



Bachelorarbeit

Provokative Therapie nach Frank Farrelly

Eine qualitative Wirksamkeitsstudie

Miriam Schlüter-Bencharif

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referentin: Dr. E. Noni Höfner  
Geschäftsführerin des  
Deutschen Instituts für Provokative Therapie

Zürich, Mai 2008

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

## ***Vorwort***

Viele Menschen haben dazu beigetragen, dass ich diese Arbeit zu meinem Wunschthema verwirklichen konnte. Dr. E. Noni Höfner möchte ich dafür danken, dass sie meine Idee, die Wirksamkeit der Provokativen Therapie zu untersuchen, enthusiastisch angenommen hat, mir bereitwillig Zugang zu den nötigen Kontaktpersonen hergestellt und sich als meine Referentin zur Verfügung gestellt hat. Ich möchte mich ganz herzlich bei allen Klientinnen und Klienten bedanken, die mir Einblick in ihre persönlichen Problemgeschichten gewährt haben. Ohne ihre Bereitschaft zur Teilnahme und ihre Offenheit hätte meine Arbeit nicht zustande kommen können. Vielen Dank auch an die Therapeutinnen und Therapeuten für ihr geschultes Auge als Beobachtende, ihre Unterstützung beim Gewinnen ihrer Klientinnen und Klienten für meine Arbeit und für ihre hilfreichen Hinweise. Herzlichen Dank an Katja Stauffacher (einmal mehr) für ihr kritisches Auge beim Korrekturlesen. Mein Dank gilt auch Urs Rytz, dass er damals darauf bestanden hatte, mich zu Frank Farrellys Workshop mitzunehmen und sich dann im Rahmen meiner Arbeit für ein Probeinterview und fürs „Fachsimpeln“ zur Verfügung gestellt hat. Abschliessend möchte ich meinem Mann, Jan Schlüter, für seine Unterstützung auf allen Ebenen danken: Fachlich, moralisch, organisatorisch und dass er immer an mich glaubt.

## *Inhaltsverzeichnis*

<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>THEORETISCHER TEIL</b>	<b>3</b>
<b>1. Psychotherapie</b>	<b>3</b>
1.1. Definition.....	3
<b>2. Provokative Therapie</b>	<b>3</b>
2.1. Definition.....	3
2.2. Die Ursprünge.....	4
2.3. Menschenbild und Grundannahmen.....	4
2.4. Humor in der Provokativen Therapie .....	6
2.4.1. Humor und psychische Gesundheit.....	7
2.5. Therapieziele.....	8
2.6. Techniken und Verhaltensweisen .....	9
2.6.1. Provokative Kommunikation .....	10
2.6.2. Konfrontation.....	11
2.6.3. Direktes Feedback.....	11
2.6.4. Realitätsprüfung .....	12
2.6.5. Negativbild-Konfrontation.....	12
2.7. Vier Stadien im Prozess .....	13
2.8. Wirkung.....	13
<b>3. Wirksamkeit der Psychotherapie</b>	<b>14</b>
3.1. Wirksamkeitsforschung in der Therapie .....	14
3.2. Therapieschulenübergreifende Wirkfaktoren .....	15
3.2.1. Schlüsselfaktor: Therapeutische Beziehung.....	15
3.2.2. Schulenübergreifende Wirkfaktoren nach K. Grawe .....	16
<b>4. Rahmenmodell für die Untersuchung</b>	<b>18</b>

<b>EMPIRISCHER TEIL</b>	<b>19</b>
<b>5. Fragestellung und Arbeitshypothese</b>	<b>19</b>
<b>6. Untersuchungsmethode</b>	<b>20</b>
6.1. Untersuchungsgegenstand.....	22
6.1.1. Setting im Workshop.....	23
6.1.2. Aufzeichnungen der Therapiesequenzen im Workshop.....	24
6.2. Beschreibung der Stichprobe.....	24
6.3. Untersuchungsdesign.....	25
6.3.1. Problemzentrierte Interviews.....	25
6.3.2. Fragebogen.....	28
6.4. Zusammenfassender Überblick über das Untersuchungsdesign.....	29
6.5. Untersuchungsdurchführung.....	32
<b>7. Auswertung</b>	<b>33</b>
7.1. Aufbereitung der Interviews.....	33
7.2. Auswertung der Interviews und des Fragebogenmaterials.....	34
<b>8. Ergebnisse</b>	<b>35</b>
8.1. Ergebnisse der qualitativ orientierten Fallanalyse.....	36
8.1.1. Klientensystem 1: Familie A.....	36
8.1.2. Klientensystem 2: Jugendlicher B.....	40
8.1.3. Klientensystem 3: Ehepaar C.....	44
8.1.4. Klientensystem 4: Frau D.....	51
8.1.5. Klientensystem 5: Herr E.....	55
8.2. Zusammenfassung der Ergebnisse im Vergleich.....	60
8.2.1. Therapieerfolg.....	60
8.2.2. Wirkfaktoren.....	62
8.3. Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und Wirkfaktoren.....	64
<b>9. Diskussion und Ausblick</b>	<b>65</b>
9.1. Zusammenfassung des theoretischen Teils.....	65
9.2. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse.....	66
9.3. Hypothesenprüfung und neugenerierte Hypothesen.....	69
9.4. Methodenkritik.....	69
9.5. Schlussfolgerung und Ausblick.....	70
<b>10. Abstract</b>	<b>71</b>
<b>11. Literaturverzeichnis</b>	<b>72</b>
<b>12. Anhang</b>	<b>77</b>
12.1. Anhang 1 – Fragebogen für Klientinnen und Klienten.....	77
12.2. Anhang 2 – Interviewleitfaden für Klientinnen und Klienten (Interview Typ 1).....	78
12.3. Anhang 3 – Vorlage für Symptomverlaufskurve.....	80
12.4. Anhang 4 – Interviewleitfaden für Beobachtende (Interview Typ 2).....	81
12.5. Anhang 5 – Einverständniserklärung.....	83

## ***Einleitung***

„Als ich zum ersten Mal Frank Farrelly gesehen habe in einem dreitägigen Workshop, da fühlte ich mich hinterher, als sei ich vom Lastwagen überfahren worden. Der hat alle Regeln verletzt, die ich bis dahin in 15 Jahren [Psychotherapie-]Weiterbildung gelernt hatte, die man unter gar keinen Umständen verletzen darf.“

(Noni Höfner; zit. nach Farrelly, 2005, DVD 1, Kapitel 1)

Wie kann ein Psychotherapeut, der alle Regeln bricht, über so viele Jahre erfolgreich sein – einer, der während der Therapiesitzung schmutzige Witze erzählt, seine Klientinnen und Klienten auch mal unterbricht, einer, der flucht und sich der Gossensprache bedient, sich für das Symptom seiner Klientel sogar begeistert anstatt es zu beklagen und es wagt, Tabuthemen direkt und unverblümt anzusprechen (Potter, 2005)?

Mittels humorvoller Provokationen will Farrelly seine Klientinnen und Klienten dazu bringen, über sich selbst zu lachen, um so Distanz zu eigenen starren Sichtweisen und Einstellungen zu gewinnen. Dadurch können Auswege für scheinbar ausweglose Situationen sichtbar gemacht und unflexible Verhaltensmuster in Bewegung gebracht werden (Höfner & Schachtner, 2006). Farrelly selbst sagt:

„... ich provoziere ihren Realitätssinn, indem ich mich idiotisch, surreal und dumm verhalte, meine Erhabenheit aus dem Fenster werfe, um ihnen zu neuen Erfahrungen zu verhelfen.“

(Frank Farrelly; zit. nach Hain, 2001, S. 62)

Obwohl einige anekdotische Aussagen über die positive Wirkung der Provokativen Therapie bestehen (vgl. Kapitel 2.8), sind keine empirischen Studien über den Effekt der Provokativen Therapie bekannt (Höfner & Schachtner, 2006; Titze & Eschenröder, 2004). Deshalb exploriert die vorliegende Arbeit die Wirksamkeit der Provokativen Therapie anhand von qualitativen Interviews mit einer kleinen Stichprobe von Frank Farrellys Klientinnen und Klienten. Diese haben jeweils an einem fünftägigen therapeutischen Workshop mit ihm teilgenommen. Es wird der Frage nachgegangen, wie die Klientinnen und Klienten den Therapieerfolg, gemessen am Grad der Symptomverbesserung und der Erreichung der Therapieziele, im Nachhinein einschätzten. Hierfür gilt die Hypothese, dass Farrellys Interventionen eine positive Wirkung erzielten. Zum anderen wird untersucht, in welchem Ausmass die einzelnen Wirkfaktoren den Therapieerfolg aus Sicht der Klientinnen und Klientinnen im Workshop beeinflusst haben.

Der grundsätzliche Wirkungszusammenhang zwischen den genannten Wirkfaktoren und dem Therapieerfolg ist nicht Gegenstand der vorliegenden Studie, da dieser durch andere Studien hinlänglich nachgewiesen worden ist (Miller, Duncan, Hubble & Trunk, 2000).

Diese Arbeit besteht aus einem theoretischen und einem empirischen Teil. Im theoretischen Teil liegt der Fokus auf der Provokativen Therapie im Rahmen der allgemeinen Psychotherapieforschung. Hierbei wird aufgezeigt, wie diese entstand, welches Menschenbild ihr zugrunde liegt, welches ihre therapeutischen Techniken, Ziele und Stadien sind, welche Wirkung diese Therapie häufig erzielt und welchen Stellenwert der Humor dabei hat. Anschliessend wird auf die Faktoren eingegangen, welche sich auf den Erfolg der Psychotherapie auswirken.

Im empirischen Teil werden die Fragestellung und Hypothese erläutert, die Untersuchungs- und Auswertungsmethode sowie die Ergebnisse dargestellt. Die Ergebnisse werden einerseits fallanalytisch pro Klientin und Klient einzeln und andererseits unter den Probanden im Vergleich dargestellt. Im letzten Teil werden diese diskutiert und neue Hypothesen vorgestellt.

Da sich die Provokative Therapie sowohl im klinischen als auch im nicht-klinischen Umfeld anwenden lässt (Farrelly & Brandsma, 1986; Höfner & Schachtner, 2006), werden in der vorliegenden Arbeit die Ausdrücke „Klientin und Klient“ und „Patientin und Patient“ synonym verwendet.

# ***THEORETISCHER TEIL***

## ***1. Psychotherapie***

### ***1.1. Definition***

Dass psychisches Leiden mittels psychologischer Psychotherapie gelindert oder gar geheilt werden kann, zählt zu den bedeutendsten Errungenschaften des 20. Jahrhunderts. Im Gegensatz zum klassischen psychiatrischen Vorgehen, das im Wesentlichen auf die Beeinflussung seelischen Erlebens und Befindens durch Psychopharmaka abzielt, unterstützt die psychologische Psychotherapie die Klärung der innerseelischen oder zwischenmenschlichen Konflikte, die einer psychischen Störung zugrunde liegen. Sie hilft den Klientinnen und Klienten dabei, sich mit verletzenden Lebenserfahrungen auseinanderzusetzen. Sie kann dazu beitragen, stagnierte Entwicklung in Gang zu bringen, Bewältigungskräfte zu mobilisieren sowie den Selbstwert, die Autonomie und die Beziehungsfähigkeit zu stärken (Hain, 2001).

Nach Strotzka (1975; zit. nach Senf & Broda, 2005, S. 2) ist Psychotherapie:

„Ein bewusster und geplanter interaktionaler Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsens (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Technik, auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dafür eine emotionale Bindung notwendig.“

Höfner und Schachtner (2006) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es die Rolle der Therapierenden im Rahmen einer Psychotherapie ist, den Klientinnen und Klienten zu klarerem und eigenständigerem Denken zu verhelfen. Zudem sollten sie sich nach der Therapie wohler fühlen und mit ihrem Leben, ihren Mitmenschen und Aufgaben besser zurechtkommen; sie sollten grundsätzlich mehr Erfolg im Leben haben.

