ist im Leben, wo's einem schlechter geht, dieses in der Lebensspanne oder im Lebensüberblick zu sehen, es gibt Tiefphasen, aber dann geht es auch wieder besser. Das kann auch etwas sehr Entlastendes sein, das in den Blick zu bekommen. Dass die Depression kein Dauerzustand ist, dass sie sich ändern kann und es wieder besser gehen kann.“ (Interview F, Absatz 76)

„Oder zu sagen, mit meiner Erfahrung wird es Ihnen auch wieder besser gehen. Dass ich diese Zuversicht oder Hoffnung auch aufrecht halte für die Leute. Das ist auch ganz etwas Wichtiges.“ (Interview F, Absatz 78)

Verbal thematisiert wird auch oft der sekundäre Krankheitsgewinn bzw. der Widerstand.

„Warum geht es denn nicht? Warum darf es denn auch nicht gut werden? Also ganz konkret zu fragen: Was hat die Depression für einen Zweck? Was wäre denn, wenn die nicht mehr da wäre, was wäre denn dann gar nicht so super?“ (Interview G, Absatz 90)

„Also, Depression ist eine Beeinträchtigung und vielleicht hat die Gestalt, in der Gestalt ist ja wichtig die Pflege des Widerstands. Wovor hat das vielleicht auch geschützt, welche Lebensaufgaben, die nicht bewältigbar sind, habe ich dadurch nicht gemacht? Was hat das für eine Funktion, auch?“ (Interview D, Absatz 7)

Es wird als unangenehm beschrieben, den Widerstand anzusprechen, doch eingeräumt, dass es erfahrungsgemäß etwas in Bewegung bringt. Als Voraussetzung wird angesehen, dass schon mehrere Phasen im Prozess durchlaufen wurden, eine stabile Beziehung gegeben ist und genügend Ressourcen und Stabilität vorhanden sind. Dabei wird erwähnt, dass bei leichteren Depressionen eher konfrontierend, in Richtung Selbstverantwortung, die persönlichen Muster hinterfragend gearbeitet wird, als bei schweren.

In der Praxis aller befragten Therapeut*innen nehmen, ergänzend zur geistigen Beschäftigung im Rahmen der Gesprächstherapie auch kreative Medien und Methoden einen besonderen Stellenwert ein, um neben der kognitiven Arbeit ins Erleben zu kommen. Vermehrt genannt werden dabei die Sesselarbeit, Telearbeit, Zeichnungen, Symbole, Gefühlskarten und die Arbeit mit Ton. Etwa die große Schwere oder die große Leere zeichnerisch darzustellen, oder Symbole dafür zu finden ermöglicht, darüber zu sprechen. Die Arbeit mit Symbolen wird oft als sehr berührend und tiefgehend empfunden. Eine Therapeutin gibt an, dass die Arbeit mit Kissen hilfreich ist, wenn es um das innere Kind geht. Weiters wird auch bildhafte innere Imaginationsarbeit angewendet und als wirkungsvoll beschrieben. Die Telearbeit kann methodisch unterschiedlich ablaufen. Dabei geht es darum, verletzte Anteile, oder Teile, die miteinander in Konflikt sind – wie etwa Leistungsdruck und Erschöpfung bei Depressiven - sichtbar zu machen und einen Dialog zu ermöglichen. Es wird darauf hingewiesen, dass für die Anwendung dieser Methoden eine stabile Struktur der Klient*innen und eine gute therapeutische Beziehung grundlegend sind. Das folgende Beispiel verdeutlicht die Kontaktaufnahme mit einem Gefühl, das in der Vorstellung auf einem Sessel positioniert und beschrieben wird.

„Wenn der Sprachgebrauch schon gut ist, könnte man die Wut extrahieren und sie personifizieren und sie zum Beispiel auf den Stuhl setzen. Wie schaut die aus? Wie fühlt sie sich an, wenn sie Ihnen begegnen würde? Könnten Sie sich vorstellen der Wut zu begegnen und sie zu fragen?“ (Interview C, Absatz 45)

„Aber es kann auch sein, dass das sehr, sehr spannend werden kann, dass Klient*innen vollkommen verblüfft sind, welche Erfahrungen sie da machen. Und was sich auch an Veränderung daraus ergibt, wenn das mal sein darf, wenn diese beiden Seiten gespürt werden dürfen, wenn die leben dürfen und vielleicht in einen Dialog kommen. Das ist

etwas, was ich sehr gerne mache, aber halt wirklich nur, wenn ich merke, das geht gut.“
(Interview E, Absatz 31)

„Und natürlich, das ist jetzt sehr unterschiedlich, es gibt schon Therapieprozesse, wo ich dann auch kreativer arbeite, mal mit Gegenständen, ich habe da sehr viele Materialien, - die Leere aufzustellen, oder die Trauer. Wenn jemand sehr in der Trauer ist, das ist ja noch mal ein anderes Thema. Der Schmerz über die Trauer, oder über einen Verlust, das einmal aufzustellen oder mit Decken irgendwas zu machen oder mit Pölstern. Je nachdem, das kann schon auch sein. Doch das ist nicht immer gleich das Erste, was ich mache.“ (Interview F, Absatz 33)

Eine Therapeutin macht gute Erfahrungen damit, indem sie den Raum nutzt und im Sinne des Brainspottings das Cheesespotting anwendet. Dabei wird ein Punkt im Raum gesucht, der gut tut, wo Bilder entstehen und dadurch den Körper entlasten können.

Eine andere Therapeutin arbeitet viel mit der Methode des inneren sicheren Ortes und mit Imaginationen, vor allem mit jenen Klient*innen, die den Zugang zu kreativen Medien nicht finden können. Die Wirksamkeit der Telearbeit durch Imagination zeigt sich durch folgendes Beispiel eines Klienten, dessen Ressource, Zugang zu Computerspielen mit darin vorkommenden Helden, genutzt werden konnte.

„Genau. Der schwarze Ritter und ein junger Drache, der einfach auch nicht gut für sich selber sorgen konnte. Und da kam dann ein versorgender Teil dazwischen, im Zuge dieser Fantasiereise eigentlich, hat der junge Drache – es war dann auch so die Frage, was braucht denn der junge Drache, um da mit der Situation umzugehen und es war klar, er braucht eigentlich einen Mentor, jemand starken an der Seite, eine Stütze und das war dann eben in dieser Fantasiereise ein erwachsener Drache, der sich dieses jungen Drachens angenommen hat, der diesen schwarzen Ritter auch ein Stück in die Schranken gewiesen hat. (<>) Und das war halt wirklich total dem seine Fantasiewelt, deswegen hat der dann auch super gut angesprochen, bei anderen wär's dann vielleicht was ganz Anderes.“ (Interview G, Absatz 58)

4.3 Hauptkategorie: Gefühle

Die Hauptkategorie ‚Gefühle‘ nimmt im Kategoriensystem einen zentralen Platz ein. Sie hat sich inhaltlich durch die zahlreichen Beiträge der Gestalttherapeut*innen als Hauptkategorie herausgebildet, obwohl in den Leitfragen nicht dezidiert nach dem

Thema Gefühle gefragt wurde. Als bedeutsam kann sie auch deshalb eingestuft werden, weil aus ihren Ergebnissen Bezüge zum ganzheitlichen und körperorientierten Zugang der Gestalttherapie hergestellt werden können.

In dieser Hauptkategorie befinden sich die Subkategorien Kontaktverlust, Gefühle und Bedürfnisse, Zugang finden und Ausdruck von Gefühlen.

4.3.1 Subkategorie: Kontaktverlust

Diese Kategorie umfasst alle Textstellen, die Hinweise auf die innere Leere, bzw. den Verlust des Zugangs zu sich selbst, sowie die Gefühle Angst, Trauer, Wut und Aggression enthalten.

Folgende Wahrnehmungen der gestalttherapeutischen Therapeut*innen beschreiben die von ihnen beobachtete Gefühlslage der an Depressionen leidenden Menschen.

„Was auch immer der Grund dann dafür ist. Das kann auch etwas mit Trauma Hintergrund sein oder mit defizitärem Hintergrund, dass sie mit sich selber nicht mehr in Kontakt sein können und dann auch in Beziehungen nicht mehr spüren können. Das finde ich, ist schon oft Teil von Depressionen.“ (Interview F, Absatz 29)

„Vom Gefühl würde ich meinen, ist es nicht unbedingt immer die Trauer, die ist schon auch viel da, aber es ist oft die Leere, die Gefühlsleere, dieses Dumpfe, das Nichthinkommen zum Gefühl, das Abgeschnittensein. Aber die Trauer natürlich auch“ (Interview F, Absatz 72)

„Ja, weil, zu denen ist ja irgendwie, fehlt ja der Kontakt. Ganz viele kommen ja mit dem - ich spüre eigentlich gar nichts, ich spüre keine Freude, ich spüre auch keine Wut, es ist alles wurscht, also sozusagen zu denen wieder in Kontakt zu kommen.“ (Interview G, Absatz 76)

Es zeigt sich laut Erfahrung der befragten Therapeut*innen ein Abgeschnittensein von den Gefühlen bei depressiven Klient*innen. Diese beschreiben das als Leere, als Zustand, in dem man sich selbst und damit auch andere in Beziehungen nicht mehr spüren und wahrnehmen kann. Der Kontakt zu den Gefühlen ist verloren gegangen. Damit in Zusammenhang scheint gleichzeitig ein starkes Grundbedürfnis, eine Sehnsucht nach Verbindung einherzugehen, wie es eine Therapeutin durch folgende Zitate ausdrückt.

„Die Beziehungsbindung. Sehnsucht nach Beziehung.“ (Interview D, Absatz 73)

„Ja, und so ein Verschmelzungswunsch, ich weiß nicht, so ein Bedürfnis nach tiefer Geborgenheit.“ (Interview D, Absatz 75)

Als typische, mit Depressionen oftmals verbundene Gefühle werden Trauer, Angst, Wut und Aggression genannt. Die Trauer wird als Grundemotion bei Depressionen gesehen. Die Angst wird als hinter der Depression liegend festgestellt. Als eine der Ursachen für das Störungsbild Depression nennen alle Therapeut*innen, einige untenstehende Beispiele untermauern dies, unterdrückte Wut und Aggression. Wenn diese Gefühle nicht gelebt werden dürfen, bekommt die Trauer viel Raum und auch alle anderen Gefühle können nur eingeschränkt oder gar nicht mehr wahrgenommen werden. Die Trauer wird als in der Gesellschaft anerkannteres Gefühl wahrgenommen, welches daher ausgedrückt werden darf. Wut und Aggression hingegen werden, wohl auch wegen der Gefahr der Destruktivität, als inakzeptabel eingestuft und der Zugang zur Wut geht dadurch verloren. Folgende Beispiele verdeutlichen das.

„Ich habe niemand gesehen, der sich dazu setzt, wenn ein Kind tobt und sagt, ich sehe deine Wut, du darfst dich ärgern. Man äußert seine Wut nicht mehr, weil, das wird sofort sanktioniert. Und irgendwann ist ein Überschuss an dieser verdeckten Wut, dass ich einfach explodier. Das ist das andere Extrem. Ich glaub' wir lernen je nach Typ schon sehr bald, dass die Reaktion, die Wut echt nicht gesellschaftlich erwünscht ist und daher unterdrückt wird.“ (Interview C, Absatz 91)

„Und also, vor allem, ich würde jetzt behaupten, es geht sehr sehr häufig um abgewehrte aggressive Gefühle, oder Ärger oder Wut, oder sich missverstanden fühlen oder was auch immer. Wenn man nicht so gut wahrgenommen wird und wobei die ganzen anderen Gefühle auch so unten gehalten werden.“ (Interview G, Absatz 76)

Wenn der Zugang zur unterdrückten Wut wieder möglich wird, kann das laut Expert*innenerfahrung Lösendes und Heilsames bewirken. Durch den Kontakt zu Wut und Aggression darf ausgedrückt werden, dass etwas nicht in Ordnung ist und ein Prozess kann in Bewegung kommen. Ausgedrückte Wut setzt Energie frei und wird als Veränderungskraft und Verbindungsweg zum unterdrückten Kernthema gesehen.

„Die Wut sagt uns eben: Gib Gas, du bist nicht zufrieden damit. Das ist unser Motor. Das ist wie Zucker, wie Kohlehydrate beim Essen. Wir können nicht ohne Kohlehydrate,

wir können zwar verzichten, doch wir brauchen die Kraft. Wut ist genau das. Wut gibt uns den Zucker, gibt uns den Kick. Ohne Wut können wir nicht eine Entscheidung treffen, so will ich nicht.“ (Interview C, Absatz 53)

„Insgesamt ist für mich schon oft im Hinterkopf, dass sehr viel unterdrückte Aggressionen bei Depression da sind, und die spreche ich schon sehr viel an, aber das hängt dann wirklich vom Gegenüber auch ab, wie verborgen das ist, wie unbewusst, weil manchmal kann dann jemand noch mehr in eine depressive Schleife kommen, wenn man Aggressionen anspricht, weil es so verboten oder tabuisiert ist. Und manchmal kann's auch bei wem sehr lösen.“ (Interview D, Absatz 11)

4.3.2 Subkategorie: Gefühle und Bedürfnisse

Diese Kategorie umfasst alle Textstellen, die Hinweise auf die Wahrnehmung der Gefühle, das Erkennen der Bedürfnisse und das Aushalten der Gefühle durch die Therapeut*innen beinhalten. Letzteres wird von den Gestalttherapeut*innen als Wirkfaktor beschrieben.