## ***2. Provokative Therapie***

In diesem Kapitel wird die Provokative Therapie, eine spezifische Form der Psychotherapie, erläutert. Es wird darauf eingegangen, wie sie entstand, welches Menschenbild ihr zugrunde liegt, welches ihre therapeutischen Techniken, Ziele und Stadien sind, welche Bedeutung Humor dabei hat und welche Wirkung die Provokative Therapie häufig erzielt.

### ***2.1. Definition***

In der Provokativen Therapie ist mit dem Wort „Provokation“ seine tatsächliche Bedeutung gemeint: „Herausforderung; aus der Reserve locken“ (Dudenredaktion, 2006) und nicht „beleidigen“ oder gar „verletzen“ (Provocative Therapy, 2008; Deutsches Institut für Provokative Thera-



pie, 2008) Provokativ Therapierende möchten mittels Humor und Herausforderung sowohl Gelächter als auch Widerstand bei ihrer Klientel provozieren. Es soll über das eigene dysfunktionale und absurde Verhalten gelacht werden, was helfen soll, sich selbst zu relativieren und somit über der Sache stehen zu können. Zudem setzt der Widerstand Energie frei, welche mit der Unterstützung der Therapierenden gegen das eigene, selbstschädigende Verhalten gelenkt wird (Höfner & Schachtner, 2006).

Die Provokative Therapie vereinigt die ökonomischen Vorzüge einer Kurzzeittherapie (De Shazer, 2006) und die qualitativen Vorzüge tiefenpsychologischer Verfahren, in dem sie direkt an den tiefsten, inneren Überzeugungen der Klienten arbeitet, die teilweise ausserhalb deren Bewusstseins liegen (Wartenweiler, 2003; Reimer & Rüger, 2006).

## **2.2. Die Ursprünge**

In den sechziger Jahren entwickelte Frank Farrelly die Provokative Therapie (Titze & Eschenröder, 2004). Damals arbeitete er als Sozialpsychologe im Mendota Mental Health Institute, einer psychiatrischen Klinik in Madison, Wisconsin. Unter der Leitung von Carl Rogers war er in ein Projekt für chronisch schizophrene Patienten involviert. Ausschlaggebend für seine Entdeckung war für ihn die 91. Therapiesitzung mit einem chronisch Schizophrenen gewesen, den er in den vorangegangenen 90 Sitzungen klassisch klientenzentriert behandelt hatte. Fortlaufend hatte der Patient betont, dass er ein hoffnungsloser Fall sei, ohne dass sich eine Änderung abgezeichnet hatte. Farrelly wurde im Rahmen der Therapie immer klarer, dass er mit den von Carl Rogers definierten Grundsätzen der Klientenzentrierten Psychotherapie, d.h. Empathie, Feedback, bedingungslose positive Beachtung und Kongruenz (Farrelly & Brandsma, 1986; Quitmann, 1996) bei diesem Klienten nicht mehr weiterkam. So habe er zum Patienten gesagt: „*In Ordnung, ich stimme mit Ihnen überein, Sie sind ein hoffnungsloser Fall.*“ (Farrelly & Brandsma, 1986, S. 34). Der Patient habe unmittelbar protestiert und gesagt, dass er so schlimm und so hoffnungslos nun auch wieder nicht sei. Von diesem Moment an habe Farrelly markante Veränderungen beim Schizophrenen wahrnehmen können. Die nächsten Therapiesitzungen seien dem gleichen, neuentdeckten Muster gefolgt. Der Zustand des Patienten habe sich so verbessert, dass er nach einiger Zeit aus der Klinik entlassen werden konnte. In den darauffolgenden Jahren entwickelte Frank Farrelly seinen neuentdeckten Therapiestil immer weiter (Farrelly & Brandsma, 1986).

## **2.3. Menschenbild und Grundannahmen**

In der Provokativen Therapie werden Menschen als mündige Personen wahrgenommen, die über genügend Stärken und Ressourcen verfügen, um mit ihrem Leben fertig zu werden (Höfner & Schachtner, 2006). Symptome und selbstschädigendes Verhalten werden als eine verzerrte und deplatzierte Manifestation ihrer Ressourcen betrachtet (Wartenweiler, 2003). Daher werden in der Provokativen Therapie im Gegensatz zu herkömmlichen therapeutischen Ansätzen die vermeint-

lich dysfunktionalen Verhaltensweisen und Symptome der Klientinnen und Klienten mit Absicht betont und herausgestellt, sodass sie klar sagen können, welches Verhalten sie akzeptieren und weiterführen wollen und welches nicht (Farrelly & Brandsma, 1986). Farrelly & Brandsma (1986) sind davon überzeugt, dass Patientinnen und Patienten über weit mehr Möglichkeiten verfügen, ihr eigenes Leben zu gestalten, als meist angenommen wird und dass deren psychische Zerbrechlichkeit von ihnen selbst und anderen in einem hohen Masse überschätzt wird.

Provokativ Therapierende sehen in jedem Menschen immer einen gleichwertigen, selbstbestimmenden und unabhängigen Partner, der zu jeder Zeit vollen Respekt verdient (Wartenweiler, 2003). Er braucht nur einen Denk- und Gefühlsanstoß für die Veränderung, kann sie dann aber alleine durchführen (Höfner & Schachtner, 2006). Grundsätzlich wird mit der Annahme gearbeitet, dass Menschen für ihr Verhalten selber verantwortlich sind. Stellt ein Klient das „ich *kann* nicht“ in den Vordergrund, so stimmen provokativ Therapierende humorvoll zu und betonen sein trübes Schicksal, keine Wahl zu haben. Tatsächlich gehen sie aber davon aus, dass er nicht *will*. In einem ersten Schritt soll der Klient so anerkennen, dass er es eigentlich nicht *will*. Im zweiten Schritt soll er eine Wahl treffen, wie er sein Leben gemäß seinen Möglichkeiten gestalten kann (Farrelly & Brandsma, 1986).

Auch bei ernsten Störungen mit chronischem Verlauf geht die Provokative Therapie davon aus, dass die schlecht angepassten, unproduktiven, antisozialen Haltungen und Verhaltensweisen verändert werden können. Um dies zu erreichen, ist es notwendig, dass die Therapeutin oder der Therapeut zu den Vorstellungen und Einstellungen des Patienten durchzudringen vermag und seine affektiven Fähigkeiten nutzt. Hierbei wird von der Grundannahme ausgegangen, dass Menschen sich vor allem dann verändern und wachsen, wenn sie sich einer Herausforderung stellen müssen, die sie nicht überfordert. Provoziert diese Herausforderung beispielsweise einen konstruktiven Ärger auf die eigenen dysfunktionalen Verhaltensweisen, kann dies zu der Entscheidung führen, sich zu verändern und der therapeutische Prozess kann weiter voranschreiten. Mittels unterschiedlicher Methoden (vgl. Kapitel 2.6) fordern provokativ Therapierende die Klientinnen und Klienten in der Therapiesitzung dazu heraus, sich ihrer unangemessenen Verhaltensweisen und Abwehrmechanismen<sup>1</sup> bewusst zu werden, welche sie auch im alltäglichen Leben benutzen. Hierdurch werden beispielweise soziale Hemmungen und Einschränkungen der Klientinnen und Klienten schnell offensichtlich und können in der Therapie bearbeitet werden. Erlernen die Klientinnen und Klienten neue und funktionale affektive Reaktionsmuster oder Verhaltensweisen innerhalb der Therapie, können sie diese neuen Strategien auch auf andere Situatio-

---

<sup>1</sup> Um Ängste fernzuhalten und diese erträglicher zu machen, entwickeln Menschen bereits als Kinder bestimmte seelische Regulationsmechanismen. Das heisst, sie bauen unbewusst einen Schutzwall auf, hinter dem sie sich vor Gefahren schützen können. Geprägt durch Anna Freud (1984) werden diese Schutzwälle als „Abwehrmechanismen“ zusammengefasst (Kutter, 2000). Sie wirken wie psychologische Schmerztabletten (Kets de Vries, Korotov & Florent-Treacy, 2007).

nen ausserhalb des therapeutischen Settings übertragen. Dies führt dazu, dass Menschen sich nicht an die Schlingen und Fallen eines schrecklichen Schicksals gewöhnen, sondern ihnen geholfen wird, sich in Beziehungen mit anderen angemessener verhalten zu können (Farrelly & Brandsma, 1986).

#### ***2.4. Humor in der Provokativen Therapie***

„Humor kann die bitteren Pillen, die die Patienten manchmal in der Therapie schlucken müssen, versüssen. Er kann einige der harten psychologischen Lektionen, die verdaut und assimiliert werden müssen, weicher und schmackhafter machen.“

(Frank Farrelly; zit. nach Titze & Eschenröder, 2003, S. 97)

Humor ist eines der wichtigsten Merkmale, die die Provokative Therapie von anderen Therapie-richtungen unterscheiden (Höfner & Schachtner, 2006). Er spielt eine Schlüsselrolle in der Provokativen Therapie und wird auf viele Arten benutzt. In einem Interview mit Hain (2001) begründet Frank Farrelly seinen Erfolg mit der Provokativen Therapie nebst seiner Intensität in der therapeutischen Arbeit und seinem Engagement für die Patienten, vor allem mit dem Humor als Interventionsstil. Wohlwollender Humor sei heilsam und könne als starke Gegenkonditionierung für dysfunktionale Verhaltens- und Erlebensweisen wirken (Hain, 2001). Durch Humor und Lachen über sich selbst kann Distanz zu eigenen starren Sichtweisen und Einstellungen gewonnen werden. Dadurch können Auswege für scheinbar ausweglose Situationen sichtbar werden. Das Lachen über die eigene „Torheit“ und die Absurdität von bestimmten eigenen Verhaltensweisen erzeugt ein Gefühl der Entlastung bei den Klientinnen und Klienten und fördert den inneren Abstand zur erlebten, problembelasteten Situation. Insbesondere die so zurückgewonnene innere Distanz zur aktuellen Situation hilft den Klienten, die Situation neu einzuschätzen und gibt ihnen hierdurch ein Gefühl der Selbstkontrolle zurück, sodass sie von einer Opferrolle wieder in die Akteurenrolle wechseln können (Höfner & Schachtner, 2006).

Um Humor im Rahmen der Provokativen Therapie effektiv einsetzen zu können, ist es von herausragender Bedeutung, dass die humorvollen oder ironischen Bemerkungen der Therapeutin oder des Therapeuten sich lediglich auf die „verrückten“ Ideen und dysfunktionalen Verhaltensweisen der Patientinnen und Patienten richten. Um sicherzustellen, dass die Klientel sich von den Therapierenden akzeptiert fühlen, ist es deswegen besonders wichtig, dass sie ihren Respekt vor ihnen durch nichtsprachliche Wärme und „Sich-Kümmern“ ausdrücken. Die Klientinnen und Klienten werden also als Personen nicht lächerlich gemacht, sondern nur ihre „lächerlichen“ Ideen und Verhaltensweisen (Farrelly & Brandsma, 1986).

### **2.4.1. Humor und psychische Gesundheit**

Freud (1992) postulierte in seinem Buch „Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten“ bereits, dass Humor ein Ventil für angestaute Energie darstellt und somit einen befreienden und entlastenden Charakter habe. Auch im Psychodrama von Jakob Moreno spielt Humor eine zentrale Rolle, um festgefahrene Verhaltensweisen in Bewegung zu bringen und neue Erlebnisräume für die Klientinnen und Klienten zu eröffnen (von Ameln, Gerstmann & Kramer, 2004).

In den letzten zwanzig Jahren wurde der Einfluss von Humor auf die psychische Gesundheit stark erforscht. Ergebnisse zeigen, dass Humor ein äusserst wichtiges Element ist, um negative Gefühle zu regulieren und positive zu geniessen, um wirksam mit Stress umzugehen und sich an Veränderungen anzupassen und um tiefe und dauerhafte zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen (Martin, 2007). Zudem ermöglicht der Humor, eine gewisse Distanz zu einem Problem oder einer angstbesetzten Situation zu schaffen. Ein schwieriger Umstand verliert so an Macht und kann eher als eine Art Herausforderung gesehen werden. Durch diesen Perspektivenwechsel können möglicherweise neue und hilfreiche Lösungen gefunden werden (Siegel, 2005). Humor scheint dabei zu helfen, konstruktiv mit belastenden Ereignissen umzugehen. Es scheint daher durchaus sinnvoll, Humor als eine Bewältigungsmethode für schwierige Situationen in der Therapie zu fördern (Titze & Eschenröder 2004).

Der therapeutische Humor muss im Einklang mit den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sein, dann fördert er eine offene und freimütige therapeutische Beziehung. Probleme können aus einer anderen, weniger ernsten Perspektive betrachtet werden und der Prozess der Selbsterkenntnis wird auf spielerische Art angereichert (Titze & Eschenröder, 2004). Hierbei ist es wichtig, den therapeutischen Humor vom destruktiven Humor abzugrenzen: Beim destruktiven Humor machen Therapeuten ihren Gefühlen von Wut und Verärgerung Luft und reagieren Patienten gegenüber unsensibel. Dies führt zu Verletzung und Misstrauen, beeinträchtigt die therapeutische Beziehung und stört den therapeutischen Prozess (Fry & Salameh, 1993).

Es gibt bis anhin keine spezifische empirische Studie über die positive Wirkung von Humor in der Psychotherapie. Aufgrund von klinischen Erfahrungen mit Humor in verschiedenen Therapieschulen, haben Titze und Eschenröder (2004, S. 136 f.) sechs Thesen zum Humor in der Psychotherapie formuliert:

1. Humorvolle Äusserungen von Patienten, die dabei helfen, ein Problem zu bewältigen, sollten vom Therapeuten beachtet und verstärkt werden. Vom Therapeuten ausgehender, wohlwollender Humor kann die Atmosphäre in der Therapie auflockern und die therapeutische Beziehung verbessern.
2. Auf der kognitiven Ebene kann eine humoristische Sichtweise zur Veränderung der Bedeutung von Ereignissen und zu einer distanzierten Betrachtung von Problemen führen.

3. Die veränderte Sichtweise führt auf der emotionalen Ebene zu einer positiven Umstimmung. Durch die physiologische Wirkung des Lachens können zusätzlich vorhandene Spannungen abgebaut werden.
4. Die durch therapeutischen Humor veränderte Sichtweise und die Verminderung negativer Emotionen erleichtern es Patienten, mit neuen Verhaltensweisen zu experimentieren.
5. Humoristische Äußerungen des Therapeuten, die vom Patienten als sarkastisch, abwertend oder unpassend erlebt werden, stören die therapeutische Beziehung und führen im ungünstigen Fall zu negativen Therapieergebnissen.
6. Der angemessene Einsatz von Humor in der Psychotherapie ist auch für die Psychohygiene des Therapeuten gut und kann als eine vorbeugende Massnahme gegen „Burnout“ betrachtet werden.

Humor ist in vielen Berufen, bei denen psychische Gesundheit oder zwischenmenschliche Beziehungen im Vordergrund stehen, ein Thema. Beispielsweise ist therapeutischer Humor in den Vereinigten Staaten seit den achtziger Jahren Gegenstand der theoretischen und praktischen Ausbildung von Pflegepersonal. Witzige, scherzhafte oder (selbst)ironisierende Bemerkungen sollen auf indirekte Weise helfen, Botschaften zu vermitteln, welche die Qualität der Beziehung zu den Patientinnen in positiver Weise beeinflussen können (Robinson, 1995). Auch in der Führungsarbeit zählt Humor zu den Schlüsselkompetenzen, über die eine erfolgreiche Führungskraft verfügen sollte (Lombardo & Eichinger, 2004; Schwarz, 2007).

### ***2.5. Therapieziele***

In der Provokativen Therapie wird versucht, positive und negative affektive Erfahrungen anzustossen, um die Klientinnen und Klienten dahin zu bringen, dass sie sich auf fünf unterschiedliche Arten des Verhaltens einlassen (Farrelly & Brandsma, 1986):

Eigenen Selbstwert sichern - verbal und im Verhalten.

Sich sowohl bei der Erfüllung von Pflichten als auch in Beziehungen angemessen behaupten.

Sich realistisch verteidigen.

Personen und Situationen differenziert einschätzen und entsprechend differenziert reagieren.

Sich auf Wagnisse in persönlichen Beziehungen einlassen, zu eigenen Gefühlen stehen und diese auch äussern können.

Diese zentralen Ziele der Provokativen Therapie ähneln denen der Gestalttherapie. Beispielsweise sollen Klientinnen und Klienten in der Gestalttherapie lernen, spontaner zu sein, ihre Gefühle besser zum Ausdruck zu bringen und auf ihre Bedürfnisse und die Gefühle anderer vermehrt einzugehen (Perls, Hefferline & Goddman, 2007).

Um diese Ziele zu erreichen, bedienen sich provokativ Therapierende spezifischer Techniken und Verhaltensweisen, die im Folgenden dargestellt werden.

## **2.6. Techniken und Verhaltensweisen**

Provokative Therapie umfasst ein breites Spektrum an Techniken und einen grossen Verhaltensfreiraum für die Therapierenden (Farrelly & Brandsma, 1986). Die meisten der individuellen Techniken werden auch in anderen Therapieformen, wie der Systemischen Familientherapie, der Gestalttherapie oder dem Neurolinguistischen Programmieren (NLP) verwendet (Bandler & Grinder, 2001; Perls et al., 2007; von Schlippe & Schweitzer, 1997). Darüber hinaus nutzt die Provokative Therapie viele der natürlichen hypnotischen Phänomene, wie sie von der Hypnotherapie bekannt sind (Erickson & Rossi, 2004). Beispielsweise führt der durch den provokativen Interventionsstil hervorgerufene schnelle Wechsel zwischen Stress- und Nicht-Stress-Zuständen bei Klientinnen und Klienten sehr rasch zu einem tranceartigen Zustand, der dabei hilft, festgefahrene Erlebens- und Bewertungsmuster langsam wieder flexibler zu machen. Die Annahme, dass der hierdurch hervorgerufene Zustand der Verwirrung bei der Klientel für eine originelle Problemlösung nötig ist, lässt sich nebst der Provokativen Therapie vor allem auch in der Hypnotherapie, dem Neurolinguistischen Programmieren (NLP) und der Systemischen Therapie wiederfinden

Parallelen zur Psychoanalyse sind vor allem im Verständnis von Übertragung und Gegenübertragung zu finden (Wartenweiler, 2003). Unter Übertragung wird verstanden, dass Patientinnen und Patienten frühere konflikthafte Erfahrungen und damit zusammenhängende Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen unbewusst auf ihre Therapeutin oder ihren Therapeuten übertragen. Bei der Gegenübertragung geht es um eine Form der Übertragung, bei der Therapierende auf Übertragungsphänomene ihrer Patientinnen und Patienten reagieren und eigene Gefühle, Vorurteile, Erwartungen und Wünsche auf diese richten (Mertens, 2002).

Gegenüber diesen Gemeinsamkeiten mit anderen Therapieformen sind jedoch Kombination, Stil und Intensität der angewendeten Techniken ziemlich neu. Die Klientel soll mittels dieser Techniken eine möglichst unmittelbare affektive Erfahrung in der Therapiesitzung machen können (Farrelly & Brandsma, 1986). Humor und Sprachwahl von provokativ Therapierenden sieht Farrelly (1986) als die zwei zentralsten Punkte: Lachen Klientinnen und Klienten nicht mindestens einmal während der Therapiesitzung, so machen Therapierende keine Provokative Therapie. Darüber hinaus werden in der Provokativen Therapie vier charakteristische Sprachstile verwendet, die es den Therapierenden ermöglichen sollen, auf die Erfahrungswelt ihres Gegenübers auf provokante Weise Bezug zu nehmen und dadurch Veränderungsimpulse anregen zu können:

1. *Religiös-moralische Sprache*: Elternhaft, eindrücklich und autoritär, auf schwarz-weiss-Unterscheidung basierend und bestimmte Perioden verherrlichend
2. *Gossensprache*: Jung, fluchend und affektbeladen
3. *Berufsjargon*: Geschraubt, vieldeutig, tiefsinnig und Respekt einflössend
4. *Körpersprache*: Position, Haltung, Gestik und Mimik

In der Provokativen Therapie ist hierbei die letztgenannte nonverbale und körpersprachliche Kommunikation wichtiger als die verbale. Einerseits ist es zentral, auf die Körpersprache der Klientel zu achten, um deren Gefühle zu verstehen. Andererseits ist es von wesentlicher Bedeutung, dass provokativ Therapierende mit den Augen lächeln und humorvolle Gegenschwüngen aussenden. Je mehr sie das Gefühlsleben, Denken und Verhalten ihrer Klientinnen und Klienten aufs Korn nehmen und sie manchmal hart konfrontieren, desto wichtiger ist es, die unbedingte positive Wertschätzung durch die Körpersprache auszudrücken. In der Provokativen Therapie sind Rogers Grundhaltungen von Empathie, Kongruenz und Akzeptanz zentral (Wippich & Derra-Wippich, 1996). Ohne diese innere Haltung könnte kein Vertrauensverhältnis entstehen und somit kein Klima für Veränderungen geschaffen werden; im Gegenteil – die Provokative Therapie wäre destruktiv. Das Wohlwollen der Klientel gegenüber zeigt sich hier vor allem nonverbal und muss aus dem Herzen kommen. Klientinnen und Klienten spüren, ob das ihnen entgegengebrachte Verständnis echt ist oder nur eine Masche. Provokative Therapeuten äussern somit keine Sätze wie „ich verstehe Sie vollkommen“ (Höfner & Schachtner, 2006), sondern halten nonverbal den guten Draht und provozieren auf der verbalen Ebene (Wippich & Derra-Wippich, 1996).

Nachfolgend werden die Techniken der Provokativen Therapie, die für die vorliegende Arbeit am relevantesten sind, vertiefter erläutert.

### **2.6.1. Provokative Kommunikation**

Provokative Therapeuten übernehmen oft die Rolle des *Advocatus Diaboli*, d.h. sie ergreifen Partei für die negative Seite der Ambivalenz des Klienten. Mit „guten“ und einleuchtenden Gründen für das abweichende, pathologische Verhalten drängen und verführen sie ihre Klientel dazu, „Sünden“ fortzusetzen. Sie sprechen deren schlimmsten Ängste und Gedanken aus. Häufig geben Patientinnen und Patienten selbst zu, dass sie genau diese Gedanken hatten und entschlossen sich in diesem Moment dagegen.

Bei der *Ermunterung zu den Symptomen* fordern Therapierende ihre Klientel ausdrücklich auf, die dysfunktionalen Verhaltensweisen vermehrt zu zeigen. Hierbei wird genauso wie bei der Intervention als *Advocatus Diaboli* eine Strategie der Paradoxen Intention verfolgt. Diese spezifische therapeutische Technik wird auch in verschiedenen anderen Therapierichtungen angewendet, z.B. in Viktor Frankls Logotherapie (Frankl, 2007), in der Systemischen Therapie (Selvini-Palazzoli, Boscolo & Cecchin, 2003) sowie bei Paul Watzlawicks Symptomverschreibung (Watzlawick, Weakland & Fisch, 2001). Mittels Paradoxer Intention wird die Klientel instruiert, ihr Symptom absichtlich zu provozieren, anstatt es zu bekämpfen. Sie soll also freiwillig versuchen, das zu tun, was sie sonst befürchtet. Dabei soll die Angst vor dem Symptom durch einen paradoxen, ironi-

schen Wunsch ersetzt werden. Beispielsweise soll eine Patientin mit Schlafstörungen sich absichtlich vornehmen, nicht einzuschlafen (Grawe, Donati & Bernauer, 2001).