Im therapeutischen Kontext spielt der Umgang mit Gefühlen für alle befragten Therapeut*innen ab dem Beginn der Therapie eine bedeutsame Rolle. Es geht darum, die Klient*innen für ihre Gefühlswelt zu sensibilisieren und den Zugang zu den oft verschütteten Gefühlen zu unterstützen. Dabei gilt es, die hinter der Depression liegenden Gefühle zu erforschen. Sie sollen wahrgenommen, beschrieben, benannt und anerkannt werden können. Den Klient*innen zu vermitteln, dass Gefühle sein dürfen und dass es gilt, ihren Signalen zu vertrauen, wird als bedeutsam angesehen. Einige Beispiele sollen das verdeutlichen.

„Sich selber in einem Kontakt zuzumuten, den Kontakt dem Gegenüber zuzumuten, das hat er gelernt, dass das gar nicht gut ist und das hat er sich abgewöhnt im Laufe seiner Schulzeit und das führt dann natürlich zu einer großen Durststrecke, also wenn ich in meinem persönlichen Kontakt nicht spürbar bin, auch nicht für mich letztendlich, das war zum Beispiel ein großer Faktor unserer Arbeit, dass wir herausarbeiten: Was spüre ich denn?“ (Interview A, Absatz 3)

„Und, ich darf das spüren. Dieses – *ich darf* – wieder mehr gelten lassen.“ (Interview A, Absatz 3)

„Dass Gefühle da sein dürfen, dass Gefühle hier nicht verurteilt werden, dass Gefühle hier nicht wegdiskutiert werden, sondern, dass sie eben mal da sein dürfen. Diese Erfahrung, dass das Gefühl, das ich habe, in Ordnung ist, dass das Gefühl was ich habe, stimmt, richtig ist. Und dass ich mich in einem zweiten Schritt auf dieses Gefühl auch verlassen kann und dass ich mich auf meine Gefühle verlassen kann. Das ist schon sehr hilfreich.“ (Interview H, Absatz 14)

Eine Therapeutin bezeichnet Gefühle als Geschenke, weil sie Informationen über einen selbst liefern und Entwicklung fördern können.

„Ich sag’ immer: Gefühle sind ein Geschenk.“ (Interview B, Absatz 55)

„Na schon. Ich sag’ nicht, dass die dann leicht zum Aushalten sind, aber sie sind ein Indikator dafür, dass ich mich da weiter entwickeln kann.“ (Interview B, Absatz 61)

Als einer der wichtigen Wirkfaktoren wird das Aushalten der Gefühle durch die Therapeut*innen genannt. Von einer wird eingeräumt, dass es trotz dieser Kenntnis, herausfordernd ist und es die Neigung gibt, schnell nach Perspektiven und Lösungen zu suchen.

Einige der befragten Personen beschäftigen sich intensiver mit den unerfüllten Bedürfnissen, die den Gefühlen zugrunde liegen können. Da neben den Gefühlen auch die Bedürfnisse den unter Depression leidenden Menschen oft nicht zugänglich sind, werden Tools wie jene der ‚Gewaltfreien Kommunikation‘ nach Marshall Rosenberg oder Gefühlskarten als hilfreiche Zugänge genannt. Dabei wird auch psychoedukativ der Zusammenhang von wahrgenommenen unangenehmen Gefühlen und den dahinter liegenden unerfüllten Bedürfnissen vermittelt.

„Die Gefühle, die entstehen, wenn die meisten unserer Bedürfnisse erfüllt sind, sind Freude und Glück. Bei allen anderen sind irgendwelche Bedürfnisse nicht erfüllt.“ (Interview B, Absatz 51)

„Es können viele Gefühle dahinter sein. Es ist sozusagen herauszufinden, was da noch mitkommt mit der Depression und anzuschauen, welche Bedürfnisse halt nicht erfüllt sind.“ (Interview B, Absatz 3)

„Wenn wir Angst haben, dann wissen wir, da ist etwas nicht erfüllt und wenn ich weiß, was ich brauche, kann ich was tun. Und dann werde ich mir meiner Selbst bewusst und Selbstbewusstsein ist ein gestärkter Selbstwert.“ (Interview B, Absatz 55)

Laut Expert*innenerfahrung ist Einsamkeit oft ein nicht vermutetes und überraschend hinter den unerfüllten Bedürfnissen auftauchendes Gefühl.

Durch das Anerkennen des wahrgenommenen Gefühls und die Arbeit mit den dazu gehörenden unerfüllten Bedürfnissen kann wirksame Veränderung passieren und gestärktes Selbstbewusstsein entstehen.

Eine Therapeutin weist darauf hin, dass es hilfreich sein kann, psychoedukativ auf das Thema Gefühle einzugehen und dabei etwa die Funktion der Gefühle zu erklären.

4.3.3 Subkategorie: Zugang finden

Diese Kategorie umfasst alle Textstellen, die Hinweise darüber enthalten, wie der Zugang zu den Gefühlen wiederhergestellt werden kann. Der phänomenologische Aspekt, das Resonanzphänomen, der Humor, die kreativen Medien und die Verlangsamung im therapeutischen Prozess ergeben sich, laut der erhobenen Datenlage, als wesentliche Möglichkeiten, um mit der Gefühlswelt wieder in Kontakt zu kommen.

Viele Menschen, die therapiefertig oder nicht darin sozialisiert sind, können nicht über Gefühle reden, sondern lediglich ausdrücken, dass es ihnen schlecht geht. Sie können nicht benennen was oder warum sie etwas fühlen, vielleicht aber schon, wie sie etwas erleben. Nach den Möglichkeiten befragt, an die Gefühlswelt der Klient*innen heranzukommen, haben die Therapeut*innen mit großer Mehrheit auf den phänomenologischen Zugang hingewiesen, der in der Integrativen Gestalttherapie einen zentralen Stellenwert hat. Genutzt wird dabei das Phänomen, das sich im Moment in der therapeutischen Beziehung zeigt, sowie das von den Therapeut*innen dabei wahrgenommene Resonanzgefühl. Was damit gemeint sein kann, verdeutlichen folgende Zitate.

„Und das am Phänomen bleiben ist halt für mich sehr, das kann über's Gespräch sein, über die Präsenz, die Aufmerksamkeit, über den Leib, über den Körper, über was Kreatives, das ist sehr unterschiedlich. Ich glaube schon, dass ich sehr schaue immer, dass ich das aufgreife, was grad sichtbar, spürbar, hörbar ist und es ist oft ein großer Druck da zu erzählen.“ (Interview F, Absatz 64)

„Ja, genau, ich habe beobachtet, wie sie in der Stunde immer wieder die Bewegung mit den Händen gemacht hat und habe das aufgegriffen. Also, das merkt man dann ja, oder

wenn jemand sagt: Das ärgert mich so. Es gibt manche Leute, bei denen das der Fuß anzeigt. Man merkt dann, wo die Energie ist, mehr in der Hand oder im Fuß.“ (Interview B, Absatz 19)

„Ich würde sagen: Ich bleibe sehr am Phänomen. Ich schaue einfach, was ist da? Und das sehr in der Beziehung, glaube ich, dass ich versuche das, was ich spüre, von dem Atmosphärischen was entsteht in dem Gespräch auch aufzugreifen oder auch rückzumelden: Aha bei mir taucht das gerade auf, wie ist das? Wie ist es gerade, sehr schwer? Wie geht es Ihnen damit? Das würde ich als phänomenologisches Arbeiten nennen und sehr den Körperbezug. Ich schaue dann immer, wie ist das? Wenn die sagt, das drückt sie jetzt sehr und es ist so belastend. Wie spürt sich das im Körper an, wo drückt's?“ (Interview F, Absatz 25)

„Sie spüren sich halt nicht mehr, aber sie spüren diese Leere. Ja, es genauso als Phänomen nehmen und wenn es benannt werden kann ist es ja schon da.“ (Interview F, Absatz 31)

Viel Belastendes zeigt sich körperlich. Die Arbeit über die Ebene des Körpers ist daher essenziell. Die Wahrnehmung des Phänomens, das Benennen des belastenden Gefühls im Körper und das gemeinsame Aushalten einerseits, sowie die Möglichkeit, in der Therapiestunde andererseits erleichternde und lösende Erfahrungen zu machen und dadurch in einen anderen Modus zu kommen, führt oftmals zu positiven Veränderungsschritten. Wenn Klient*innen bei ihren Gefühlen wieder andocken können, wissen sie wieder, was ihnen guttut.

Als lösender Faktor wird von einigen Therapeut*innen der Humor genannt.

„Oder, wenn eine Situation entsteht, wo gelacht wird, das ist etwas sehr Heilsames. Nicht einen Witz machen, sondern über das, was gerade ist, ein entlastendes Lachen. Und manchmal kommt das sogar von den Klient*innen selber.“ (Interview F, Absatz 58)

Eine Therapeutin beschreibt, dass durch die Veränderung des Settings der Zugang zum Gefühlserleben erleichtert werden kann. Sie bringt ein Beispiel von einer Klientin, die am besten im Auto sitzend über sich reden kann, da ihr der direkte Kontakt schwerfällt. Um dem zu entsprechen, findet das therapeutische Gespräch wie im Auto, nebeneinander auf dem Boden sitzend statt.

Für die Integrative Gestalttherapie typisch ist auch der Einsatz von kreativen Medien. Über sie kann der Kontakt zu sich selbst möglich werden und der Zugang zu den Gefühlen gelingen. Als besonders wirksam wird dabei die Arbeit mit Ton genannt. Die von einigen Therapeut*innen eingesetzten Gefühlskarten oder Gefühlsmomentkarten werden als Zugang zu einer intuitiveren Ebene und Zwischenschritt zum Kognitiven gesehen.

„Da waren wir sehr auf der körperlichen Ebene und es war auffällig, dass immer so eine Spannung in den Händen gewesen ist. Wir sind dann draufgekommen, dass sie früher mit dem Vater immer Tennis gespielt hat. Wir haben dann auch mit Ton gearbeitet, den sie auf den Boden geschleudert, und dadurch Erleichterung von Spannung gespürt hat. Sie ist dann draufgekommen, dass sie beim Tennis spielen diese Spannung losgelassen hat. Das heißt, da waren wir sehr auf der Körperebene, eigentlich zu Hause. Und da war dann schon klar, dass da auch Wut ist und Aggression und Unverständnis und auch diese Ohnmacht dem mächtigen Vater gegenüber.“ (Interview B, Absatz 13)

„Was ich noch hab', sind diese Gefühlsmonsterkarten, ich weiß nicht, ob Sie die kennen. Die gibt es in groß und klein und ich mische sie. Da sag' ich dann: Welches Maxerl ist größer, welches ist kleiner? Ich lasse die dann auflegen und frage: Wie fühlt sich denn deine Depression an? Dann lasse ich den Gegenpol aussuchen. Wie würden das Maxerl ausschauen, wenn genau das Gegenteil der Fall wäre? Das ist dann Arbeit mit Polaritäten. Wenn ich niedergeschlagen bin, weiß ich, es gibt auch den anderen, den fröhlichen Teil, je nachdem, was für die Person der Gegenpol ist, das ist ja auch nicht eindeutig. Und dann auch zu schauen: Was braucht es denn, um schrittweise dorthin zu kommen? Nicht nur an einem Pol zu hängen, sondern irgendwo in diesen mittigen Bereich zu kommen. Das ist der nächste Schritt. Das ist auch eine Möglichkeit.“ (Interview B, Absatz 71)

„Und da kommt schon was, wie: Der schaut sehr wütend aus und seine Hand ist geballt. In welcher Aktion ist die Person? Als würde sie jemand schlagen wollen. Ist das bei Ihnen auch so? Meistens versuche ich offene Fragen, wenn es schwierig ist, enge ich mehr ein. Kann es sein, dass es das ist? Was ist dann für Sie hier relevant? Was fühlt sich denn so an, wie Sie das sehen? Ich bin so wütend wie der Bub, aber in Wirklichkeit möchte ich mich verziehen und nicht darüber reden. Und, ich habe Angst. Oder: Ich

schau gern weg. Und so können wir das mit den Bildern entwickeln, abstrakter und trotzdem einen Bezug auf das innere Ich nehmen.“ (Interview C, Absatz 41)

Was das Benennen von Gefühlen betrifft, wird auch das Zurverfügungstellen von Angeboten und Möglichkeiten durch die Therapeut*innen als hilfreich beschrieben.

„Und ich gebe dann manchmal schon Beispiele: Kann das sein, manche erzählen, dass das dann da so drückt oder dass es wie ein Zementsack auf der Schulter liegt. Dass ich Angebote mache bei Menschen, die diese Sprache nicht so haben. Und über den Körper ist eigentlich der Zugang ganz einfach, weil sie das ja spüren. Das spüren sie dann schon und können sagen: Wenn ich Angst habe, dann zieht es da hinten rauf oder so. Und dann kann man da bleiben und dann kann man da schauen, was ist da gerade, was braucht es?“ (Interview F, Absatz 66)

Eine Therapeutin weist darauf hin, dass bei depressiven Klient*innen, die großen Redebedarf haben, die Verlangsamung das Mittel der Wahl ist, damit diese eher in Kontakt mit ihren Gefühlen gelangen können.

„Was ich da auch das Gefühl hab, dass da ein wichtiger Schritt ist, das Verlangsamem, also wenn jemand so drüber erzählt über schwierige Sachen, dass wir da mal kurz innehalten und dabeibleiben. Das klingt für mich ganz schön schwer und Sie erzählen das mit einer Leichtigkeit oder mit so einer Wurschtigkeit.“ (Interview G, Absatz 86)

4.3.4 Subkategorie: Ausdruck von Gefühlen

Diese Kategorie umfasst alle Textstellen, die Hinweise auf den Ausdruck von Gefühlen auf der sprachlichen und körperlichen Ebene enthalten.

Einige der befragten Therapeuti*innen sehen es als bedeutsamen, lösenden und mitunter heilsamen Schritt im Therapieprozess an, wenn Gefühle über die Sprache oder den Körper Ausdruck finden können. Eine positive Veränderung geht, ihrer Erfahrung nach, meist damit einher. Genannt werden dabei das Loslassen von Spannung über die Hände, etwa mittels eines Boxsacks, oder wenn Tränen fließen können.

„Wenn sie trauern können, dann fängt es ja fließen an, dann passiert ja auch wieder etwas.“ (Interview F, Absatz 72)

Wesentlich ist dabei das Finden der Sprache, da es als Erleichterung empfunden werden kann, wenn die persönliche Situation mit den verbundenen Gefühlen im

Therapieprozess benannt oder im sozialen Umfeld thematisiert werden kann. Die Sprache als Selbstaussdruck anzuwenden, Worte für die eigene Befindlichkeit zu finden, den Kontakt mit der Außenwelt wieder aufzugreifen und sich abzugrenzen, werden, wie folgende Beispiele zeigen, als wertvolle Therapieschritte wahrgenommen.

„Was hat sich bewährt? (...) Also, bewährt hat sich, das ist ja tatsächlich sehr gestalttherapeutisch, über Gefühle zu sprechen, Gefühle zu benennen, Gefühle, die vielleicht unter dieser depressiven Decke liegen ein bisschen hervorzuholen. (...) Ja, auch Gefühle, die vielleicht dazu geführt haben, dass die Person in die Depression hineingerutscht ist.“ (Interview H, Absatz 14)

„Ich versuche dann so einen Strauß an Möglichkeiten von Gefühlen, die da sein könnten, mal herzulegen und dann zu fragen: Was könnte es denn von diesen Sachen sein? Fühlen Sie sich durch etwas da angesprochen? Ist das vielleicht Traurigkeit, ist das vielleicht ein Ohnmachtsgefühl? Und das können dann schon die meisten, ja oder nein dazu zu sagen.“ (Interview H, Absatz 20)

„Einfach, sich abzugrenzen, wenn man Nein sagt. Ein Nein ist auch für den anderen ein Geschenk, weil man weiß, da hört mein Visavis auf.“ (Interview B, Absatz 59)

4.4 Hauptkategorie: Wendepunkte

Diese Hauptkategorie nimmt Bezug auf die zweite Unterfrage der Forschungsfrage ‚Welche Möglichkeiten der Integrativen Gestalttherapie könnten einen Wendepunkt hinsichtlich der Verbesserung des Antriebs und der Aktivität bei an einer vorübergehenden Depression leidenden Personen bringen?‘ Die Hauptkategorie ‚Wendepunkte‘ enthält die Subkategorien Arten der Wende, Auslöser der Wendepunkte, Retrospektives Verstehen.

Wendepunkte werden von den Therapeut*innen als sehr individuell beschrieben. Insgesamt sechs Therapeut*innen geben an, dass es große Wendepunkte, im Sinne von schlagartiger Veränderung zwar eher selten, aber Wendepunkte im Sinne von einer eindeutigen Kehrtwende in eine positive Richtung in ihrer Erfahrung - wenn auch nicht in jedem therapeutischen Prozess - gibt. Die von ihnen als markante Erfahrungen erinnerten Beispiele werden im Punkt 4.4.2 genauer beschrieben.

Zwei der befragten Therapeut*innen können Wendepunkte nicht in ihrer Praxis feststellen und gehen davon aus, dass sich Veränderungen lediglich retrospektiv beschreiben lassen.

4.4.1 Subkategorie: Arten der Wende

Diese Kategorie umfasst alle Textstellen, die Hinweise auf kleinere bzw. größere Wendepunkte enthalten, sowie Wendungen, die zwischen den Sitzungen passieren oder sich durch äußere Umstände und Sport ergeben können.

Wendepunkte werden als individuell und unterschiedlich in ihrer Weise beschrieben. Sie können sich in kleiner Form, etwa durch die Beziehungserfahrung in einem Erstgespräch zeigen - wenn etwa eine skeptisch voreingenommene Klient*in durch den Dialog verwundert Entlastung wahrnimmt und sich in Offenheit für eine Psychotherapie entscheidet - oder durch große Veränderungen, die aus der Depression herausführen und nachhaltig wirksam sein können.

Wie von einer Therapeutin angesprochen, scheinen sich Wirksamkeit und Wendungen oftmals auch außerhalb des therapeutischen Geschehens zu zeigen.

„Ich sehe das auch so, da passiert ja ganz viel zwischen den Stunden im Leben der Menschen. Und das kann hier passieren und das kann auch im Lebensumfeld passieren und wirkt dann ja wieder in die Therapie herein. Zumindest verstehen wir das in der Gestalttherapie so, mit dem *Hintergrund* immer auch, dass der immer mit dabei ist.“
(Interview F, Absatz 35)

Dabei spielt auch die Beziehungsarbeit zwischen den Therapiesitzungen und die damit verbundene Bereitschaft der Therapeut*innen, sich in ihrer Freizeit als empathisch zuhörendes Gegenüber zur Verfügung zu stellen, eine bedeutsame Rolle, wie folgendes Beispiel zeigt.

“Das war ein Wendepunkt und auch, dass ich ihr in diesem Fall ausnahmsweise angeboten habe, dass sie sich auch am Wochenende melden kann, wenn sie in eine krisenhafte Situation kommt. Die hat das gebraucht, dass sie mich in ihrer Verzweiflung, bei einer Panikattacke auch anrufen darf. (<>) Das war mehrere Male, dass wir gemeinsam diese Panikattacke am Telefon durchlebt haben. Für sie war, da ist jemand da und der geht nicht weg und sie darf so sein, wie sie ist. Das war Beziehungsarbeit, die sich außerhalb der Therapie fortgesetzt hat.“ (Interview B, Absatz 47)

Eine der Therapeut*innen, die Wendepunkte in ihrer Erfahrung nicht kennt, räumt ein, dass Wendungen in eine positive Richtung durch äußere Umstände, wie Arbeitsbeginn oder eine neue Partnerschaft passieren können. Außenfaktoren, wie das Gebrauchtwerden von Frau und Kindern und die finanzielle Notwendigkeit zur Arbeit bezeichnet sie als extrinsische Faktoren, sowie den Zugang zur Wut als intrinsischen Faktor, um in Bewegung zu kommen.

Ein förderlicher und essenzieller Faktor zur Wende scheinen wieder aufgreifbare Sozialkontakte zu sein.

„Und das zweite ist so, in den Beziehungen wieder, dass hier oder auch in ihrem Leben, dass sie merken, sie docken wieder wo an oder es ist wieder eine Verbundenheit da. Das ist ja in der Depression oft nicht mehr spürbar.“ (Interview F, Absatz 35)

Als weiterer Weg zur Wende aus der Depression wird sportliche Betätigung angegeben.

„Die erste Klientin, von der ich erzählt habe, in der ersten Phase wo sie da war, war sie auch sehr depressiv und der Wendepunkt war für sie dann schon das, dass sie wieder es geschafft hat, an ihrem Sport anzusetzen. (<>) Und wie sie das geschafft hat, dort wieder anzudocken bei einer Gruppe, Volleyball, oder so etwas, dann ist es ihr viel, viel besser gegangen.“ (Interview F, Absatz 74)

4.4.2 Subkategorie: Auslöser der Wendepunkte

Diese Kategorie umfasst alle Textstellen, die Hinweise darüber enthalten, dass Empathie und Nähe, Erleuchtung und Sinnverstehen, sowie Kreative Medien Auslöser von Wendepunkten sein können.

Die empathische Nähe der Therapeut*innen scheint ein essenzieller Auslöser von Wendepunkten zu sein. Der intensive therapeutische Kontakt kann förderlich für den Selbstkontakt der Klient*innen und unterstützend dabei zu sein, dass diese aus der Emotionslosigkeit und Selbstabwertung gelangen können. Dabei könnte auch das in Kontaktkommen mit den eigenen verletzten Anteilen eine Rolle zu spielen.

Die drei dazu passenden folgenden Beispiele aus der therapeutischen Praxis werden zur besseren Nachvollziehbarkeit und um ihre Eindringlichkeit und Tiefe darzustellen in ausführlicherer Form wiedergegeben. Einer der spektakulärsten der geschilderten Wendepunkte, dessen Bedeutsamkeit in der Interviewsituation mit der Therapeutin intensiv spürbar war, wird an den Beginn der Übersicht gestellt.

„(...) Ja, also eine Klientin, wo ich sehr stark einen Wendepunkt gesehen habe, an den wir uns auch gemeinsam immer wieder erinnern, das war eine Stunde, in der sie sehr hoffnungslos gekommen ist und sie gemeint hat, dass sie eben gar keine Perspektive mehr sieht und wir haben dann, jetzt fällt es mir gerade nicht mehr ein, wir haben dann zwei Figuren, oder ich habe vorgeschlagen zwei Figuren zu imaginieren, nämlich eben ihren Humor, den die grundsätzlich hat, ja und sowas wie eine Hoffnung oder eine Perspektive. Ich weiß nicht mehr genau, wie die zweite Figur geheißen hat. Und sie hat eben gesagt, sie hat das Gefühl, dass beides ganz weg ist. Und dann haben wir sie eben imaginiert, oder sie hat sie imaginiert, ist ein bisschen in einen Dialog gegangen, wo sich dann eben im Zuge dessen herausgestellt hat, dass sie nicht ganz weg sind, sonst hätte sie ja nicht in den Dialog gehen können. Und es war eine Stunde im Sommer, wo's langsam dunkel wurde, weiß ich nicht, zwischen sieben und acht oder vielleicht zwischen acht und neun sogar, die Dämmerung ist eingebrochen und es wurde immer dunkler im Raum und es war sehr sehr traurig und ich habe eben auch gemerkt, dass ich auch wahnsinnig traurig werde und habe auch gemerkt, wie mir die Tränen kommen, ich zu weinen beginne, was man zunächst gar nicht so gesehen hat, weil es immer dunkler im Raum geworden ist. Und tatsächlich haben wir dann eine halbe Stunde oder so während wir auch über das gesprochen haben, gemeinsam geweint. Und ich habe viele viele Tränen vergossen und sie auch. Also wir haben wirklich gemeinsam sehr lange geweint und am Schluss ist sie dann hinaus gegangen und dann hat sie gesagt: Wenn's mir so schlecht geht, dann muss ich mich doch nicht auch noch so hassen dabei. Und das war so ein bisschen eine Wende. Die Wende war wohl dieses Erlebnis, gemeinsam zu weinen, zu spüren, dass jemand mit ihr sehr nahe ist und weint und sehr innig fühlt. Dass sehr viel Intimität und Innigkeit zwischen uns war und vermutlich hat das schon eben eine Wende bewirkt und dieser Satz hat es noch einmal sehr klar benannt. Wenn's mir so schlecht geht, dann muss ich mich nicht auch noch so hassen dafür. Und an das erinnern wir uns schon öfter auch gemeinsam. Und das hat sie auch, glaube ich, von sich aus benannt einmal, wo. Gefühlt, war's für mich eine Wende. Und ich habe mich irgendwie auch gefreut über die Bestätigung, dass sie es irgendwann einmal genannt hat als einen sehr wichtigen Punkt der Therapie.“ (Interview H, Absatz 26)

„Und einmal habe ich gesagt: Weißt was, wir könnten uns einmal auf den Boden setzen und Rücken an Rücken sitzen und einfach schauen, wie's ist. Ich habe dann gemerkt,

sie kommt dann so ins Zittern und irgendwann nach zehn Minuten haben wir so begonnen gemeinsam zu schwingen, zu schaukeln und sie hatte auch das Gefühl, sie muss nichts sagen und da ist dann plötzlich so eine Nähe entstanden, ohne dass irgendwer was gesagt hätte und da war's dann auch möglich, dass sie Sachen zwar nicht erzählt, aber dass sie sagt, sie hat ein Tagebuch am Handy geschrieben und dann haben wir's gemeinsam gelesen. Das war für sie so spürbar, also wirklich auf dieser Spürebene – da ist jemand. Man spürt ja die Körperwärme, man kann sich anlehnen oder man kommt gemeinsam ins Schwingen. Also, das war so spürbar, wo wir dann plötzlich in so ein rhythmisches Schwingen gekommen sind. Das war sehr berührend und ich habe auch gemerkt, wie ich dann traurig werde. Die teilt man dann halt auch, diese Resonanz. Das war irgendwie dieser Öffner, wo sie das Gefühl hatte, sie muss nichts sagen und ich bin trotzdem da.“ (Interview B, Absatz 25)

„Was sicher immer so Momente sind, die dann schon auch was verändern, ist, (<>) dieses in Kontakt kommen mit diesen verletzten Teilen oder so, vielleicht zum ersten Mal was angenommen werden kann, was Liebevolleres an eigenen verletzten Anteilen oder so. Wenn aus dieser Emotionslosigkeit vielleicht ein erstes Mal auch wirklich geweint wird, Tränen möglich sind, oder Mitgefühl mit sich selber, nicht nur dieses Selbstabwertende da ist. Das sind sicher so Momente, berührende Momente, vielleicht ist es das eher. Wo ich vielleicht auch berührt bin, da ist jetzt was in Bewegung gekommen. Da ist jetzt Kontakt entstanden.“ (Interview G, Absatz 40)

Interessant scheint auch, dass durch die Zuneigung des therapeutischen Gegenübers auch eine Idee von Selbstanerkennung in den Klient*innen entstehen kann.