In der Provokativen Therapie zeigen Therapierende auf verschiedene Arten verschlüsselt oder direkt die sozialen Konsequenzen von bestimmten Verhaltensweisen und Benehmen. Sie versuchen, all die tabuisierten Dinge zu sagen, die man einander sonst nicht sagen kann: Das Unausprechliche auszusprechen, das Nichtfühlbare zu fühlen und das Undenkbare mit den Patienten zu denken, all die verschlüsselten Zweifel zu benennen und die schlimmsten Gedanken und Ängste über sich selbst und die Reaktionen anderer zu wiederholen.

Indem die Therapierenden sich entschieden zur „Schattenseite des Lebens“ hinbewegen, versuchen sie die Patientinnen und Patienten dazu zu provozieren, konkrete, besondere Ereignisse und Erfahrungen zu benennen und sich anschliessend genauso viel Zeit für die positiven, glücklichen und eine Entwicklung fördernden Erfahrungen in ihrem Leben zu nehmen. Die meisten können schliesslich anerkennen, dass sie Erfolge hatten, Probleme gemeistert haben, andere sie unterstützen und ihnen Liebe und Zuwendung in einem weit höheren Masse geben, als sie zuerst bereit waren, zuzugeben. In einer ironischen Weise beziehen sich also Therapierende und Patienten auf die Stärken der Patienten, indem sie die Therapierenden ihre Schwäche übernehmen lassen (Farrelly & Brandsma, 1986). Diese Intervention hilft den Klientinnen und Klienten, sich offen mit ihren Problemen auseinanderzusetzen und mit diesen Konfliktbereichen auf einer bewussteren, realistischeren und angepassteren Ebene umzugehen.

### **2.6.2. Konfrontation**

Patientinnen und Patienten geben in der Therapie häufig die Botschaft: „Du musst auf meine Worte hören, unterbrich mich nicht, bis ich fertig bin.“ Provokativ Therapierende gehen auf Konfrontationskurs mit dieser überkontrollierenden Haltung und verlangen mindestens die gleiche Zeit für sich, so dass Klientinnen und Klienten mindestens ebenso viel Zeit aufwenden, sie zu verstehen, wie sie umgekehrt investieren. Der extensive Gebrauch der konfrontierenden und provozierenden Technik während der Therapie ist beabsichtigt, um die Möglichkeit abhängiger Beziehungen zu vermindern (Farrelly & Brandsma, 1986).

### **2.6.3. Direktes Feedback**

In der Provokativen Therapie wird bevorzugt, etwas klipp und klar zu sagen. Dies vor allem auch, wenn es darum geht, welche Reaktionen man Klientinnen und Klienten gegenüber hat, welche Hypothesen man hat und wie man ihr Verhalten beurteilt. Provokativ Therapierende sind ähnlich wie in der Gestalttherapie (Perls et al., 2007) der Überzeugung, dass Patientinnen und Patienten das Recht haben, zu erfahren, wie sie im Hier und Jetzt wahrgenommen werden. Dies legen die Therapierenden humorvoll offen und benutzen alle Requisiten, die verfügbar sind: Rollenspiel,



Spass, Verweis auf „neueste Forschungsergebnisse“ und fiktive Patienten, Sprechen von früheren Patienten und Situationen, die denen des gegenwärtigen Patienten ähnlich sind. Ebenso werden sie ständig implizit oder explizit nach einer Rückkoppelung bei Patientinnen und Patienten suchen, um sicherzustellen, dass sie auf der richtigen Spur sind (Farrelly & Brandsma, 1986).

#### **2.6.4. Realitätsprüfung**

Um Patientinnen und Patienten ein Mittel zur Realitätsprüfung in die Hand zu geben, weiten Therapierende die Antworten ihrer Klientel selektiv aus, indem sie z.B. verschiedene zukünftige und phantasierte Szenarien durchspielen, die auf gegenwärtigen Eigenschaften und Verhaltensweisen der Patientinnen und Patienten basieren. Negative Aussagen, die jemand über sich selbst macht, können schnell an ihre logischen Extreme gebracht werden, bis die Klientin oder der Klient sie abweist. Diese Zurückführung zur Absurdität ist eine häufige Technik, um den Patientinnen und Patienten zu helfen, sich selbst zu definieren, sicher zu werden, sich zu verteidigen und über sich selbst zu lachen (Farrelly & Brandsma, 1986).

#### **2.6.5. Negativbild-Konfrontation**

Die Technik der „Negativbild-Konfrontation“ unterscheidet sich ziemlich stark von anderen Therapiemethoden. Hier verhält sich der Therapeut oder die Therapeutin wie der Patient oder die Patientin, spiegelt besonders deren Kommunikationsstil wider und veralbert deren Funktionieren da, wo es ihnen wahrscheinlich Schwierigkeiten verursacht. In der Tat sagen Therapierende: „Genauso erschienen Sie mir. Wie finden Sie das? Möchten Sie daran arbeiten?“ (Farrelly & Brandsma, 1986, S. 97). Therapierende vermitteln auch, dass sie das Verhalten der Patientinnen und Patienten zum grossen Teil als bewusst wahrnehmen, d.h. dem freien Willen unterworfen und veränderbar. Diese Technik bringt oft sofort eine Verhaltensänderung. Man kann sagen, die Therapierenden haben sie „mit ihren eigenen Waffen“ geschlagen oder sind in die Selbsttäuschung eingestiegen und haben die Patientinnen und Patienten damit herausgeholt (Farrelly & Brandsma, 1986).

## **2.7. Vier Stadien im Prozess**

Im Verlauf einer Provokativen Therapie können typischerweise vier Prozessstadien beobachtet werden, wie Klientinnen und Klienten auf die therapeutischen Interventionen reagieren (Farrelly & Brandsma, 1986):

- *Stadium 1:* Patientinnen und Patienten fühlen sich normalerweise ungläubig und manchmal auch schmähsch behandelt, da das Verhalten der Therapierenden oft im direkten Gegensatz zum erwarteten Verhalten steht. Sie sind meist über die Intensität der eigenen Reaktionen erstaunt. Häufig sind sie von ihrer neuen Spontaneität überrascht und verunsichert, wenn Therapierende schnell ihre Abwehrmechanismen umgehen können und es ihnen gelingt, unmittelbare, gefühlsmässige Erfahrungen zu provozieren.
- *Stadium 2:* Dieses Stadium ist charakterisiert durch eine Stimmung des Trotzes: Typischerweise nehmen die Proteste der Patientinnen und Patienten zu, da sie merken, dass sich die Therapierenden nicht ändern werden, sondern sie sich ändern müssen. Möglicherweise zeigen sich bereits leichte Anzeichen der fünf gewünschten Verhaltensweisen (vgl. Kapitel 2.5) und die Abwehrmechanismen aus dem vorherigen Stadium werden deutlich schwächer.
- *Stadium 3:* Kennzeichnend sind nun Klärung, Entscheidung und Bewegung der Patientinnen und Patienten. Sie mobilisieren spezifische, konkrete, leicht beobachtbare und zunehmend angemessene Verhaltensweisen, die einen echten Klang von Authentizität haben. Sie möchten somit beweisen, dass die Therapierenden sich in ihnen irren. Sie werden sich zunehmend klarer darüber, wer und was sie sind bzw. nicht sind.
- *Stadium 4:* Dieses letzte Stadium ist charakterisiert durch Festigung und Integration. Patientinnen und Patienten protestieren kaum noch, ausser, wenn sie die Karikaturen der Therapierenden als überholt oder als Teil ihres „alten Selbst“ betrachten. Dies geschieht oft ungeduldig oder aber humorvoll. Sie vertrauen in einem wachsenden Masse auf die gegenwärtige Anpassungs- und Bewältigungsmechanismen ihres neuen Selbst.

## **2.8. Wirkung**

Gemäss Wartenweiler (2003) kann beobachtet werden, wie schnell die Wirkung der Provokativen Therapie bei Klienten einsetzt und wie intensiv diese ist. Er selbst vergleicht diese Erfahrung mit dem therapeutischen Effekt und des hierfür benötigten Zeitrahmens der Psychoanalyse: Was ihm in 25 Minuten mit Frank Farrelly passierte, hätte in der Psychoanalyse gut zwei Jahre gedauert. Für ihn bestehe der Unterschied zu anderen Therapiemethoden, mit denen er Erfahrung habe, wie z.B. Psychoanalyse, Körpertherapie oder NLP, darin, dass Farrelly von Anfang an mit lauter Stimme keine Illusionen über ihn und sein Wesen aufkommen lässt. Farrelly selbst vergleicht den Effekt der Provokativen Therapie mit Depot-Medikamenten, die über lange Zeit im Organismus

ihre Wirkung tun (Wartenweiler, 2003). Auch wenn es für einen bestimmten Patienten keinen zentralen Anstoss für seine Therapie darstellen mag, kann er einiges beiläufig aus dem Vorbild des provokativ Therapierenden im Sinne von Modelllernen (Lefrancois, 2006) ziehen: Sensibilität und Nichtsensibilität der Sprache, der Einstellung und des Verhaltens, angemessen selbstsicheres Auftreten, Impulskontrolle, Analysen der Kommunikation und Entschlüsselung des nichtsprachlichen Verhaltens. (Farrelly & Brandsma, 1986).

Im Gegensatz zu diesen anekdotischen Bekundungen ist jedoch die Wirksamkeit der Provokativen Therapie nicht nachgewiesen; empirische Studien sind nicht bekannt (Höfner & Schachtner, 2006, Titze & Eschenröder, 2004, Grawe, Donati & Bernauer, 2001). Insofern erscheint es notwendig, die Wirksamkeit der Provokativen Therapie grundsätzlich zu untersuchen. Im folgenden Kapitel wird auf den aktuellen Stand der Wirksamkeitsforschung von Psychotherapie eingegangen sowie auf die spezifischen Wirksamkeitsfaktoren.

### **3. Wirksamkeit der Psychotherapie**

#### **3.1. Wirksamkeitsforschung in der Therapie**

In der Psychotherapieforschung werden der therapeutische Prozess und die daraus resultierende Veränderung für die Patientinnen und Patienten empirisch untersucht. Aufgrund der Ergebnisse erhoffen sich Therapierende, effektiver Hilfe leisten zu können (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004). Über 50 Jahre Therapieforschung haben gezeigt, dass Psychotherapie grundsätzlich wirksam ist (Miller et al., 2000). Wirksamkeit wird hierbei in der Regel so aufgefasst, dass sich die Störung oder die Symptome der Klientinnen und Klienten verbessert haben oder diese sogar vollständig beseitigt wurden. Eine Verbesserung der Symptomatik wirkt sich darüber hinaus oft positiv auf die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen, auf das Selbstwertgefühl sowie auf das allgemeine Wohlbefinden aus (Grawe et al., 2001).

Um die Wirksamkeit von Psychotherapie zu messen, können unterschiedliche Verfahren angewendet werden, wie beispielsweise strukturierte Interviews des DSM IV (American Psychiatric Association, 2000) oder des AMDP (Fähndrich & Stieglitz, 2006), Fragebögen, wie die Symptom-Checkliste-90-R (Franke, 2002) oder subjektive Einschätzungen der Patientinnen und Patienten durch Operationalisieren ihrer Symptome auf der Verhaltens-, emotionalen, kognitiven und körperlichen Ebene (Margraf, 2000).

Ob die Psychotherapie diese positiven Wirkungen erzielt, hängt von diversen Faktoren ab. Diese lassen sich in drei Kategorien zusammenfassen: *Klientenspezifische*, *therapieschulenspezifische* und *therapieschulenübergreifende* Wirkfaktoren:

1. *Klientenspezifische* Wirkfaktoren sind jene, die von den Klientinnen und Klienten individuell ausgehen, wie beispielsweise deren persönliches Engagement bzw. ihre Motivation, im Sinne einer Veränderungsabsicht, Zuversicht, im Sinne einer Veränderungserwartung, Kooperation und Offenheit, positiver Beitrag zur therapeutischen Beziehung sowie Reflexionsfähigkeit und Problemeinsicht (Hain, 2001; Miller et al., 2000; Orlinsky et al., 2004).
2. *Therapieschulenspezifische* Wirkfaktoren kennzeichnen die typische Art von Interventionen einer Therapierichtung. Beispiele hierfür sind: Ursachenforschung in tiefenpsychologisch fundierten Therapien (Reimer & Rüger, 2006), Problembewältigung durch Aktualisierung in kognitiv behavioralen Therapien (Sulz, Brack & Hippler, 1998) sowie Ressourcenaktivierung in humanistisch-existenzialistischen Therapien (Revenstorff, 1993). Als einer der wesentlichsten und markantesten Wirkfaktoren in der Provokativen Therapie kann die provokative Intervention mittels Humor angesehen werden (vgl. Kapitel 2.4 und 2.6).
3. Bei den *Therapieschulenübergreifenden* Wirkfaktoren handelt es sich um solche Faktoren, die jenseits der spezifischen Methoden der einzelnen Schulen für den therapeutischen Erfolg eine Rolle spielen und somit schulenunabhängig in einer Therapie vorhanden sein sollten (Hain, 2001 und folgendes Kapitel 3.2).