„Ja, eine gewisse Zuneigung oder eine Zuneigung, die ich zu ihr empfunden habe. In dieser Nähe hat sie eine Idee davon bekommen, dass sie sich mögen könnte, vielleicht.“ (Interview H, Absatz 42)

Spannend sind auch jene Erfahrungswerte einer Therapeutin, die zeigen, dass der Ausweg aus der Enge in der Depression ebenfalls durch ein wertschätzendes Gegenüber leichter möglich wird.

„Ich erlebe es auch so, dass die Menschen wieder, das wird ja oft so eng, das ist ja so ein Tunnelblick oft in der Depression. (<>) Und wenn es entstehen kann, dass sie doch wieder irgendeinen Ausweg sehen, irgendeine Exitstrategie wo sie merken, es gibt Möglichkeiten, es wird wieder weiter der Blick. Das ist manchmal auch ein Wendepunkt.“

Und ich glaube, dass ist das, was der Perls mit dem *Impassé*, mit dem Engpass gemeint hat.“ (Interview F, Absatz 37)

Als weitere merkbare Auslöser für Wendepunkte werden sogenannte Aha-Momente, von den Therapeut*innen genannt und Modelle, die Klient*innen etwas erklärbar machen bzw. wodurch sie Zusammenhänge verstehen können.

„Und dann hat sie gesagt: Das war jetzt so richtig eine Erleuchtung. Verständnis, wie etwas gewesen sein könnte, sodass das, wie es sich jetzt zeigt, auch Sinn macht. Das sind auch so Wendepunkte dann.“ (Interview B, Absatz 37)

Das Erkennen oder Wiederentdecken eines Lebenssinn wird als weiterer Aspekt für eine positive Wende aus der Depression erkannt.

„Das macht jetzt plötzlich alles Sinn, jetzt verstehe ich das. Dieses Verständnis und wenn etwas sinnvoll ist, wenn es persönlich einen Sinn macht. So wie Viktor Frankl arbeitet, wenn etwas sinnstiftend ist, dann löst sich auch etwas auf. Es war so augenscheinlich. Man hat es richtig an der Körperhaltung gemerkt, sie hat sich aufgesetzt und so gestrahlt und gesagt: Ja, (!) so ist das.“ (Interview B, Absatz 45)

Folgendes Zitat verdeutlicht, wie die Anwendung kreativer Medien, in diesem Fall Ton, Wendepunkte auslösen und somit die Selbstwirksamkeit aktivieren kann.

„Also, das gibt's. Bei der war das mit der Hand und der Energie, die sich dadurch entladen konnte, dieser Wendepunkt. Also das war wirklich, wir haben mit Ton gearbeitet. Wenn man Ton auf den Boden wirft, der hüpfen nicht und gar nichts, der nimmt die Energie auf. Wenn man den frischen Ton, oder diese Bälle auf den Boden haut, passiert nichts und ich kann die ganze Wut reinlegen und ich zerstör' nichts. Das kann man noch mit einem Geräusch unterstützen. Die hat das mit Ton oder diesen Bällen ein paar Mal gemacht und ich hatte das Gefühl, da hat sich diese angestaute Spannung in dieser Stunde völlig entladen. Und sie hat dann gemerkt, okay wenn ich in so eine Spannung komme, dann hat sie plötzlich, dann kann ich etwas tun.“ (Interview B, Absatz 25)

4.4.3 Subkategorie: Retrospektives Verstehen

Diese Kategorie umfasst alle Textstellen, die Hinweise auf das Erkennen der Wendepunkte im Rückblick enthalten.

Zwei der befragten Therapeut*innen geben an, dass es merkbare Wendepunkte in ihrer Erfahrung nicht gibt.

„Also ehrlich gesagt, ich kenne Wendepunkte und Durchbrüche nicht sonderlich, sondern es ist ein geduldiges Herausarbeiten des Grundes, wo langsam, irgendwann bei Depression, bilanzieren wir mal, dann erst deutlich wird, was sich verändert hat.“
(Interview D, Absatz 61)

Sie gehen davon aus, dass die Wirkung der Therapie erst nach einer gewissen Zeit im Rückblick, durch das Bewusstmachen dessen, was gelungen ist und sich verändert hat, feststellbar ist.

„Ja, zum Beispiel die Schlaflosigkeit. Oft hat sich etwas im Schlafverhalten verbessert. Oder, und zum Beispiel im Arbeitsprozess, der begonnen hat, oft funktioniert das und das gut, etwa die Abgrenzung, die Aufgabenerledigung, eine besser funktionierende Einteilung der Aufgaben durch Bedürfniserkennung und durch rechtzeitiges Handeln oder Sagen oder etwas dagegen oder dafür tun. Und, oder in der Partnerschaft hat sich etwas verbessert.“ (Interview C, Absatz 55)

Die Retrospektive des therapeutischen Verlaufs kann in Form eines Zwischen- oder Endberichts, als Gespräch oder auch in Kombination mit kreativen Medien erfolgen.

4.5 Hauptkategorie: Prozess

Die Hauptkategorie ‚Prozess‘ beinhaltet die wesentlichen Elemente und Besonderheiten des psychotherapeutischen Prozesses mit Menschen, die von leichten und mittelgradigen Depressionen betroffen sind. Sie enthält die Subkategorien Prozesselemente, Biografiearbeit, Herausforderungen und Coachinginterventionen.

4.5.1 Subkategorie: Prozesselemente

Diese Kategorie umfasst alle Textstellen, die Hinweise auf den Aufbau bzw. Ablauf des Therapieprozesse mit Depressiven, die diagnostische Einschätzung, den Aspekt der ergänzenden Medikation und das Thema Suizid enthalten.

Der therapeutische Prozess mit Depressiven beginnt mit einem Erstgespräch, dem Klären der Rahmenbedingungen und einer ausführlichen Anamnese. Wie oben bereits beschrieben, spielt dabei die therapeutische Grundhaltung, eine bedeutsame Rolle.

Einen fixen Ablauf, etwas Allgemeingültiges oder festgelegte Interventionen kennt man, der Individualität der Persönlichkeiten wegen, in der Integrativen Gestalttherapie nicht.

Eine Therapeutin meint dazu:

„Das ist auch der Grund, warum ich die IG gewählt habe, weil es da eben nicht so ist. Da gibt es keine Kochrezepte. Weil, das sind Menschen, die dasitzen. Natürlich habe ich ein gewisses Repertoire, es gibt Interventionen, die sich häufen, aber ein fix fertiges Konzept habe ich nicht.“ (Interview B, Absatz 93)

Ausgegangen wird prinzipiell von der Gegenwart und aufgegriffen wird, was aktuell im Vordergrund ist, wobei gleichzeitig auf das prozessuale Geschehen geachtet wird. Ein viel beachtetes Prinzip ist die Freiwilligkeit und die Autonomie der Klient*innen.

„In der Therapie ist es bei mir wie bei einem Buffet. Ich leg' das da auf und was jeder möchte, nimmt er sich und probiert und wenn's ihm gefällt kann er es nehmen und wenn nicht, kann er es wieder zurücklegen. Ich mag' niemandem was auf's Auge drücken – mach' das, mach' das.“ (Interview B, Absatz 81)

In den ersten Stunden wird die Thematik eingeeignet und herausgearbeitet, was die Klient*innen gemeinsam mit den Gestalttherapeut*innen erreichen möchten. Wenn jemand mit depressiver Symptomatik kommt, lässt man zunächst erzählen, wie es begonnen hat, wie es sich anfühlt, in welchen Situationen es auftaucht. Die betroffenen Menschen beschreiben viele gemischte Symptome, oft in Verbindung mit Ängsten, und multiple Probleme, die oftmals auch mit einem direkten Auslöser, wie Kündigung oder Verlust des familiären Halts, verknüpft sind. Festgestellt wird eine große Bandbreite bei Depressionen, die es zu unterscheiden gilt. Wenn es sich um eine leichte und durch eine krisenhafte Situation hervorgerufene, etwa durch einen Todesfall erklärbare Depression handelt, wo es in Richtung Anpassungsstörung geht, geht man anders damit um, als wenn jemand in eine tiefe Depression gefallen ist. In der Einschätzung kommt es auf das Strukturniveau an, welchem große Beachtung gegeben wird, wie eine der Therapeut*innen im Folgenden erklärt.

„Das Strukturthema ist auch etwas, das mir hilft in der Arbeit, also wo ich schon so für mich, ohne dass ich mir das jetzt immer ganz genau überlege, aber ein bisschen versuche ein Gefühl dafür zu kriegen – wo ist diese Person, wo steht die da so, wo sind die Kompetenzen, welche Kompetenzen sind gut, welche weniger, und das ist eigentlich

fast immer eine Basis, wenn ich merke, so diese oder jene Kompetenz ist nicht so gut, ist das ja in der Depression genauso wichtig. Wenn ich merke, da gibt es überhaupt keine Kompetenz für die Selbstreflexion oder für die Wahrnehmung oder für die Regulation oder für die Bindung oder für eben sich hilfreiche Bindungen reinholen oder so. An dem arbeite ich sowieso, ob das eine Depression oder sonst etwas ist.“ (Interview G, Absatz 74)

Die befragten Therapeut*innen geben an, dass sich Menschen mit vorübergehenden Depressionen von ihrer Persönlichkeitsstruktur her meist, jedoch nicht immer, auf einem guten Niveau befinden.

Zum Thema medikamentöse Unterstützung nehmen alle Therapeut*innen ausführlich Stellung und sehen es, je nach Schweregrad der Depression, als notwendig an, es anzubieten. Die Verschränkung von Therapie und Medikamenten wird als hilfreich beschrieben. Bei Menschen, deren Beeinträchtigung im Alltagsleben massiv ist, steigert die Stimmungsaufhellung, ihrer Beobachtung nach, die Motivation, den Antrieb, und fördert auf diese Weise einen geregelten Tag und regelmäßige Therapie. Das Angebot an Medikamenten kann den Klient*innen neben dem Therapiegeschehen eine weitere Perspektive bieten und den Druck der alleinigen Verantwortlichkeit der Therapeut*innen reduzieren.

„Ich kann nicht jemand mit einer mittelgradigen Depression, der sehr verzweifelt ist und sehr schwer und sehr leidet, kann ich nicht innerhalb von fünf bis zehn Sitzungen davon entlasten, das geht nicht. Aber es könnte sein, dass wenn die Person auch ein Antidepressivum nimmt, dass das auf der einen Seite Entlastung schafft vom massiven Leidensdruck und der Druck aus der Therapie draußen ist und wir hier in Ruhe einen Veränderungsprozess in Gang bringen können.“ (Interview E, Absatz 17)

Im Zusammenhang mit Depressionen ein besonderes Augenmerk auf das Thema Suizid zu legen, wird von allen Therapeut*innen als wichtig erachtet.

„Was vielleicht noch wichtig wäre, bei der Depression muss man auch immer denken, wenn es in die mittelgradige Depression geht, mit dem Thema Selbstmord umzugehen. Gut abzuklären, ob es in den Bereich, ich möchte nicht mehr leben, ich spiele mit dem Gedanken, den Freitod zu wählen, geht. (<>) Das ist wichtig bei Depressionen, abzuklopfen, ob es konkrete Selbstmordpläne gibt und die Selbstmordgefährdung auch einzuschätzen und entsprechend zu reagieren.“ (Interview B, Absatz 99)

Eine Therapeutin erwähnt, dass es sich im Prozess als positiv herausgestellt hat, eine Gegenposition zu den strengen Anteilen der Klient*innen einzunehmen, bzw. sie vor den eigenen inneren Kritikern zu beschützen.

Eine andere Therapeutin warnt davor, depressiven Menschen zu viel abzuverlangen, da das in ein Versagensgefühl führen könnte.

4.5.2 Subkategorie: Biografiearbeit

Diese Kategorie umfasst alle Textstellen, die Hinweise auf die Biografiearbeit, Wertesysteme, Bewältigungsstrategien und das Erkennen von Zusammenhängen enthalten.

Biografiearbeit kommt in der Praxis aller Therapeuti*innen im Laufe des Prozesses vor und ist für diese hilfreich, um ein Gefühl für die Menschen zu bekommen und um eventuelle Traumatisierungen zu erkennen. Dabei geht es nicht primär um die gesamte Verarbeitung der Vergangenheit, sondern eher darum, durch Rückschau auf die damalige Familiensituation einen Zusammenhang mit momentanen Belastungen herzustellen. Der Blick auf die Biografie wird auch genutzt, um Ressourcen und deren bewährte Anwendungsmöglichkeit bzw. Bewältigungsstrategien in das Bewusstsein zu holen.

„Die Biografie nehme ich schon gerne mit hinein, die Erfahrungen, was geholfen hat. Und immer wieder zu sagen: Schauen Sie, da sind sie ja schon einmal herausgekommen, was war denn da so, das wird ja wieder so sein.“ (Interview F, Absatz 78)

Durch die Arbeit mit persönlichen Werten und Bedürfnissen kommt es häufig automatisch zur Verknüpfung mit der eigenen Familiengeschichte, um gelerntes Verhalten, wie etwa das Unterdrücken von Gefühlen, und auch Diskrepanzen zwischen den Wertesystemen besser zu verstehen.

„Weil man wissen möchte: Wo kommt das her, mit welchen Werten ist das verknüpft? Und mit den Werten ist man sofort bei der Familie. (<>) Und dann merken die Leute, aha, okay, meine Kindheit ist vielleicht doch wesentlich. Welche Werte sind gut, woran möchte ich mich weiter halten und was lasse ich aber auch hinter mir.“ (Interview B, Absatz 67)

Eine Therapeut*in macht die Beobachtung, dass es ein Wirkfaktor in der Therapie sein kann, wenn Zusammenhänge erkannt werden.

„Darf es mir überhaupt gut gehen oder ist das egoistisch angesichts dessen wie es den anderen in meiner Familie geht, da darf es mir doch gar nicht gut gehen. Biografiearbeit mache ich schon und mache ich auch gerne und ich sehe auch den Nutzen dahinter, wenn jemand versteht, woher was kommt. Und wenn der Klient, die Klientin eine Linie sieht, das mache ich deshalb so. Oder da steht diese Kindheitserfahrung dahinter.“ (Interview H, Absatz 71)

„Ja, ja. Ein Verstehen von Zusammenhängen, ein Verstehen von Mustern, das würde ich auch als Wirkfaktor sehen.“ (Interview H, Absatz 73)

4.5.3 Subkategorie: Herausforderungen

Diese Kategorie umfasst alle Textstellen, die Hinweise auf Herausforderungen enthalten, die sich für Psychotherapeut*innen im Kontakt mit depressiven Menschen ergeben können.

Das Aushalten-Können der momentanen Befindlichkeit von depressiven Klient*innen und der im Kontakt mit ihnen intensiv wahrnehmbaren Atmosphäre, wird von allen befragten Therapeut*innen als größte Herausforderung beschrieben.

„Dieses Nichtsagenkönnen aushalten. Ich glaub', das ist das Schwierigste.“ (Interview B, Absatz 89)

Gleichzeitig werden das geduldige Aushalten-Können und Anerkennen-Können der Situation als wichtige Faktoren für die Wirksamkeit der Therapie herausgestrichen. Der Umgang mit Wortlosigkeit, Stille, lähmender Schwere, Perspektivenlosigkeit, langsamem Veränderungstempo und unzähligen Schleifen, die sich um die gleiche Thematik handeln, stellt sich als schwierig heraus. Es wird beschrieben, dass sich Depressive, die Verbesserung durch den Therapiekontext erhoffen, sich viel holen wollen und gleichzeitig nicht in der Lage sind, eigenständige Veränderungsenergie aufzubringen. Als Anstrengung wird empfunden, wenn es keine Bewegung gibt, wenn die Depression unverändert bleibt.

Wie folgendes Zitat untermauert, gilt es als Wirkfaktor, wenn es gelingt, es auszuhalten, dass jemand sehr belastet ist und gar nichts Positives sehen kann.

„(<>) dass die Klientin, wenn wir etwas auflegen, immer nur graue Steine nimmt, obwohl ich alle bunten Steine, alle bunten Gegenstände anbiete und egal was ist, sie nimmt immer nur Grau. Und das auszuhalten und nicht zu sagen: Aber schauen Sie, Ihr Leben ist doch so schön. (<>) Die Menschen sind eben in diesem Zustand und den gemeinsam auszuhalten, ist das wirksame und nicht unbedingt zu versuchen, jemand rauszureißen.“
(Interview H, Absatz 77)

Von den Therapeut*innen werden mehrere Möglichkeiten des Umgangs mit den Herausforderungen beschrieben. Vorgeschlagen wird eine geduldige, die Situation anerkennende Haltung und das Vertrauen, dass sich eine Lösung zum richtigen Zeitpunkt ergeben wird. Den eigenen Humor als Ressource zu nutzen wird als eine zusätzliche Möglichkeit genannt. Untenstehende Zitate zeigen weitere Ideen auf.

„Da gibt es zwei Phänomene, die mir da auffallen, erstens muss ich schauen, dass ich mit der Schwere, dass ich nicht selber auch schwer werde und wir sind beide in der Lähmung oder so, das fällt mir nicht so schwer, da kann ich gut damit, da habe ich meine Ressourcen, (<>) dass ich sehr auf meinen Körper schaue, wie ich wieder Luft bekomme, oder was ich brauche, damit es wieder leichter ist und die Stunde nicht so drückend wird,“ (Interview F, Absatz 54)

„Und die können das nicht aussprechen, was so belastend ist und wenn das so unausgesprochen ist, dann passiert bei mir etwas, wo die Lider so schwer werden, die Augen so schwer werden, ich die Augen fast nicht mehr offenhalten kann. Da muss ich dann sehr dagegen arbeiten, dass ich mich bewege, Wasser trinke.“ (Interview F, Absatz 54)

4.5.4 Subkategorie: Coachinginterventionen

Diese Kategorie umfasst alle Textstellen, die Hinweise auf Coachinginterventionen enthalten, welche zum Etablieren einer Tagesstruktur, zur Verankerung der Therapieimpulse im Alltag und zur Bewegung anleiten.

Es wird von allen Expert*innen der Integrativen Gestalttherapie als wichtig erachtet, die depressiven Klient*innen dabei zu unterstützen, dass sie eine Tagesstruktur entwickeln.

„Und was ich schon, natürlich schon von Anfang an mache, dann ganz konkrete Dinge mitgeben, also, was weiß ich, wenn jemand gar nicht mehr in die Gänge kommt oder überhaupt keine Tagesstruktur mehr hat, zu sagen, okay, und auf der ganz

pragmatischen Ebene, was tun wir jetzt für die Tagesstruktur? Was können Sie sich Gutes tun, wie oft am Tag kommen sie raus?“ (Interview G, Absatz 8)

Einigen der befragten Therapeut*innen ist es wichtig, durch Coachinginterventionen zu motivieren und die Klient*innen dabei zu unterstützen, dass sie die in der Therapiestunde erarbeiteten Überlegungen umsetzen können. Angeregt werden Beobachtungsaufgaben oder das freiwillige Führen eines Tagebuches, etwa schöne Momente darin festzuhalten, wie eine Therapeutin empfiehlt. Die Verankerung im Alltag kann auch durch Fotografien von in der Therapie schriftlich oder kreativ erarbeiteten Inhalten passieren, die im Alltag einen erinnernden und motivierenden Platz finden können.

Verbindliche Hausübungen sind in der Integrativen Gestalttherapie nicht üblich und werden in Belastungssituation als ohnehin nicht angezeigt gesehen.

Eine Therapeutin nutzt einen Park in Praxisnähe, um Therapie im Freien abzuhalten und auf diesem Weg die Freude an der Bewegung in der Natur zu fördern.

„Oder, was oft hilfreich ist, aber oft mehr Überwindung kostet, das wäre dieses Rausgehen, in die Natur gehen, sich bewegen in der frischen Luft. Und das mache ich auch tatsächlich, dass ich mit meinen Klienten Therapie im Gehen mache und das mache ich auch ganz gerne mit depressiven Klienten, eben im Sinne, dass wir rauskommen, Bewegung in der Luft machen.“ (Interview H, Absatz 54)

Allen Einschätzungen gemein ist, dass im gestalttherapeutischen Therapieprozess mit depressiven Menschen die Individualität der Persönlichkeit im Zentrum steht und es daher keinen fixen Ablauf oder festgelegte Interventionen gibt. Ausgegangen wird von dem gegenwärtigen und im Vordergrund stehenden Thema, wobei gleichzeitig der Prozess und die Autonomie und Freiwilligkeit der Klient*innen im Blick behalten werden. Was die diagnostische Einschätzung betrifft, sind sich alle Therapeut*innen einig, dass das Strukturniveau Beachtung finden muss. Ebenso gibt es Einigkeit darüber, dass die Suizidgefährdung eingeschätzt und ein verantwortungsvoller Umgang damit gefunden werden muss.

5 Diskussion

Wie bereits oben, im Kapitel 3.1, erwähnt, besteht das Ziel der vorliegenden Arbeit darin, den praktischen Umgang von Gestalttherapeut*innen mit leicht- und mittelgradig

depressiven Klient*innen im qualitativen Studiendesign zu erforschen. Das Hauptinteresse liegt im Herausfinden der relevanten Wirkfaktoren, die im therapeutischen Setting als Erfahrungswert festgestellt werden. Speziell im Fokus steht dabei die Frage, ob es wahrnehmbare Wendepunkte im Prozessgeschehen gibt, durch die sich eine merkbare Bewegung in eine positive Richtung zeigt.

Die Hauptfrage mit den zwei Unterfragen, welche die Grundlage der vorliegenden Masterthese bilden, werden hier nochmals zur Erinnerung angeführt.

Welche Wirkfaktoren ergeben sich aus der Sicht der Integrativen Gestalttherapie bei der Behandlung von vorübergehenden Depressionen?

Welche Interventionen der Integrativen Gestalttherapie führen aus Therapeut*innensicht zu Symptomreduktion bei vorübergehenden Depressionen?

Welche Möglichkeiten der Integrativen Gestalttherapie könnten einen Wendepunkt hinsichtlich der Verbesserung des Antriebs und der Aktivität bei an einer vorübergehenden Depression leidenden Personen bringen?

Die gewonnen Erkenntnisse werden in der Folge beschrieben, miteinander in Bezug gesetzt, sowie mit Forschungsergebnissen zusammengeführt und deren Bedeutung für die zukünftige Forschung herausgearbeitet.

5.1 Zentrale Ergebnisse

Um die Relevanz der Wirkfaktoren bei der Behandlung von leichten und mittelgradigen Depressionen zu untersuchen, wurden acht Interviews mit Gestalttherapeut*innen geführt. Dadurch konnte ein umfassendes Bild über die Wirk- und Heilfaktoren aus deren Erfahrungswelt gezeichnet werden. Der Studie liegt ein ergebnisoffener Prozess (Mayring, 2016), ohne eine im Vorhinein festgelegte Hypothesenbildung, zugrunde.

Die folgenden, für die Integrative Therapie als bedeutsam angesehenen Wirk- und Heilfaktoren - einführendes Verstehen und Empathie, emotionale Annahme und Stütze, Hilfe bei der realitätsgerechten, praktischen Lebensbewältigung, Förderung emotionalen Ausdrucks, Förderung von Einsicht und Sinnerleben, Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit, Förderung leiblicher Bewusstheit und Selbstregulation, Förderung von Lernmöglichkeiten und Interessen, Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte, Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven, Förderung eines persönlichen Wertebezuges, Förderung des

prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke, sowie Ermöglichung von Solidaritätserfahrung und Empowerment – hat Hilarion Petzold (2012) als salutogenetische Wirkmomente formuliert.

Die dieser Studie zugrunde liegenden Forschungsfragen können durch die hervorgebrachten Forschungsergebnisse beantwortet werden.

5.1.1 Therapeutische Beziehung

In Bezug auf die Wirkfaktoren ist als zentrales Ergebnis die Beziehungsperspektive zu nennen. Als Fundament für einen gelingenden und heilsamen Therapieprozess geben alle Expert*innen die zugewandte, wertschätzende und vorbehaltlose Haltung im Kontakt an, durch den Klient*innen in ihrer Not gesehen und wahrgenommen, sowie mit ihren Kompetenzen und Bewältigungsstrategien gewürdigt werden. Das Sehen und Anerkennen der krisenhaften Situation und die Annahme der Klient*innen in ihrem Dasein, mit allem, was sie bedrückt, scheint die Veränderung zu fördern und somit als bedeutsamer Wirkfaktor zu gelten. Die Klient*innen in ihrer Autonomie als Gegenüber auf Augenhöhe anzuerkennen und sie durch Zutrauen in ihrer Entwicklung zu fördern, wird als Aspekt der therapeutischen Haltung gesehen. Das lässt sich durch Yontef (1999) untermauern, der davon ausgeht, dass der Kern der Bestätigung das Zutrauen in das Wachstumspotential des Gegenübers ausmacht, dass es werden kann, wozu es aufgerufen ist. Das Loslassen der Opferhaltung seitens der Klient*innen kann dadurch begünstigt werden. Als Teil der Haltung scheint es wichtig zu sein, - in der Therapie generell und bei depressiven Menschen speziell - keinen Druck zu machen. Das deckt sich mit den Aussagen von Fritz Perls (2018), der meint, dass Veränderungen nicht erzwungen werden können und dass Wachstum beginnt, indem man mit sich selbst in Berührung kommt. Von den Gestalttherapeut*innen wird es als förderlich betrachtet, wenn das Gefühl entstehen kann, dass die Klient*innen da sein können, wie sie sind und nichts leisten müssen. Der Wirkfaktor ‚Therapeutische Beziehung‘ soll daher als zentraler Punkt dieser Masterthese hervorgehoben werden. Er setzt sich aus den drei wichtigen Bereichen – Beziehung, Stütze und Resonanz - zusammen. Begegnung und Beziehung, ein Kontakt in Verbundenheit und Präsenz mit einem interessierten und wertschätzend zuhörenden Gegenüber, das die Schwere der Situation mitträgt, ohne vorschnell Lösungen anzubieten, wird als wesentlicher Wirkfaktor von allen

Expert*innen beschrieben. Es geht darum, dass für die Klient*innen spürbar wird, dass ihnen jemand zuhört, sie nicht mehr allein sind und einen Ort haben, wo sie genügend Raum bekommen, da zu sein und reden zu können, ohne das Gefühl haben zu müssen, sie belasten zu stark.

Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer qualitativen Meta-Analyse von Timulak (2007), aus der Auswirkungen hilfreicher Ereignisse in der Therapie aus Klient*innensicht hervorgehen. In allen sieben analysierten Studien wird als Auswirkung Entspannung durch die zwischenmenschliche Erfahrung von Sicherheit mit den Therapeut*innen angegeben oder das weniger überwältigende Erleben von Besorgnis. Dabei könnte der Beitrag der Therapeut*innen – Empathie, Bestätigung, Hoffnung – eine Rolle gespielt haben.

Die Gestalttherapeut*innen erwähnen, dass sie je nach Schweregrad der Depression, eine stützende Funktion, auch Hilfs-Ich genannt, einnehmen. Sie signalisieren dadurch ihre Unterstützung und stellen den in ihrer Selbstwirksamkeit eingeschränkten Klient*innen ihre Gedanken und Ideen als Wahlmöglichkeiten zur Verfügung. Ergänzend dazu, gilt es als förderlich, wenn die positiven und gelingenden Aspekte von Therapeut*innenseite anerkannt oder verstärkt werden und zur oftmals negativen Sichtweise eine andere angeboten wird. Erst wenn die Klient*innen ihre eigenen Stützfunktionen stabilisiert und Selbstwirksamkeit wiedergewonnen haben, wird zu erlebnisaktivierenden oder konfrontierenden Interventionen übergegangen. Dazu passt der von Laura Perls (2005) stammende Begriff ‚Stützung‘. Sie betrachtet es als wesentlichen Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit, dass sich die Klient*innen ihrer Stützen in sich selbst bewusst werden, damit sie sich auf sich selbst verlassen können und weist gleichzeitig auf die stützende Funktion der Therapeut*innen hin.

Der Wert der wahrgenommenen Resonanz im therapeutischen Geschehen wird ebenfalls als weiterer nützlicher Faktor und gleichzeitig als herausfordernd wahrgenommen. Obwohl die geduldige, die Situation anerkennende Haltung und das Vertrauen in eine Lösung zum richtigen Zeitpunkt als Teil der therapeutischen Beziehung wirkungsvoll zu sein scheinen, wird eingeräumt, dass es gleichzeitig die größte Schwierigkeit ist, die gemeinsame Schwere, Bewegungs- und Sprachlosigkeit auszuhalten. Auf diese Ambivalenz wird von mehreren Gestalttherapeut*innen hingewiesen. Die genannten Aspekte können mit den Wirkfaktoren ‚Einführendes

Verstehen und Empathie‘ und ‚Emotionale Annahme und Stütze‘ bei Petzold (2012) in Verbindung gebracht werden.

5.1.2 Wendepunkte und therapeutische Beziehung

In Zusammenhang mit der therapeutischen Beziehung als Wirkfaktor sind die Ergebnisse der Fragestellung nach merkbaren Wendepunkten in der Therapie zu erwähnen. Als essenzieller Auslöser für einen Wendepunkt wird von einigen Expert*innen auch die therapeutisch intensive Nähe erachtet, durch die das gemeinsame depressive Erleben über lange Zeit ausgehalten, durch gemeinsames Weinen und Reden seinen Ausdruck finden und zu einem Ausweg aus der Hoffnungslosigkeit führen kann. Wenn ein zugewandter, enger Kontakt dieser Art gelingt, scheint das förderlich zu sein, um aus der Emotionslosigkeit und der Selbstabwertung in eine Idee von Selbstanerkennung zu kommen. Von einer Therapeutin wird der Wert des gemeinsamen Berührtseins bestätigt, weil dadurch, ihrer Beobachtung nach, die liebevolle Annahme von eigenen, verletzten Anteilen begünstigt sein, und das Weinen zudem aus der Emotionslosigkeit führen kann. Weiters wird von einer Therapeutin angemerkt, dass durch die Präsenz eines wertschätzenden Gegenübers eher ein Ausweg aus der Enge des Tunnelblicks zu einem Blickwinkel von mehreren Möglichkeiten gelingen kann.

Es kann festgestellt werden, dass die Auslöser der beschriebenen Wendepunkte eng mit dem zusammenhängen, was in der Integrativen Gestalttherapie unter therapeutischer Beziehung verstanden wird. Dabei geht es um die, unter 2.4.3 beschriebene, dialogisch-stützende Komponente. Als außergewöhnlicher Auslöser kann die Beziehungskomponente betrachtet werden, die von Martin Buber dann als heilsam beschrieben wird, wenn sich Therapeut*innen und Klient*innen gleichermaßen für das Neue öffnen, das im dialogischen Prozess entstehen kann. Die ‚Heilung aus der Begegnung‘ entsteht dadurch, dass sich die Therapeut*innen nicht auf die Expert*innenrolle reduzieren, sondern sich auf die Beziehung einlassen und offen sind für das, was zwischen beiden im therapeutischen Geschehen als Drittes im gemeinsamen Projekt entsteht (Voitsmeier-Röhr, 2017, S. 60).

Die Einschätzungen von Momenten in der Therapie, die eine Wende in eine positive Richtung verursachen, variieren. Drei Viertel der Befragten geben an, dass es oftmals, jedoch nicht in jedem therapeutischen Prozess, merkbare Wendepunkte gibt, die eine

Bewegung in eine positive Richtung markieren. Für zwei Therapeut*innen sind Veränderungen erst retrospektiv im Nachhinein feststellbar. Eine andere macht die Erfahrung, dass sich Wendepunkte oft auch abseits des Therapiekontextes, zwischen den Stunden, ereignen können. Eine bedeutsame Rolle spielt dabei, ihrer Meinung nach, die Beziehungsarbeit, auch außerhalb der Therapiestunden, wenn sich Therapeut*innen bereit erklären, auch in ihrer Freizeit in kritischen Situationen für die Klient*innen da zu sein.

5.1.3 Gefühle und Körper

Die in der Hauptkategorie ‚Gefühle‘ gesammelten Befragungsergebnisse zeigen, dass der Kontaktverlust zu sich selbst und zur sozialen Umwelt als ein wesentlicher Aspekt von Depressionen angesehen wird. Francesetti und Roubal (2020) untermauern das mit der Aussage, dass bei Depressiven die affektive Brücke als Teil der eigenen Subjektivität, die die Verbindung zum Beziehungsfeld herstellen soll, eingebrochen und das Erreichen des anderen dadurch verunmöglicht ist. Das deckt sich mit der praktischen Erfahrung der befragten Gestalttherapeut*innen. Von einer Depression Betroffene scheinen mit sich selbst nicht mehr in Kontakt zu sein, nicht mehr zu ihren Gefühlen hinkommen und sich auch in Beziehungen nicht mehr spüren können. Dieses Abgeschnittensein, das Klient*innen oft als Leere, als etwas Dumpfes beschreiben, wird von ihnen als große Pein empfunden. Der Kontakt zu den Gefühlen ist verloren gegangen und gleichzeitig scheint es, wie eine Therapeutin anmerkt, ein Grundbedürfnis, eine Sehnsucht nach Verbindung und Geborgenheit zu geben.

Laut Einschätzung der Gestalttherapeut*innen gibt es unterschiedliche Zugänge für die Klient*innen, um der Entfremdung entkommen und Kontakt und Verbindung zurückgewinnen zu können. Die Beschäftigung mit der persönlichen Gefühlswelt scheint dabei eine essenzielle Rolle zu spielen.

Aufschluss darüber können die Ergebnisse der Hauptkategorie ‚Symptomreduktion‘ geben, die zwar keine Resultate über konkrete Symptome und deren Verringerung, aber mögliche Wege zu positiver Veränderung und Rückkehr zur Selbstwirksamkeit hervorbringen. Dabei scheinen die Schulung der Selbstbeobachtung und Selbstwahrnehmung sowie die sinnesspezifische Sensibilisierung im therapeutischen Geschehen eine wesentliche Rolle zu spielen. Es scheint darum zu gehen, mit sich selbst in Kontakt zu kommen, das eigene ‚Ich‘, seine persönlichen Gefühle und

Bedürfnisse wahrnehmen und ihnen vertrauen zu können, um in der Lage zu sein, gut für sich zu sorgen und sich abzugrenzen. Beachtung findet dabei auch, wie die eigenen Gefühle und Bedürfnisse gesellschaftlich akzeptiert ausgedrückt und gelebt werden können. Die ‚Förderung des prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbst referentieller Gefühle und Kognitionen‘ wird bei Petzold (2012) als Wirkfaktor erwähnt.

Überraschend ist, dass sich die Inhalte der Hauptkategorie ‚Gefühle‘ durch den ergiebigen Input der Expert*innen ergeben haben, obwohl in der Interviewsituation nicht danach gefragt wurde. Gestalttherapeut*innen sehen es als bedeutsam an, dass Klient*innen für ihr inneres Erleben sensibilisiert werden und sich mit sich selbst und den unzugänglichen Gefühlen beschäftigen. Die hinter der Depression liegenden Gefühle sollen erforscht, also wahrgenommen, beschrieben und benannt werden können. Es geht darum, dass Gefühle, im therapeutischen Kontext, so wie sie sich zeigen, anerkannt werden können und nicht wegdiskutiert werden. Weiters scheint es wichtig zu sein, dass Klient*innen auf die Verlässlichkeit der eigenen Gefühlssignale vertrauen lernen, weil Gefühle Informationen über sie selbst liefern und Entwicklung fördern können. Das Ausdrücken von Gefühlen wird, laut den Untersuchungsergebnissen, von den Betroffenen als anstrengend und gleichzeitig entlastend erlebt. Ein Bezug zum Wirkfaktor ‚Förderung des emotionalen Ausdrucks‘ bei Petzold (2012) kann hergestellt werden.

Die Expert*innen nennen mit großer Mehrheit den phänomenologischen Aspekt auf die Frage, wie Zugang zu den Gefühlen gefunden werden kann. Dabei wird das Phänomen genutzt, das sich im Moment der Therapiesituation zeigt, und die dabei entstehenden Resonanzgefühle. Die Wahrnehmung der Phänomene kann über das Gespräch, die Präsenz, den Leib und Körper oder etwas Kreatives erfolgen, also ganz unterschiedlich sein. Dies passt zu den Aussagen von Netzer (2018) die es als Aufgabe der Therapeut*innen sieht, die Klient*innen bei der Wiederaneignung des körperlichen Selbst zu unterstützen, indem sie besondere Aufmerksamkeit auf das gegenwärtige Wahrnehmen körperlicher Empfindungen und Erfahrungen richten. Sie meint, dass sich die Klient*innen durch den phänomenologischen Zugang in Resonanz eher verstanden fühlen und eine eigene Sprache für ihre Erfahrung finden können. Auch laut den befragten Therapeut*innen scheint die Arbeit mit dem Körper essenziell zu sein, da sich

viel Belastendes auf der körperlichen Ebene zeigt. Das Benennen des Gefühls über den Körper scheint den Betroffenen meist leichter zu fallen, weil sie wahrnehmen können, wo etwas zieht, sich verkrampft oder schwer auf ihnen lastet. In diesem Zusammenhang ist Damasio (2017) zu erwähnen, der auf die enge Verknüpfung von Körper und Gefühlen hinweist, indem er Gefühle als gleichzeitig interagierende Phänomene von Körper und Nervensystem bezeichnet. Laut den Forschungsergebnissen der Expert*innen kann es als erleichternde und lösende Erfahrung erlebt und als Wirkfaktor zu positiven Veränderungsschritten gesehen werden, wenn es in der Therapiestunde gelingt, das Phänomen wahrzunehmen, das belastende Gefühl zu benennen und gemeinsam auszuhalten.

Eine Therapeut*in hat gute Erfahrung mit der Änderung des Settings, um eher Zugang zu den Gefühlen zu bekommen. Sie setzt dabei an der Erfahrungswelt der Klientin an, die im Auto sitzend leichter über ihre Befindlichkeit reden kann und greift diese Sitzordnung in der Therapie auf.

Um den Kontakt zu sich selbst zu finden, geben einige Gestalttherapeut*innen auch den Einsatz von kreativen Medien an, der als hilfreich empfunden wird. Als besonders wirksam wird die Arbeit mit Ton genannt, der vielseitig verwendbar ist und beispielhaft in Zusammenhang mit Aggression und Wut erwähnt wird. Auch Gefühlskarten finden Verwendung, um sich schrittweise dem Gefühl annähern zu können.

Es wird von manchen Therapeut*innen als hilfreich angesehen, eine Auswahl an verschiedenen Gefühlen anzubieten, aus denen die Klient*innen wählen können, weil es diesen dadurch eher gelingt anzugeben, welches davon auf ihre Situation zutreffend ist.

Von einer Therapeutin wird auf die Wichtigkeit der Verlangsamung hingewiesen, um in Kontakt mit den Gefühlen zu kommen. Dies gilt es, ihrer Ansicht nach, besonders bei Klient*innen mit großem Redebedarf zu beachten.

5.1.4 Weitere Wirkfaktoren

Als lösender und positiver Wirkfaktor wird von zwei Therapeut*innen der Humor angegeben. Das gemeinsame Lachen, das oft von den Klient*innen selbst ausgeht, wird als heilsam und entlastend empfunden.