Untersuchen zeigen, dass *Therapieschulenspezifische* Techniken und Methoden nicht mehr als 15% des Therapieerfolges ausmachen (Butollo, 2000; Miller et al., 2000). *Klientenspezifische* Wirkfaktoren können nur indirekt durch den Therapeuten beeinflusst werden. Aus diesem Grund bilden das Kernstück dieser Arbeit die *Therapieschulenübergreifenden* Wirkfaktoren, auf welche nachfolgend vertiefter eingegangen wird.

## **3.2. *Therapieschulenübergreifende Wirkfaktoren***

### **3.2.1. *Schlüsselfaktor: Therapeutische Beziehung***

Gemäss der Forschungsgruppe um David Orlinsky (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004), einem der weltweit bekanntesten Psychotherapieforscher, sind 60% des Behandlungserfolgs von der therapeutischen Beziehung abhängig. Als besonders wichtig erwiesen sich beispielsweise das persönliche Engagement auf Seiten der Therapeutinnen und Therapeuten, Glaubwürdigkeit und Kollaboration des Therapeuten und des Patienten, sowie ein wirklich reziprokes aufeinander Einstimmen in der Kommunikation und in der Affirmation von positiven Gefühlen. Aufgrund einer Interviewstudie mit erfahrenen, national und international ausgewiesenen Therapeutenpersönlichkeiten unterschiedlicher Therapieschulen schlägt Peter Hain (2001), Psychotherapeut und Gründungsmitglied unterschiedlicher psychotherapeutischer Gesellschaften, vor, unter der therapeutischen Beziehung *Empathie und Einfühlungsvermögen, therapeutische Intensität, Sinn für Humor, Authentizität, aktive Führungsarbeit und strukturelle Manipulation* zu subsumieren. Auch Klaus Grawe (1995, 2000, 2001, 2005a, 2005b), international profilierter Psychotherapieforscher, bestätigt die funktionale Bedeutung der Therapiebeziehung für den Therapieerfolg als das am besten gesicher-

te Ergebnis der gesamten bisherigen Psychotherapieforschung. Somit muss die Herstellung und Aufrechterhaltung einer guten Therapiebeziehung als einer der wichtigsten spezifischen Beiträge der Therapierenden zum Behandlungserfolg gesehen werden. Hain (2001) folgert hieraus, dass in einer Wirksamkeitsuntersuchung von besonderem Interesse sein muss, welchen Stellenwert Therapierende der Beziehung zuschreiben, aber vor allem auch, wie sie diese aufbauen, intensivieren, aufrechterhalten und in welchem Ausmass sie dafür die Verantwortung übernehmen.

### **3.2.2. Schulenübergreifende Wirkfaktoren nach K. Grawe**

In zwei umfangreichen Metaanalysen<sup>2</sup> hat Klaus Grawe (2005a) die Wirkung und Wirkungsweise von Psychotherapie auf den Einfluss von vier therapeutischen Wirkprinzipien zurückgeführt. Grawes Wirkfaktorenmodell gilt als eines der bedeutendsten Rahmenmodelle von Wirkprozessen in der Psychotherapie (Strauss & Wittmann, 2001). Es ist das Ergebnis einer aufwändigen und umfassenden Metaanalyse, die in Zusammenarbeit mit Bernauer und Donati (Grawe et al., 2001) erfolgte und verschiedene Therapieformen und -settings umfasste. Aufgrund dieser Forschungsergebnisse werden vier allgemeine psychotherapeutische Wirkfaktoren definiert, die über alle Therapieschulen hinweg grundlegend sind (Grawe, 2005a, 2005b): *Ressourcenaktivierung*, *Problemaktualisierung*, *Problembewältigung* und *Motivationale Klärung*.

1. Mit der *Ressourcenaktivierung* ist gemeint, dass Patientinnen und Patienten in der Therapie auch ihre Stärken und positiven Seiten erfahren sollen. Ein Mensch, der sich in seinen positiven Zielen und Fähigkeiten erkennt, bestätigt und unterstützt fühlt, reagiert mit einer erhöhten Aufnahmebereitschaft für veränderungsorientierte therapeutische Interventionen. Folglich sollen Therapierende an den positiven Möglichkeiten, Eigenarten, Fähigkeiten und Motivationen ihrer Patientinnen und Patienten anknüpfen und diese positiv bestätigen (Grawe, 1995). Auch sogenannte *unspezifische Wirkfaktoren* sind hier subsumiert, wie z.B. die therapeutische Beziehung (vgl. Kapitel 3.2.1.) sowie Übereinstimmung des therapeutischen Vorgehens mit den individuellen Zielen, Eigenarten und Gewohnheiten der Klientinnen und Klienten (Grawe, 2005a, 2005b).
2. Bei der *Problemaktualisierung* geht es um eine „reale Erfahrung“, d.h. Patientinnen und Patienten sollen in der Therapie real das erleben, was verändert werden soll (Grawe, 1995). Beispielsweise wird das in einer psychoanalytischen Therapie durch die Durcharbeitung der Übertragungsneurose erlebt (Mertens, 2002). In einer Systemischen Familientherapie werden problematische Beziehungsabläufe mit den real anwesenden Familienmitgliedern provoziert (von Schlippe, 1995).

---

<sup>2</sup> In einer Metaanalyse werden Ergebnisse mehrerer, oft sehr vieler empirischer Studien eines gemeinsamen Forschungsgebietes zusammengefasst beurteilt (Rüger, 1998).

3. Therapierende sollen aktive Hilfe zur *Problembewältigung* leisten. Damit ist gemeint, dass sie die Patientinnen und Patienten in geeignetem Masse darin unterstützen, mit einem bestimmten Problem besser fertig zu werden. Dies kann beispielsweise mittels eines Reizkonfrontationstrainings mit Agoraphobikern (Dillig, Mombour & Schmidt, 2004; Schmidt-Traub, 2008) passieren oder durch Selbstsicherheitstraining mit gehemmten Patientinnen und Patienten (Stangier, Heidenreich & Peitz, 2003). Auch hier ist für die therapeutische Wirkung entscheidend, dass das Problem real in der Therapie erlebt und erfolgreich überwunden wird (Grawe, 1995).
4. In der *therapeutischen* und *motivationalen Klärung* geht es darum, dass Patientinnen und Patienten sich über die Bedeutung ihres Verhaltens und Erlebens im Hinblick auf ihre bewussten und unbewussten Ziele und Werte klarer werden. Sie sollen besser verstehen, welches ihre Motivationen sind, weshalb sie so und nicht anders empfinden und sich so und nicht anders verhalten. Mehr Klarheit über sich selbst zu erhalten zielt letztlich auch darauf ab, dass Menschen sich selbst besser annehmen können (Grawe, 1995).

Im folgenden Kapitel werden die aus den vorangegangenen Kapiteln hervorgegangenen Überlegungen bezüglich der Wirkung von Psychotherapie in ein allgemeines Modell zusammengefasst, das als Rahmenmodell für die empirische Untersuchung dieser Arbeit dienen soll.



#### 4. Rahmenmodell für die Untersuchung

Das Rahmenmodell für die vorliegende Untersuchung leitet sich aus den in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten, allgemeinen Wirk- und Erfolgsfaktoren von Psychotherapie ab. Darüber hinaus wurde es um die therapieschulenspezifischen Wirk- und Erfolgsfaktoren der Provokativen Therapie ergänzt. Im anschließenden empirischen Teil der Arbeit wird dargestellt, wie die einzelnen Faktoren für die Untersuchung konkret operationalisiert und gemessen wurden.

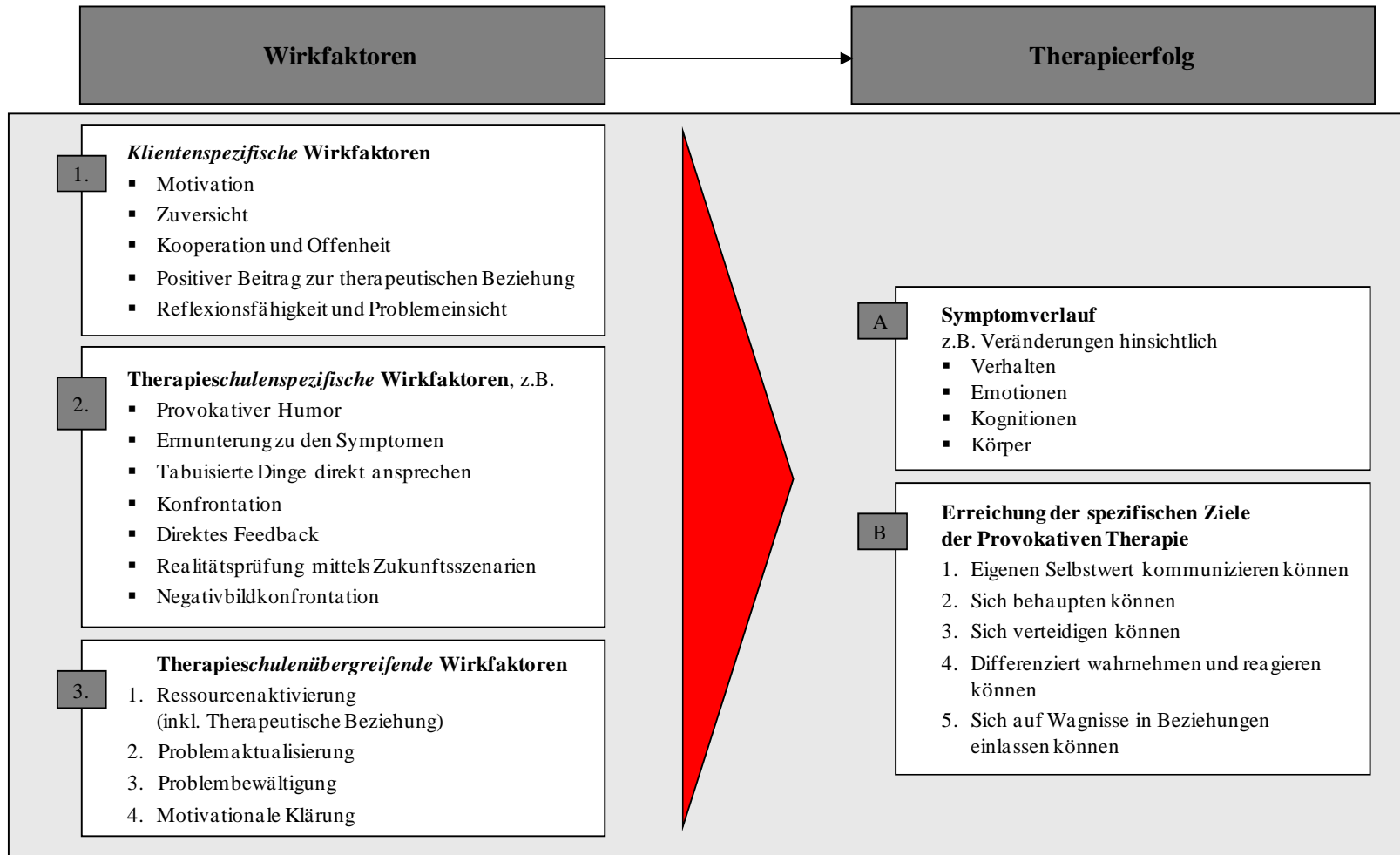


Abbildung 1: Rahmenmodell der empirischen Untersuchung



## **EMPIRISCHER TEIL**

### **5. Fragestellung und Arbeitshypothese**

Wie in Kapitel 2.8 dargestellt, liegen bisher nur unzureichende Belege zur Wirksamkeit der Provokativen Therapie vor. Deswegen versucht diese Arbeit anhand von qualitativen Einzelfallanalysen grundlegende Hinweise auf die Wirksamkeit von Provokativer Therapie im Sinne der im vorherigen Kapitel dargestellten therapieschulenübergreifenden und -spezifischen Wirk- und Erfolgsfaktoren zu finden.

Die Untersuchung der Frage der Wirksamkeit der Provokativen Therapie wurde anhand einer kleinen Stichprobe von Frank Farrellys Klientinnen und Klienten, die jeweils an einem fünftägigen therapeutischen Workshop mit ihm teilgenommen hatten, durchgeführt. Hierbei wurde zum einen der Frage nachgegangen, wie die Klientinnen und Klienten den Therapieerfolg im Nachhinein gemessen am Grad der Symptomverbesserung und der Erreichung der Therapieziele einschätzten. Zum anderen wurde untersucht, in welchem Ausmass die einzelnen Wirkfaktoren den Therapieerfolg aus Sicht der Klientinnen und Klientinnen im Workshop beeinflusst haben. Neben der katamnestic<sup>3</sup> Selbsteinschätzung der Klientinnen und Klienten mittels Fragebogen und Interview wurde zur besseren Validierung der Untersuchungsergebnisse zusätzlich die Fremdeinschätzung relevanter Faktoren durch Beobachtende, d.h. in der Regel die jeweiligen Therapeutinnen und Therapeuten, erhoben.

Der grundsätzliche Wirkungszusammenhang zwischen den genannten Wirkfaktoren und dem Therapieerfolg ist nicht Gegenstand der vorliegenden Studie, da dieser durch andere Untersuchungen hinlänglich nachgewiesen worden ist (Miller et al., 2000).

Im Rahmen des in Kapitel 4 dargestellten Rahmenmodells untersucht die vorliegende Arbeit die folgende *Arbeitshypothese*:

Die Interventionen von Frank Farrelly wirken sich positiv auf den Therapieerfolg der untersuchten Klientinnen und Klientinnen aus.

Zur Untersuchung der Arbeitshypothese wurden zwei Teilaspekte betrachtet:

1. Welche Auswirkungen auf den Therapieerfolg im Sinne von Verbesserung der Symptome der Klientinnen und Klienten sowie bezogen auf das Erreichen der spezifischen Therapieziele der Provokativen Therapie sind feststellbar?
2. Welche therapieschulenübergreifenden und -spezifischen Wirkfaktoren tragen in welchem Ausmass zum Therapieerfolg bei?

---

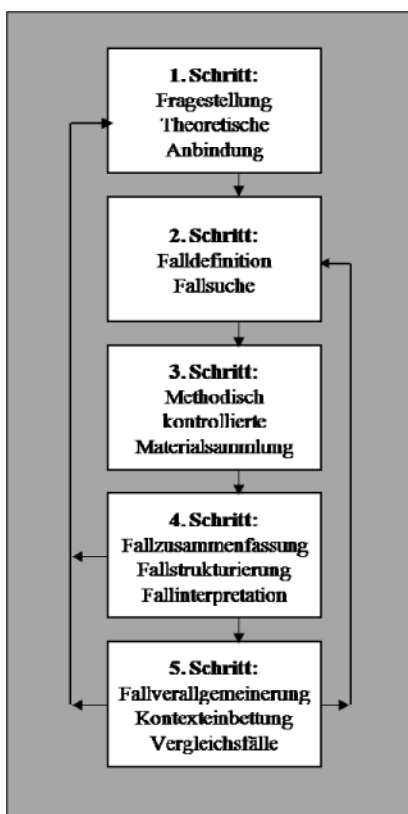
<sup>3</sup> Eine Katamnese dient dazu, den Behandlungserfolg im Nachhinein zu überprüfen (Häcker & Stapf, 2004).

## 6. Untersuchungsmethode

Im folgenden Kapitel werden die Untersuchungsmethode, das konkrete Vorgehen sowie die Stichprobe dargestellt.

Für die Untersuchung der oben genannten Arbeitshypothese, wurde im Wesentlichen ein qualitativer Untersuchungsansatz in Form von Einzelfallanalysen verwendet.

Nach Mayring (1996) sind bei einer qualitativ orientierten Fallanalyse die in Abbildung 2 dargestellten Prozessschritte zu beachten. Hierbei ist es besonders wichtig, dass die Fragestellung aus theoretischen Vorüberlegungen abgeleitet wird und darauf basierend gezielt Probandinnen und Probanden für die Untersuchung ausgewählt werden. Darüber hinaus ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Sammlung des Materials für die Untersuchung in einer methodisch kontrollierten Form erfolgt, d.h. auch hier am besten in einer theoriegeleiteten und strukturierten Form. Dies sind wesentliche Voraussetzungen, um eine sinnvolle Datenauswertung und Fallinterpretation vornehmen zu können.



**Abbildung 2:** Ablaufmodell der qualitativ orientierten Fallanalyse (Mayring 1996, S. 132)

Der qualitative Untersuchungsansatz für diese Studie wurde gewählt, weil die Provokative Therapie im Einzelnen bisher unzureichend bis gar nicht beforscht wurde (vgl. Kapitel 2.8). Insofern macht es Sinn, zunächst einmal anhand einer kleinen Untersuchungsgruppe in Form von Einzelfallstudien, die grundlegende Wirksamkeit dieser Therapieform und die zugrundeliegenden Wirkmechanismen zu untersuchen, um damit die Grundlage für die weitere Untersuchung konkreter Einzelhypothesen mit grösseren Untersuchungsgruppen zu legen.

Darüber hinaus weist die vorliegende Untersuchungsform eine grosse Flexibilität auf: Durch unmittelbare Reaktion auf unklare Interviewaussagen und durch entsprechendes Nachfragen kann ein besseres Ergebnis erzielt werden, da die gegenseitige Verständlichkeit laufend überprüft werden kann.

Nach Mayring (2002) will die qualitative Analyse auf explorativem Weg die für ein bestimmtes Forschungsgebiet wichtigen Aspekte aufdecken. In einem ersten Schritt versucht die qualitative Forschung, individuelle und einmalige Abläufe zu verstehen und aufgrund der daraus gewonnen Erkenntnisse in einem zweiten Schritt Hypothesen zu bilden. Es ist somit ein hypothesengenerierendes Verfahren. Im Gegensatz hierzu wird in der quantitativen Forschung das Ziel verfolgt,

bestehende Hypothesen zu testen und sie entweder zu bestätigen oder zu verwerfen (Moser, 2003).

Neben dem qualitativen Ansatz der Studie muss für ihre Aussagekraft zusätzlich berücksichtigt werden, dass aufgrund der Tatsache, dass die katamnestischen Interviews mit den Klientinnen und Klienten sich ex-post-facto (Schnell, Hill & Esser, 2005) auf einen therapeutischen Workshop mit Frank Farrelly beziehen, der schon einige Jahre zurückliegt, einige Aussagen der Klientinnen und Klienten ggf. durch Wahrnehmungs- und Gedächtniseffekte über die Zeit beeinflusst worden sein könnten (z.B. selektive Wahrnehmung oder Gedächtnistäuschungen; Müsseler, 2002).

Gemäss dieser Überlegungen hat die vorliegende Studie in erster Linie einen explorativen und nicht einen experimentell und hypothesentestenden Charakter.

Gegenüber ihren Vorteilen weist die qualitative Methode auch potenzielle Nachteile auf, die im Rahmen des Untersuchungsdesigns möglichst kontrolliert werden sollten:

1. Mögliche Variabilität der Erhebungsbedingungen und dadurch möglicherweise geringe Vergleichbarkeit,
2. potenzielle Beeinflussung der Antworten durch den Interviewer,
3. grosser Zeitaufwand für die Durchführung und Auswertung sowie
4. möglicher Informationsverlust bei der Protokollierung (Lamnek, 1995).

Um den Einfluss dieser potentiellen Störfaktoren möglichst gering zu halten, wurde jeweils ein problemzentriertes Interview mit standardisiertem Interviewleitfaden mit derselben Interviewerin durchgeführt. Darüber hinaus wurden alle Interviews wörtlich transkribiert, um Originalzitate der Probanden verwenden zu können und somit den Informationsverlust bei der Protokollierung zu minimieren. Aufgrund der kleinen Stichprobe wurde auf eine quantitative Inhaltsanalyse mit einer Kategorisierung der Antworten (Mayring, 2003) verzichtet. Auch diese Massnahme schränkt den Informationsverlust ein, der durch die Verwendung eines relativ abstrakten Kategoriensystems hervorgerufen würde.

Um die im qualitativen Verfahren gewonnen Informationen darüber hinaus besser abzusichern und untereinander besser vergleichbar zu machen, wurde im Sinne einer Triangulation (Flick, 2004) ein quantitativer Fragebogen ergänzt (vgl. Anhang 1).

Gemäss Lamnek (1995) gibt es in der qualitativen Forschung sechs methodologische Prinzipien zu beachten:

1. *Offenheit*: Der Wahrnehmungswinkel gegenüber dem Forschungsgegenstand wie auch den Versuchspersonen soll in der qualitativen Forschung so weit wie möglich offengehalten werden.

2. *Forschung als Kommunikation*: Der Forschungsprozess besteht zu einem grossen Teil aus Kommunikation und Interaktion zwischen Forscher und Erforschtem. Nach Hoffmann-Riem (1980, S. 348ff; zit. nach Lamnek, 1995, S. 24) soll aus diesem Grund eine möglichst natürliche Kommunikationssituation geschaffen werden.
3. *Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand*: In der qualitativen Forschung ist das Prinzip der Prozesshaftigkeit sozialer Phänomene von zentraler Bedeutung, d.h. sie interessiert sich vor allem für Deutungs- und Handlungsmuster, die nicht statisch sind.
4. *Reflexivität von Gegenstand und Analyse*: Die Reflexivität des Gegenstandes bedeutet, dass jede Aussage oder jedes Verhalten nur im Kontext verstanden werden kann und somit reflexiv auf ein Ganzes hinweist.
5. *Explikation*: Das Prinzip der Explikation stellt die Forderung, alle Schritte der Untersuchung so weit als möglich offen zu legen, damit der Leser die Vorgehensweise nachvollziehen und somit überprüfen kann. Diese Prämisse gilt jedoch nicht nur für die qualitative, sondern ebenso für die quantitative Forschung.
6. *Flexibilität*: Forschende sollen sich einerseits durch den Gebrauch von flexiblen Erhebungsverfahren den jeweiligen Eigenheiten des Forschungsgegenstandes laufend anpassen und andererseits die im Forschungsprozess gewonnen Erkenntnisse für die folgenden Untersuchungsetappen einsetzen.

Die vorliegende Arbeit orientiert sich im Vorgehen und in der Grundhaltung an diesen methodologischen Kriterien und versucht sie weitestgehend umzusetzen.

### **6.1. Untersuchungsgegenstand**

Das Deutsche Institut für Provokative Therapie (D.I.P.) führt seit über 20 Jahren Schulungen mit Frank Farrelly durch. Zielpublikum sind Therapierende, Coaches und Trainingsleitende, die die Provokative Therapie erlernen möchten. Eines der Schulungsangebote ist ein fünftägiger Workshop. In diesem demonstriert Frank Farrelly u.a. täglich eine mindestens 30-minütige Therapiesequenz mit einem „echten“ Klienten oder einer „echten“ Klientin. Diese bzw. dieser wird meist von Teilnehmenden mitgebracht, die normalerweise deren Therapierende sind. Diese Klientel ist somit in den meisten Fällen sowohl vor als auch nach dem Workshop in Therapie.