Für alle Expert*innen scheint die Rückschau auf die Familiengeschichte wichtig, um einen Zusammenhang mit den momentanen Belastungen ihrer Klient*innen herstellen zu können. Einige geben an, dass sich durch die Beschäftigung mit Werten und Bedürfnissen oft der Zugang zur Biografie ergibt und gelerntes Verhalten, wie etwa das Unterdrücken von Gefühlen oder Diskrepanzen zwischen dem eigenen und familiären Wertesystem sichtbar und verstehbar werden.

Eine der Therapeut*innen erlebt dieses Verstehenkönnen von eigenen Mustern und von familiären Zusammenhängen als immer wieder zu beobachtenden Wirkfaktor in ihrer Praxis. Dazu sei auf den bei Petzold (2012) angeführten Wirkfaktor ‚Förderung der Einsicht und des Sinnerlebens‘ verwiesen. Es scheint, dass die innere Erkenntnis dessen, was für einen hilfreich ist, die Spirale nach oben in Gang setzen kann. Laut der Meinung einiger Expert*innen können Handlungsoptionen eher gesehen werden, wenn verstanden und anerkannt wurde, warum man ist, wie man ist. Die Erklärung und das Verständnis für das eigene Fühlen und Handeln kann aus der Hoffnungslosigkeit führen und neue Perspektiven eröffnen.

In der von Timulak (2007) veröffentlichten qualitativen Meta-Analyse, die sich mit Auswirkungen von Ereignissen im Therapiekontext beschäftigt, ergibt sich dazu ein divergierendes Bild. Die dort dargestellte Sichtweise von Klient*innen kommt, im Vergleich zu der in dieser Studie dargestellten Therapeut*innenperspektive, zu einem differenten Ergebnis. Im Gegensatz zu dem hier lediglich von wenigen Expert*innen erwähnten Wirkfaktor des Erkennens und Verstehens, finden sich dort Belege in allen analysierten Studien. In der Kategorie ‚Bewusstsein/Einblick/Selbstverständnis‘ werden die Beiträge von verschiedenen Ebenen des Bewusstwerdens von Aspekten einer Erfahrung oder gegenwärtigen und vergangenen Lebenssituationen abgebildet, welche sich als hilfreiche Ereignisse für die Klient*innen auswirken.

Wesentlich erscheint, dass die depressive Person merkt, dass sie handlungsfähig ist, wobei die tägliche Selbstfürsorge dabei als ermächtigend und förderlich angesehen wird. Das Vermögen, die eigene Situation zur Sprache bringen zu können, weil durch das Benennen klarer gesehen und Orientierung gefunden werden kann, wird als wichtig erachtet, um aus der Insuffizienz zu kommen. Ein Bezug zu den von Petzold (2012) formulierten Wirkfaktoren ‚Förderung der Einsicht‘ und ‚Förderung kommunikativer

Kompetenz und Beziehungsfähigkeit‘ sowie ‚Förderung der leiblichen Bewusstheit‘ kann hergestellt werden.

Die Einschätzung der interviewten Therapeut*innen ist keineswegs einheitlich, jedoch beschreiben alle die Bedeutung des phänomenologischen Aspekts und die Arbeit mit dem Körper und den Gefühlen als essenziell.

5.1.5 Förderliche Interventionen und Faktoren

Was die therapeutischen Interventionen betrifft, zeigt sich, dass die Verschränkung von geistiger und sprachlicher Ebene mit körperlichem Erleben und Spüren im Sinne der Ganzheitlichkeit in der Gestalttherapie zentral ist. In der Praxis einiger Expert*innen nehmen, neben dem Gespräch, auch kreative Medien und Methoden einen wichtigen Stellenwert ein, um ergänzend zur kognitiven Beschäftigung, ins Erleben zu kommen.

Eine Therapeutin bezeichnet es als Wirkfaktor, etwas in der richtigen Weise anzusprechen. Sie sieht es als wichtige Aufgabe der Therapeut*innen an, für die Klient*innen die Hoffnung und Zuversicht aufrecht zu erhalten, damit ihnen bewusst werden kann, dass die Depression kein Dauerzustand ist. Genauso bedeutsam scheint ihr die Hilfestellung beim Finden von Perspektiven.

Alle Expert*innen geben an, sich mit Ressourcenaktivierung zu beschäftigen. Darunter verstanden wird das Fördern des Zugangs zu freudvollen Momenten, das Bewusstmachen von Bewältigungsstrategien und die Funktion des stützenden sozialen Umfeldes. Uneinigkeit besteht jedoch, was den Zeitpunkt im Prozess betrifft. Zwei Therapeut*innen kümmern sich von Anfang an um Ressourcen, in der Hoffnung, dass die Klient*innen dadurch Kontakt zu positiven Gefühlen und somit zu sich selbst erlangen können. Die anderen weisen darauf hin, dass in ihrer Erfahrung depressive Menschen schwer Zugang zu ihren Ressourcen finden und sich diesen erst in Minischritten annähern können.

Die Untersuchungsergebnisse hinsichtlich der Wendepunkte zeigen, dass sich diese auch extrinsisch, durch äußere, geänderte Umstände - wie ein neuer Job oder eine neue Paarbeziehung - ergeben können, oder intrinsisch, etwa durch den Zugang zur Wut.

Ein weiterer förderlicher Faktor scheint die Wiederaufnahme von Sozialkontakten, ein auch von Petzold (2012) genannter Wirkfaktor, zu sein, sowie sportliche Betätigung.

Als weiterer Auslöser von Wendepunkten werden von einigen Therapeut*innen Aha-Momente betrachtet, eine Art Erleuchtung, die etwas im Leben der Betroffenen verstehbar macht und wodurch sich daher etwas lösen kann.

Bedeutsam für eine Wende scheint für manche Expert*innen auch das Finden bzw. Wiederentdecken eines Lebenssinns zu sein. Dies lässt sich mit den von Petzold (2012) formulierten Wirkfaktoren ‚Förderung von Einsicht und Sinnerleben‘ in Zusammenhang bringen.

Anzumerken ist, dass die Frage nach der Symptomreduktion in den Leitfragen keinen Aufschluss darüber gebracht hat, welche Symptome reduziert wurden, bzw. wodurch dies erkennbar sein könnte. Es ist zu vermuten, dass die Frage nach den zu positiver Veränderung führenden Interventionen diesen Aspekt überlagert hat.

Abschließend lässt sich feststellen, dass die Ergebnisse hinsichtlich der therapeutischen Beziehung, sowie jene des ganzheitlichen, körperorientierten, gestalttherapeutischen Zugangs die größte Übereinstimmung ergeben haben und als wirkungsvolle Faktoren von allen Expert*innen genannt werden. Die darüber hinaus erwähnten Wirkfaktoren werden von einzelnen bzw. mehreren Therapeut*innen als bedeutsam beschrieben, haben aber nicht die gleiche Aussagekraft. Nuancen in den Einschätzungen scheinen sich aus den unterschiedlich gewählten Herangehensweisen der Expert*innen im therapeutischen Setting bzw. aus deren differenten Erfahrungswerten zu ergeben.

5.2 Limitationen und Ausblick

Durch die vorliegende Masterthesis konnten interessante, für die zukünftige Forschung bedeutsame Aspekte herausgearbeitet werden, was die gestalttherapeutischen Wirkfaktoren bei der Behandlung von Depressionen betrifft. Die Auswertung von acht Expert*inneninterviews erweist sich zwar als insgesamt ergiebig, kann jedoch für eine fundierte wissenschaftliche Aussage nur als Grundlage zur Verfügung stehen, da deren qualitative Daten nicht durch objektive Messungen überprüft werden können. Es fehlt an quantitativen Daten, die zur Validierung der Ergebnisse notwendig wären. Um diese Limitationen zu überwinden, wäre es sinnvoll, die Ergebnisse der Expert*inneninterviews mit anderen Forschungsansätzen zu triangulieren, wie z.B. mit quantitativen Studien oder Meta-Analysen. Ausgespart geblieben ist auch die Perspektive der Klient*innen, also deren Blickwinkel auf den Bereich der Wirksamkeit

im therapeutischen Geschehen. Dies stellt somit eine Forschungslücke dar. Weiters hat der Teil der Fragestellung nach der Symptomreduktion keine konkreten Ergebnisse gebracht. Die Fragestellung, welche Symptome durch bestimmte Interventionen schwächer geworden sind, bzw. wodurch sich das gezeigt hat, könnte zukünftig Gegenstand der quantitativen Forschung sein. Die ‚Therapeutische Beziehung‘, als bedeutsamer Wirkfaktor bereits anerkannt, hat sich auch in dieser Studie als Hauptwirkfaktor herauskristallisiert. Zukünftige Forschungsprojekte müssten sich dennoch eingehender damit befassen, ebenso wie mit den anderen Wirkfaktoren, die weit weniger erforscht sind und somit ebenfalls als Forschungslücke bezeichnet werden können. Eine offene Frage bleibt auch, ob das Ergebnis ein anderes wäre, wenn männliche Therapeuten befragt worden wären, weil die möglicherweise andere Erfahrungen als ihre weiblichen Kolleg*innen haben. Offen bleibt auch, ob die Ergebnisse im Lebensraum einer Großstadt sich mit jenen im ländlichen Raum decken.

Durch das Augenmerk auf Wendepunkte werden kleine Veränderungsmomente, wie Mosaikbausteine des Therapiegeschehens, in den Blick genommen. In der vorliegenden Forschungsarbeit handelt es sich dabei zweifellos um interessante, doch lediglich zu wenige von den Therapeut*innen spontan beschriebene Momentaufnahmen, um eine fundierte wissenschaftliche Aussage darüber treffen zu können. Sie stellen daher nur bedingt eine Verlässlichkeit dar und liefern bestenfalls eine Idee oder Grundlage für zukünftige Forschungsprozesse, bilden also eine Forschungslücke, die im Rahmen einer größeren Studie, durch weitere Untersuchungen geschlossen werden müsste. Interessant wäre dabei, Wendepunkte in einem zeitlich längeren Rahmen oder sogar in einem therapeutischen Gesamtprozess zu erforschen. Weiters könnte man zum Vergleich, den Blickwinkel der Klient*innen forschungsmäßig mitbedenken und sie fragen, ob sie das auch so erlebt, bzw. wo sie die Wendepunkte im Prozess wahrgenommen haben.

Die genannten Forschungslücken zu schließen, liegt im Aufgabenbereich der zukünftigen Forschung.

5.3 Resümee

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die therapeutische Beziehung und der ganzheitliche, körperorientierte Zugang der Integrativen Gestalttherapie als

hauptsächliche Wirkfaktoren aus Therapeut*innensicht bei der Behandlung von vorübergehend an Depression erkrankten Personen herauskristallisiert haben.

Durch einfühlsames Begegnen im therapeutischen Geschehen scheinen positive Veränderungsschritte und Heilung möglich zu werden. Die Haltung des wertschätzenden, vorbehaltlosen Sehens und Anerkennens der Klient*innen in ihrer krisenhaften Situation ist dabei grundlegend. Die drei Bereiche – Beziehung, Stütze und Resonanz – sind im therapeutischen Kontext der Integrativen Gestalttherapie zentral. Das gemeinsame Erleben, - Berührtsein, Verzweiflung, Wut, Humor, Sinnlichkeit und Freude – begünstigt das Anerkennen von verletzten Anteilen und eröffnet neue Perspektiven des Fühlens und Handelns.

Als zweiter Wirkfaktor ist der ganzheitliche Zugang der Integrativen Gestalttherapie zu nennen. Die Sichtweise, nach der die geistige und leibliche Dimension ineinander verschränkt und ständig in Austausch mit der sozialen Umwelt sind, findet Beachtung im therapeutischen Vorgehen. Da nur körperlich-leiblich wahrgenommene Reaktionen als eigene identifiziert werden können, erweist sich die Einbeziehung der Körper- und Gefühlswahrnehmung als notwendig und wirksam. Die Beschäftigung mit der Gefühlswelt hat sich in der vorliegenden Masterthese als wichtiger Bereich herausgebildet, obwohl im Rahmen der Interviews nicht dezidiert danach gefragt wurde. Das gemeinsame Aushalten von Gefühlen wird dabei als hilfreicher und unterstützender Faktor beschrieben.

Abschließend wird der Blick auf die Therapeut*innen gerichtet, die sich im Sinne des phänomenologischen Ansatzes als leibliches Du den Klient*innen gegenüber zur Verfügung stellen, auf das Resonanzgeschehen einlassen und dadurch Teil des Heilungsgeschehens werden. Ihnen gilt wertschätzender Respekt und Anerkennung.

LITERATURVERZEICHNIS

- Buber, M. (2021). *Das dialogische Prinzip* (16. Auflage). Lambert Schneider.
- Buber, M. (2005). *Ich und Du*. Lambert Schneider.
- Blankertz, S., & Doubrawa, E. (2017). *Lexikon der Gestalttherapie*. Peter Hammer Verlag.
- Clarkson, P., & Mackewn, J. (1995). Frederick S. Perls und die Gestalttherapie. Edition Humanistische Psychologie.
- Damasio, A. (2017). *Am Anfang war das Gefühl*. Siedler.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien (10. Auflage). Hogrefe.
- Fuchs, Th. (2017). *Das Gehirn - ein Beziehungsorgan* (5. Auflage). Kohlhammer.
- Fuhr, R., Gremmler-Fuhr, M., & Sreckovic, M. (Hrsg.). (2001). *Handbuch der Gestalttherapie* (2. Auflage). Hogrefe.
- Fuhr, R., & Gremmler-Fuhr, M. (2002). *Gestalt-Ansatz* (2. Auflage). Verlag Andreas Kohlhage.
- Francesetti, G., Gecele, M., & Roubal, J. (Hrsg.). (2016). *Gestalt-Therapie in der klinischen Praxis*. Verlag Andreas Kohlhage.
- Francesetti, G., & Roubal, J. (2020). Gestalt Therapy Approach to Depressive Experiences. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 10(2), 39-45.
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-39>
- Goodman, P., Hefferline, R. F., & Perls, F. S. (Hrsg.). (2016). *Gestalttherapie* (10. Auflage). Klett-Cotta.

- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe.
- Hochgerner, M., Hoffmann-Widhalm, H., Nausner, L., & Wildberger, E. (Hrsg.). (2018). *Gestalttherapie* (2. Auflage). Facultas.
- Joyse, P., & Sills, C. (2015). *Gestalttherapeutische Kompetenzen für die Praxis*. Verlag Andreas Kohlhage.
- Kaisler, R. (2023). Common mental disorders in Gestalttherapy treatment: A multiple case study comparing patients with moderate and low integrated personality structures. *Frontiers in Psychology, 14*, 1-18.
- Mayring, Ph. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (6. Auflage). Beltz.
- Mayring, Ph. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse* (12. Auflage). Beltz.
- Mentzos, St. (2017). *Lehrbuch der Psychodynamik* (8. Auflage). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Merleau-Ponty, M. (2016). *Das Primat der Wahrnehmung* (5. Auflage). Suhrkamp.
- Nausner, L. (2018). Anthropologische Grundlagen der Integrativen Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner, & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 44-60). Facultas.
- Netzer, I. (2018). Körperorientierte Arbeit in der Integrativen Gestalttherapie – die Wiederaneignung des körperlichen Selbst. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner, & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 250-258). Facultas.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (2016) *Gestalttherapie. Zur Praxis der Wiederbelebung des Selbst* (10. Auflage). Klett-Cotta.
- Perls, F. S. (2018). *Gestalt-Therapie in Aktion* (12. Auflage). Klett-Cotta.
- Perls, L. (2005). *Leben an der Grenze* (3. Auflage). Verlag Andreas Kohlhage.

- Petzold, H. G. (2012). Die ‚Vier Wege der Heilung und Förderung‘ und die ‚14 Wirkfaktoren‘ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung. *Integrative Therapie*, 3, 12–30.
- Portele, H. (1994). Martin Buber für Gestalttherapeuten. *Zeitschrift der deutschen Vereinigung für Gestalttherapie*, 1/94, 5–18.
- Raffagnino, R. (2019). Gestalt Therapy Effectiveness: A Systematic Review of Empirical Evidence. *Open Journal of Social Sciences*, 7, 66-83.
<http://doi.org/10.4236/jss.2019.76005>.
- Richter, K. F. (2011). *Erzählweisen des Körpers* (2. Auflage). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Roubal, J. (2007). A Gestalt Theoretical Perspective. *Britisch Gestalt Journal*, 16, 35-43. ISSN 0961-771X.
- Rumpler, P. (2018). Soziokulturelle und biographische Voraussetzungen bei der Theoriebildung von Gestalttherapie durch Fritz und Lore Perls. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner, & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 85-106). Facultas.
- Schigutt, R. (2018). Grundsätzliche Überlegungen zur gestalttherapeutischen Praxis. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner, & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 229-239). Facultas.
- Schmidt-Lellek, C. J. (2018). Gestalttherapie als dialogisches Verfahren. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner, & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 61-84). Facultas.
- Soff, M. (2018). Gestalttheorie und Feldtheorie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner, & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 13-43). Facultas.

Staemmler, F. M. (1993). *Therapeutische Beziehung und Diagnose*. Klett-Cotta.

Staemmler, F. M. (2001). Gestalttherapeutische Methoden und Techniken. In R. Fuhr, M. Sreckovic, & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 439-460). Hogrefe.

Staemmler, F. M. (2009). *Das Geheimnis des Anderen – Empathie in der Psychotherapie*. Klett-Cotta.

Staemmler, F. M. (2009). *Was ist eigentlich Gestalttherapie?* Edition Humanistische Psychologie.

Stojetz, S. (2023). Depressionen nehmen zu und sind (noch immer) überwiegend weiblich.

[OTS.ots.at/presseaussendung/OTS_20230929_OTSO170/depressionen-nehmen-zu-und-sind-noch-immer-ueberwiegend-weiblich](https://ots.ots.at/presseaussendung/OTS_20230929_OTSO170/depressionen-nehmen-zu-und-sind-noch-immer-ueberwiegend-weiblich)

Strümpfel, U. (2004). Forschungsstand der Gestalttherapie. In L. Hartmann-Kottek (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 325-366). Springer.

Strümpfel, U. (2006). *Therapie der Gefühle. Forschungsbefunde zur Gestalttherapie*. Edition Humanistische Psychologie.

Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17(3), 310-320.

<http://doi.org/310-320.10.1080/10503300600608116>

Votsmeier-Röhr, A., & Wulf, R. (2017). *Gestalttherapie*. Ernst Reinhardt Verlag.

Wegscheider, H. (2020). *Dialog und Intersubjektivität in der Gestalttherapie*. Verlag Andreas Kohlhage.

Wheeler, G. (2006). *Jenseits des Individualismus*. Peter Hammer Verlag.

Wheeler, G. (2015). *Kontakt und Widerstand* (2. Auflage). Verlag Andreas Kohlhage.

- Wiesing, L. (2016). Merleau-Pontys Entdeckung der Wahrnehmung. In *Das Primat der Wahrnehmung*. Suhrkamp.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227-255). Beltz.
- Yontef, G. M. (1999). *Awareness, Dialog, Prozess*. Verlag Andreas Kohlhage.
- Zabransky, D., Wagner-Lukesch, E., Stemberger, G., & Böhm, A., (2018). Grundlagen der Gestalttheoretischen Psychotherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner, & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 132-169). Facultas.

Einverständnis zum Interview



Donau-Universität Krems
Universität für Weiterbildung

Einwilligungserklärung zur Erhebung und

Datenverarbeitung von Interviewinhalten und -angaben.

Master-Thesis:

„Wirkfaktoren der Integrativen Gestalttherapie bei der Behandlung von vorübergehenden Depressionen“

Interviewerin: Mag.a Andrea Guggenberger

Befragte*r:

Datum:

Ich erkläre mich hiermit zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen der Master-Thesis von Mag.a Andrea Guggenberger, Studentin des Psychotherapie-Masterlehrgangs Psychotherapie – Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie an der Donau Universität Krems, bereit. Ich bin mit der Aufnahme des Interviews einverstanden und damit, dass die Inhalte transkribiert werden und zum wissenschaftlichen Zweck der Master-Thesis genutzt werden. Die Angaben zur Person werden anonymisiert und sind im Text nicht angegeben.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Leitfragen

Wirkfaktoren:

1. Woran lässt sich die gestalttherapeutische Behandlung von Menschen, die an vorübergehenden Depressionen leiden erkennen?
2. Was wirkt Ihrer Erfahrung nach im therapeutischen Prozess bei Menschen, die an vorübergehenden Depressionen leiden am meisten?
3. Es gibt noch andere Wirkfaktoren, wie Welche Erfahrungen haben Sie damit?
4. Was ist typisch für den Therapieverlauf bei den bisher von Ihnen begleiteten depressiven Personen? Wie intervenieren Sie im Laufe des Prozesses?
5. Was ist die größte Schwierigkeit bei der Behandlung von Depressionen? Was lässt sich beobachten?

Symptomreduktion:

6. Was sind die häufigsten Symptome, die Sie bei Menschen mit Depressionen genannt bekommen, bzw. wahrnehmen?
7. Welche Interventionen, wenden Sie beim Störungsbild der vorübergehenden Depression automatisch an, weil sie sich Ihrer Erfahrung nach als symptomreduzierend erwiesen haben?
8. Welche Interventionen, haben sich in der praktischen Arbeit mit depressiven Klient*innen als besonders nützlich erwiesen hinsichtlich einer besseren Lebensqualität, etwa des Antriebs oder der Aktivität?
9. Welche Interventionen, bringen Ihrer Erfahrung nach eine merkbare Veränderung? Was ändert sich?

Wendepunkte:

10. Welche offensichtlichen Wendepunkte – aus dem tiefen Loch heraus - fallen Ihnen spontan aus Ihrem Erfahrungsschatz ein?
11. Was genau konnten Sie dabei beobachten? Wodurch ist die Wende passiert? Was hat sich verändert?
12. Welche Interventionen führen direkt zur Umkehr in eine heilsame Richtung?

Transkriptionsregeln in Anlehnung an Witzel (1985)

1. Dialektbegriffe wurden eingedeutscht
2. Belassene umgangssprachliche Wörter wurden durch Unterstrich markiert z.B.
Grant
3. kleine Grammatikfehler wurden geglättet
4. direkte Rede wurde ohne Anführungszeichen angegeben
5. Namen der Interviewten wurden zur Anonymisierung durch die Buchstaben
A – H ersetzt; der Buchstabe I steht für die Interviewerin
6. (!) starkes Anheben der Stimme
7. (...) längere Pause ab 30 Sekunden
8. (☺) Lachen
9. ... angefangener, unfertiger Satz
10. *kursiv* Fachbegriffe
11. IG Integrative Gestalttherapie
12. bzw. beziehungsweise
13. * Gendermarkierung
14. H. Buchstabe mit Punkt als Abkürzung eines Patienten
15. (<>) Teile ausgelassen

Zitat	Paraphrase	Generalisierung	Kategorie
A: Das Allererste, was mir jetzt gleich in den Sinn gekommen ist: Was zeichnet denn die Gestalttherapie aus? Für mich ist es vor allem der Kontakt.	Der Kontakt ist ein wesentliches Merkmal der IG.	Kontakt ist zentral in der IG.	Kontakt
Wir sind miteinander in Kontakt, ich seh' dich, ich hör dich, da ist ja ganz viel Bestätigung und Anerkennung oder auch Spiegeln drin..	Bestätigung und Anerkennung im Kontakt durch visuelle und auditive Wahrnehmung und Zurückspiegeln derselben.	Sehen und hören des Gegenübers als Form der Wertschätzung.	Aspekte des Kontakts
Das sind ja schon einmal Wirkfaktoren, die schon sehr viel helfen, auch eben bei Menschen mit depressiven Erkrankungen. Also das allein ist schon einmal eine Grundhaltung, die wir in der IG ja noch mal ausformulieren und die schon sehr wirkt.	Wirkfaktoren, die sehr hilfreich, auch für depressive Menschen sind, eine Grundhaltung, die in der IG formuliert wird.	Grundhaltung in der IG als hilfreicher Wirkfaktor für Depressive.	Grundhaltung als Wirkfaktor
Das ist mein Eindruck. Dieses, da werde ich gesehen, da werde ich gehört, da werde ich bestärkt in	Gesehen und gehört werden, sowie die Wahrnehmung von Gefühlen und Bedürfnissen und die Erlaubnis ihnen zu folgen - ist meist nicht mitgegeben	Wahrgenommen werden und Erlaubnis den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen zu folgen als wohlthuender Wirkfaktor.	Akzeptanz und Anerkennen der Gefühle und Bedürfnisse

<p>meinen Gefühlen oder in meinen Bedürfnissen, da darf ich Bedürfnisse haben und denen auch folgen, das ist ja häufig nicht so mitgegeben worden. Das sind, so wie ich es erlebe, Wirkfaktoren, die dem Klienten ganz grundsätzlich schon einmal guttun.</p>	<p>worden - sind Wirkfaktoren, die guttun.</p>		
<p>Da macht man noch gar nicht großartig viel in irgendwelchen spezifischen Interventionen, sondern das ist wirklich nur mal die Grundhaltung, bzw. spezifische Interventionen sind's schon, wenn's darum geht, dass man die Bedürfnisse herausarbeitet, ganz viel in die Wahrnehmung geht. Wann habe ich was wo und wie gespürt? Und das darf auch so sein und wie kann dem auch Rechnung getragen werden?</p>	<p>Das ist die Grundhaltung, ohne Interventionen. Spezifische Interventionen sind das Herausarbeiten der Bedürfnisse, indem man viel in die Wahrnehmung geht, um herauszufinden, wann und wo man was wie gespürt hat, dass die Bedürfnisse da sein dürfen und wie man damit umgehen kann.</p>	<p>Grundhaltung und das Herausarbeiten und Anerkennen von Bedürfnissen, sowie der Umgang damit, als spezifische Intervention.</p>	<p>Grundhaltung und Anerkennen von Gefühlen und Bedürfnissen</p>

<p>Ich denke da jetzt an einen jungen Mann, der ist jetzt gerade nicht bei mir, kommt aber wieder zu mir, der ist zu mir gekommen, das war eigentlich schon eine schwere depressive Episode, er war vorher in einer psychiatrischen Aufnahme und ist dann von dort entlassen worden und zu mir gekommen.</p>	<p>Fallbeispiel eines jungen Mannes, der eine schwere depressive Episode hatte und in der Psychiatrie war.</p>	<p>Depressiver Patient nach Aufenthalt in der Psychiatrie in Therapie.</p>	<p>Fallbeispiel</p>
--	--	--	---------------------