Gegenstand dieser Untersuchung sind fünf unterschiedliche Klientensysteme, die jeweils an fünf Therapiesequenzen mit Frank Farrelly im Rahmen des Workshops teilgenommen haben. Ein Klientensystem hat nur an vier Therapiesequenzen teilgenommen.

### 6.1.1. Setting im Workshop

Frank Farrelly therapiert in seiner Muttersprache Englisch. Seine Interventionen und die deutschen Antworten der Klientinnen und Klienten wurden von Dr. E. Noni Höfner (Geschäftsführerin des Deutschen Instituts für Provokative Therapie – D.I.P.) sowie einer weiteren Übersetzerin simultan übersetzt. Die offizielle Therapiesequenz dauert jeweils ca. 30 Minuten. Während der Durchführung der Therapiesequenz gilt die Regel, dass die Zuschauenden sich ruhig verhalten sollen – lediglich Lachen ist erlaubt. Nach der Sequenz werden die Klientinnen und Klienten kurz nach ihren emotionalen Reaktionen auf Farrelly und seine Interventionen gefragt. Anschliessend werden die etwa. 30 Workshopteilnehmenden zu Fragen und Bemerkungen eingeladen. In dieser rund 30-minütigen Phase nimmt Farrelly oft erneut den Faden zu neuen Interventionen mit den Klientinnen und Klienten auf. Im Rahmen des Workshops erfahren Klientinnen und Klienten folglich zwischen zweieinhalb bis fünf Stunden Provokative Therapie mit Frank Farrelly. Alle Therapiesequenzen werden auf DVD und Tonband aufgezeichnet. Die Tonbandaufzeichnungen sind für die Klientel bestimmt. Diese erhalten sie jeweils nach jeder Sitzung. Zusätzlich können sie die DVDs käuflich erwerben.

Die folgende Abbildung (vgl. Abb. 3) illustriert das Setting während einer Therapiesitzung innerhalb des Workshops.

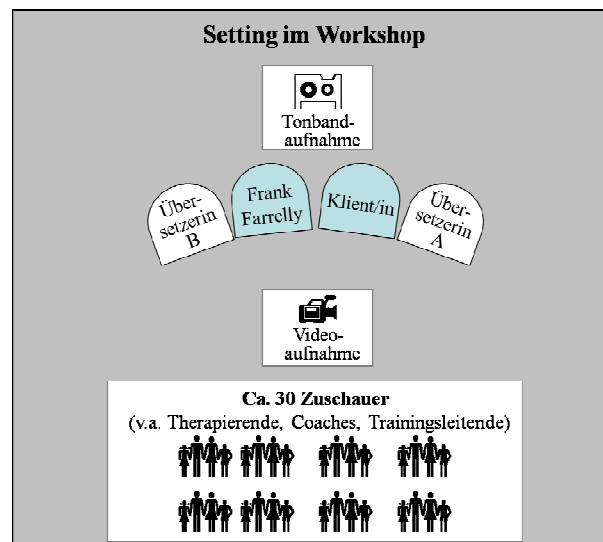


Abbildung 3: Setting einer Therapiesequenz während des Workshops.

### **6.1.2. Aufzeichnungen der Therapiesequenzen im Workshop**

Die Aufzeichnungen der Therapiesequenzen im Workshop sind nicht Gegenstand der Untersuchung, sondern wurden eigens für die Vorbereitung auf die Interviews von der Untersuchungsleiterin angesehen (total rund 25 Stunden Aufzeichnungen). Die Kenntnisse des Inhalts und Ablaufs der jeweiligen Therapiesequenzen halfen einerseits, eine gute Beziehung zu den Klientinnen und Klienten während der Interviews herzustellen und andererseits, bei der Auswertung die gewonnenen Erkenntnisse in einen Kontext setzen zu können.

### **6.2. Beschreibung der Stichprobe**

Fallanalysen sollen i.d.R. Einzelfälle zugrunde liegen, die entweder aus einer Zufallsstichprobe gezogen werden können oder nach theoretisch abgesicherten inhaltlichen Gesichtspunkten bestimmt werden, wie beispielsweise typische, häufige, extreme, theoretisch interessante Fälle oder Kontrastfälle zu einem bereits analysierten Fall (Mayring, 1996).

Für die vorliegende Untersuchung, wurde eine Stichprobe selektiert, in der alle Probanden ein vergleichbares therapeutisches Treatment in einem standardisierten Setting durch denselben Therapeuten erfahren haben.

Die Stichprobe setzte sich sowohl aus Einzelpersonen als auch aus Ehepaaren und Familien zusammen, die mit Frank Farrelly unterschiedliche Probleme, wie z.B. Probleme mit ihren Kindern, Beziehungs- und Alkoholprobleme sowie Panikstörungen zum Thema machten. Alle Betroffenen sind in Deutschland wohnhaft und nahmen zwischen 2003 und 2007 an einem Workshop mit Frank Farrelly teil.

Um an der Untersuchung teilzunehmen, wurden Therapierende, die zwischen 2001 und 2007 am Workshop teilgenommen und „echte“ Klientinnen oder Klienten mitgebracht hatten, angefragt. Sie wurden gebeten, ihre Klientel zur Teilnahme zu motivieren. Aus der Grundgesamtheit von insgesamt 15 Klientinnen und Klienten haben sich neun zur Teilnahme bereit erklärt. Darüber hinaus haben fünf Therapierende an der Untersuchung teilgenommen. Sechs Klientinnen und Klienten konnten nicht an der Untersuchung teilnehmen, da eine Kontaktherstellung aufgrund eines Umzugs nicht mehr möglich war, die Therapie abgebrochen wurde oder ein Therapeut nicht mit seinem Klienten an der Untersuchung teilnehmen wollte.

In der folgenden Tabelle 1 wird die Zusammensetzung der Stichprobe im Überblick dargestellt:

**Tabelle 1:** Beschreibung der Stichprobe

Stichprobe		Alter	Problem	Workshop
<b>Klientensystem 1</b>	Frau A	50	Frau A sagte, dass sie Probleme in der Familie hätten, weil der <b>Sohn</b> der Mutter gegenüber <b>gewalttätig</b> sei.	Mai 2007
	Tochter A	16		
	Sohn A	16		
	Schulpsychologin ( <i>Beobachterin</i> )			
<b>Klientensystem 2</b>	Jugendlicher B	14	Der Jugendliche äusserte, dass er ein Problem mit <b>Alkohol</b> habe und unter Alkoholeinfluss <b>aggressiv</b> und der Polizei gegenüber gewalttätig werde.	Mai 2007
	Erzieher ( <i>Beobachter</i> )			
<b>Klientensystem 3</b>	Frau C	37	Das Ehepaar erklärte, dass es <b>Eheprobleme</b> habe, die sich vor allem durch Eifersuchtszenen von Frau C zeigen und durch unterschiedliche Auffassungen in der Kindererziehung.	Mai 2006
	Herr C	46		
	Therapeutin ( <i>Beobachterin</i> )			
<b>Klientensystem 4</b>	Frau D	45	Frau D sagte, sie habe seit dem schlimmen Unfall ihres Sohnes ein Problem, ihren <b>Alkoholkonsum</b> zu kontrollieren.	Mai 2005
	Herr D	47		
	Befreundete Ärztin ( <i>Beobachterin</i> )			
<b>Klientensystem 5</b>	Herr D	33	Herr E erklärte, dass er unter <b>Panikattacken</b> leide, die sich im Geschäftsalltag zeigen würden.	Mai 2003
	Therapeut D ( <i>Beobachter</i> )			

### 6.3. Untersuchungsdesign

Das Kernstück der Untersuchung bildeten persönliche problemzentrierte Interviews mit den Klientinnen und Klienten sowie Personen, die als Beobachtende etwas zur Wirksamkeit des Therapieerfolges sagen konnten (z.B. begleitende Therapeuten). Zur Vorbereitung dieser Interviews und zum besseren Verständnis des therapeutischen Kontextes wurden jeweils die Aufzeichnungen der Therapiesequenzen im Workshop von der Untersuchungsleiterin angesehen. Ergänzend zu den Interviews wurde im Vorfeld in quantitativer Fragebogen verschickt. Nachfolgend werden diese einzelnen Schritte detailliert erläutert.

#### 6.3.1. Problemzentrierte Interviews

Für die vorliegende Untersuchung wurde die Methode des problemzentrierten Interviews gewählt (Mayring, 2002). Das problemzentrierte Interview oder das fokussierte Interview, wie es nach Merton und Kendell (1979) genannt wird, unterscheidet sich von anderen Interviewformen in vier Punkten:

1. Es wird davon ausgegangen, dass die Befragten eine ganz bestimmte Erfahrung teilen. Im vorliegenden Fall ist es die Situation, dass alle Klientinnen und Klienten im gleichen Setting über die gleiche Zeitdauer Therapiesitzungen mit Frank Farrelly hatten.
2. Das Themengebiet wird vom Forscher theoretisch-wissenschaftlich voruntersucht. Das heisst, die relevanten Einflussfaktoren und Muster wurden vorher analysiert (vgl. Abb. 2 in Kapitel 4).
3. Aufgrund dieser Vorkenntnisse wird ein Interviewleitfaden entwickelt. Dieser hält die bedeutsamen Forschungsgegenstände fest, welche jeweils beim Interview zur Sprache gebracht werden sollen. Dank dieser Strukturierung können die Interviews miteinander verglichen werden.
4. Die Interviewform zeichnet sich dadurch aus, dass der Fokus auf den persönlichen Erlebnissen und Erfahrungen der Befragten liegt. Dadurch wird ermöglicht, dass im Gespräch unerwartete Gedanken zur Sprache kommen, da Befragte nicht – wie beispielsweise bei einer Fragebogenstudie – durch ein vorgegebenes Schema in eine bestimmte Richtung gewiesen werden.

Der Fokus auf die persönlichen Erlebnisse und Erfahrungen der Befragten und die Offenheit für neue Gedanken waren in der vorliegenden Untersuchung insofern wichtig, als es sich beim Interview um sehr persönliche, private und individuell unterschiedliche Themen handelte. Eine Interviewform, die innerhalb einer Standardisierung eine gewisse Individualität zulässt und somit Raum für den Beziehungsaufbau zwischen Interviewerin und befragter Person begünstigt, war folglich ein wesentliches Entscheidungskriterium. Wie oben aufgeführt, wurden sowohl die Klientinnen und Klienten befragt als auch jeweils eine „beobachtende Person“ – in der Regel der Therapeut bzw. die Therapeutin – um eine zusätzliche Validierungsquelle für die Beurteilung der Wirksamkeit der Interventionen zu haben.

Um der jeweiligen Zielgruppe gerecht zu werden, wurden zwei separate Interviewleitfäden entworfen (vgl. Anhang 2 und 4). Grundlage für beide Interviewleitfäden bildete das in Kapitel 4 vorgestellte Rahmenmodell (vgl. Abb. 2). Dieses wurde für die Entwicklung der Interviewleitfäden in Abstimmung mit zwei Experten – Dr. Höfner (Geschäftsführerin des deutschen Instituts für Provokative Therapie) und Prof. Dr. Schiepek (Professor und Leiter des Forschungsinstituts der Universität München) – wie folgt angepasst:

1. Die *klientenspezifischen Wirkfaktoren* wurden auf die beiden Faktoren „Motivation“ und „Zuversicht“ reduziert, da hierdurch die wesentlichen klientenspezifischen Faktoren, die für den Therapieerfolg bedeutsam sind und auch in einem Interview erfasst werden können, abgedeckt sind.
2. Die *schulenspezifischen Wirkfaktoren* wurden auf den Faktor „Humor“ sowie „allgemeine provokative Interventionen“ zusammengefasst. Dieses geschah vor allem deswegen, um die Komplexität des Interviews zu reduzieren und mit der Fokussierung auf den „Humor“ sich



auf ein wesentliches Kern- und Unterscheidungsmerkmal der Provokativen Therapie im Vergleich zu anderen Therapieformen zu konzentrieren (vgl. Kapitel 2.4). Da davon auszugehen ist, dass die Probandinnen und Probanden im Interview einzelne Methoden der Provokativen Therapie nicht differenziert beurteilen können, wurden im Interview lediglich „allgemeine provokative Interventionen“ als Sammelbegriff für die Interventionen von Frank Farrelly erfasst. Im Interview wurde dieses zum einen mit der allgemeinen Abschlussfrage „Was hat Ihnen im Rahmen des Workshops am meisten/wenigsten gebracht?“ sowie zum anderen mit der spezifischen Frage „Wie viel haben Frank Farrellys Intervention zu den Veränderungen beigetragen?“ berücksichtigt.

3. Auf Seiten der Wirkfaktoren wurden zur besseren Erfassung von möglichen intervenierenden Variablen auf den Therapieerfolg zusätzlich „allgemeine Faktoren“ wie der Einfluss des „Settings“ im Workshop, die Frage des „Wiederholten Hörens der Aufzeichnungen“ und somit der Interventionen nach dem Workshop sowie die Frage, ob nach dem Workshop die Therapie weitergeführt wurde, erfasst.
4. Der Therapieerfolg wurde im Interview in zweifacher Hinsicht erfasst. Zum einen wurde die Symptomveränderung durch die Beschreibung der Symptome vor und nach dem Workshop sowie heute erfasst. Zusätzlich wurden die Probandinnen und Probanden gebeten, den Symptomverlauf grafisch darzustellen. Zum anderen wurde die Erreichung der schulenspezifischen Ziele der Provokativen Therapie als Erfolgsindikator verwendet.
5. In den Interviews mit den Beobachterinnen und Beobachtern wurden lediglich auf Seiten der Wirkfaktoren die klientenspezifischen und schulenspezifischen Wirkfaktoren erfasst. Darüber hinaus wurden auf Seiten des Therapieerfolgs die Symptomveränderung sowie die Erreichung der schulenspezifischen Ziele erfragt.

Die im Interviewleitfaden verwendeten offenen Fragen wurden wo möglich und sinnvoll mit Ratingskalen ergänzt (z.B. Erreichung der therapiespezifischen Ziele), um zum einen eine quantitative Einschätzung zu den jeweiligen Fragen zu bekommen und zum anderen darüber hinaus auch die Möglichkeit zu haben, die Antworten direkt zwischen den Probandinnen und Probanden vergleichen zu können. Der finale Interviewleitfaden wurde ebenfalls mit den Experten Dr. Höfner und Prof. Dr. Schiepek abgestimmt.

Vorgängig zu der Durchführung der Interviews im Rahmen der Untersuchung wurde ein Probeinterview inklusive Fragebogenerhebung (vgl. Kapitel 6.3.2, Anhang 1 und 2) mit einem Psychologen durchgeführt, der im Rahmen eines Wochenend-Workshops eine ca. 20-minütige Therapiesequenz mit Frank Farrelly hatte. Ziel dieses Probeinterviews war es, die Durchführung des Interviews zu üben, eine Annahme über die Interviewdauer festzulegen, die Gesprächsaufnahme technisch zu testen und wenn nötig, kleine Anpassungen am Fragebogen vornehmen zu können. Aufgrund dieses Probeinterviews wurden geringfügige Änderungen vorgenommen. Es wurde beispielsweise klar, dass die Frage zum ersten Therapieziel schwierig verständlich war. Sie lautete

„Inwiefern konnten Sie vor dem Workshop ihren Selbstwert sowohl im Verhalten als auch verbal kommunizieren?“ Diese Frage wurde in den echten Interviews so gestellt: „Inwiefern konnten Sie sich selbst vor dem Workshop mit unvoreingenommener Wertschätzung begegnen?“

Die Interviewleitfäden sind im Anhang 2 (vgl. Kapitel 11.2) und Anhang 4 (vgl. Kapitel 11.4) wiedergegeben.

### **Durchführung der Interviews**

Die persönlichen, problemzentrierten Interviews mit den Probanden und Probandinnen fanden zwischen Januar und Februar 2008 statt und wurden meist bei ihnen zuhause durchgeführt. Eingangs zu jedem Interview wurden die Befragten gebeten, eine Einverständniserklärung zu unterschreiben, dass die Informationen vertraulich behandelt und in anonymisierter Form für die Arbeit verwendet würden (vgl. Anhang 5). Zudem wurde ihr Verständnis erfragt, damit die Interviews digital aufgezeichnet werden durften. Die Interviews dauerten durchschnittlich 90 Minuten.

Ergänzend zu den Probanden-Interviews wurden sogenannte *Beobachtende* befragt. Beobachtende sind Menschen, die den Probanden und Probandinnen nahe stehen und deshalb mögliche Veränderungen feststellen konnten. Beobachtende sind entweder Therapierende, die die Probandinnen und Probanden vor und nach dem Workshop behandelten oder andere Bezugspersonen wie ein Erzieher, eine Schulpsychologin oder Freundin (vgl. Kapitel 6.2). Diese Interviews dauerten durchschnittlich eine Stunde und wurden telefonisch oder persönlich durchgeführt.

#### **6.3.2. Fragebogen**

Im Sinne einer Triangulation (Flick, 2004) wurden die qualitativen Interviews mit einem Fragebogen ergänzt. Dieser wurde den Probandinnen und Probanden vorgängig zu den persönlichen Interviews zugestellt. Der Fragebogen wurde aus zwei Gründen in dieser Form eingesetzt: Durch die Auseinandersetzung mit den Fragen des Fragebogens konnten sich die Probandinnen und Probanden die meist lange zurückliegenden Therapiesequenzen (ein bis fünf Jahre) mit Frank Farrelly wieder vergegenwärtigen. Darüber hinaus konnten die im späteren Interview gemachten Aussagen quantitativ bewertet werden. Hierdurch wurden die Aussagen klarer messbar und konnten besser untereinander verglichen werden.

Der Fragebogen basiert auf dem Patientenstundenbogen (PStB)<sup>4</sup> von Grawe & Braun (1994, 1998, 2000). Er wurde sprachlich leicht angepasst, so dass er sich auf Frank Farrellys fünf Therapiesitzungen bezieht. Er besteht aus 22 Items, die quantitativ auf einer siebenstufigen Likert Skala zu beantworten sind (vgl. Anhang 1). Die Fragen decken im Wesentlichen die in Kapitel 3.2.2 aufgeführten schulenübergreifenden Wirkfaktoren ab, d.h. Ressourcenaktivierung, Problem-

---

<sup>4</sup> Der PStB ist ein Instrument der Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung. Er wird im Anschluss an die Therapiestunde durch den Patienten bzw. die Patientin ausgefüllt (Braun, 2004).

aktualisierung, Problembewältigung und Motivationale Klärung. Nachfolgend wird aufgeführt, mittels welcher Items die jeweiligen Faktoren befragt wurden (vgl. Tab. 2)

**Tabelle 2:** Schulenübergreifende Wirkfaktoren nach Grawe in PStB Items aufgeschlüsselt (Grawe & Braun 1994)

<b>4 Wirkfaktoren (nach Grawe)</b>	<b>Item Nr.</b>
1. Ressourcenaktivierung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Positive Kontrollerfahrung</li> <li>▪ Positive Selbsterfahrung</li> <li>▪ Positive Bindungserfahrung; Aufgehobensein in der Therapie</li> <li>▪ Positive Therapiebeziehung</li> </ul>	20, 21, 22 5, 10, 16 8, 12, 14, 19 1, 7, 9
2. Problemaktualisierung	15, 17
3. Problembewältigung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Therapiefortschritt</li> </ul>	11, 13, 18 4
4. Motivationale Klärung	2, 3, 6

Im Rahmen des Interviews wurde der ausgefüllte Fragebogen jeweils dazu genutzt, um zusätzliche Informationen zu der Antwort zu den einzelnen Items zu gewinnen und zu klären, aus welchen Gründen die Probandinnen und Probanden das jeweilige Item wie bewertet haben.

#### ***6.4. Zusammenfassender Überblick über das Untersuchungsdesign***

Das verwendete spezifizierte Rahmenmodell für die Untersuchung findet sich in Abbildung 4. Darüber hinaus wird das beschriebene Vorgehen zusammenfassend im Untersuchungsdesign in Abbildung 5 dargestellt.

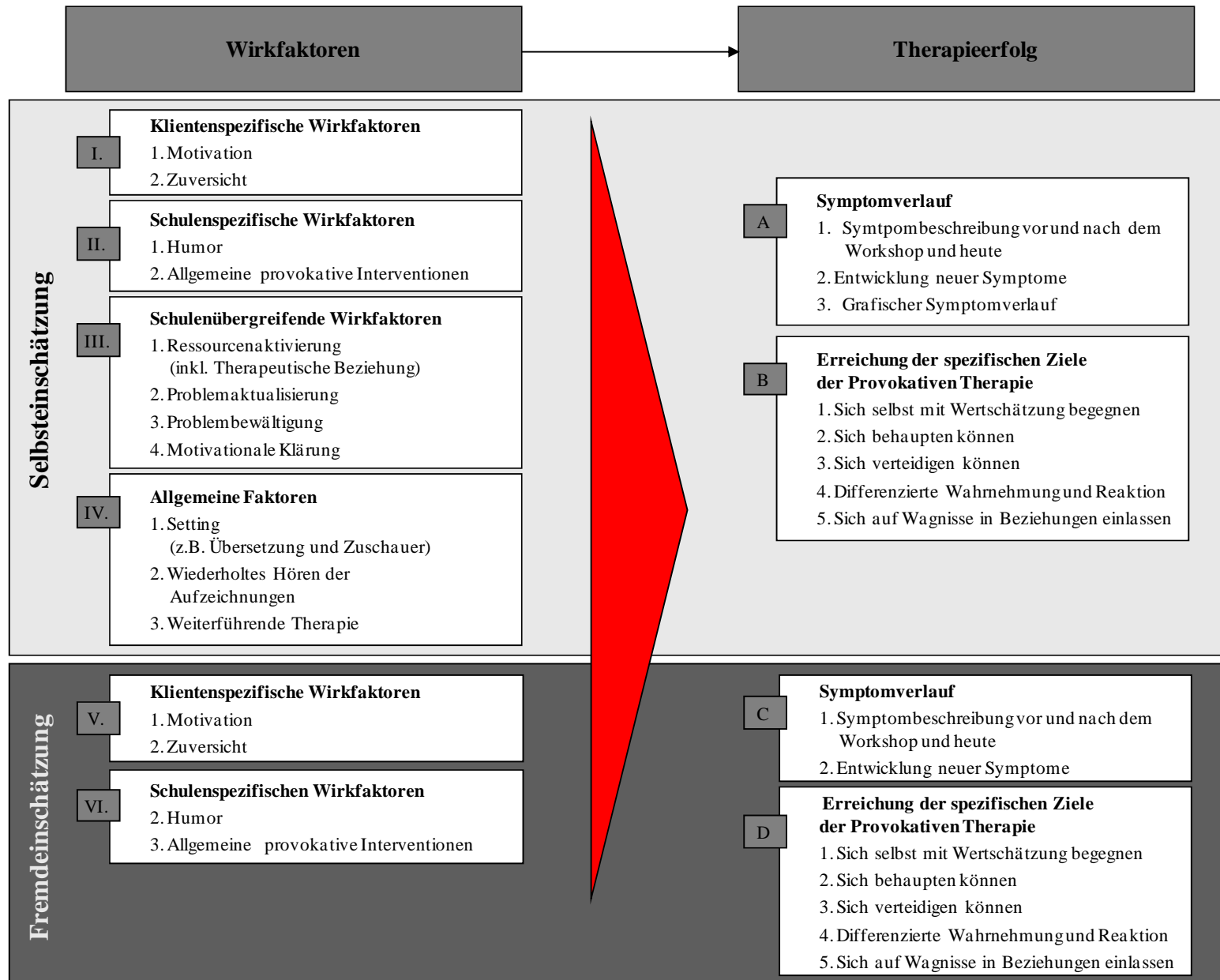


Abbildung 4: Spezifiziertes Rahmenmodell für die Untersuchung

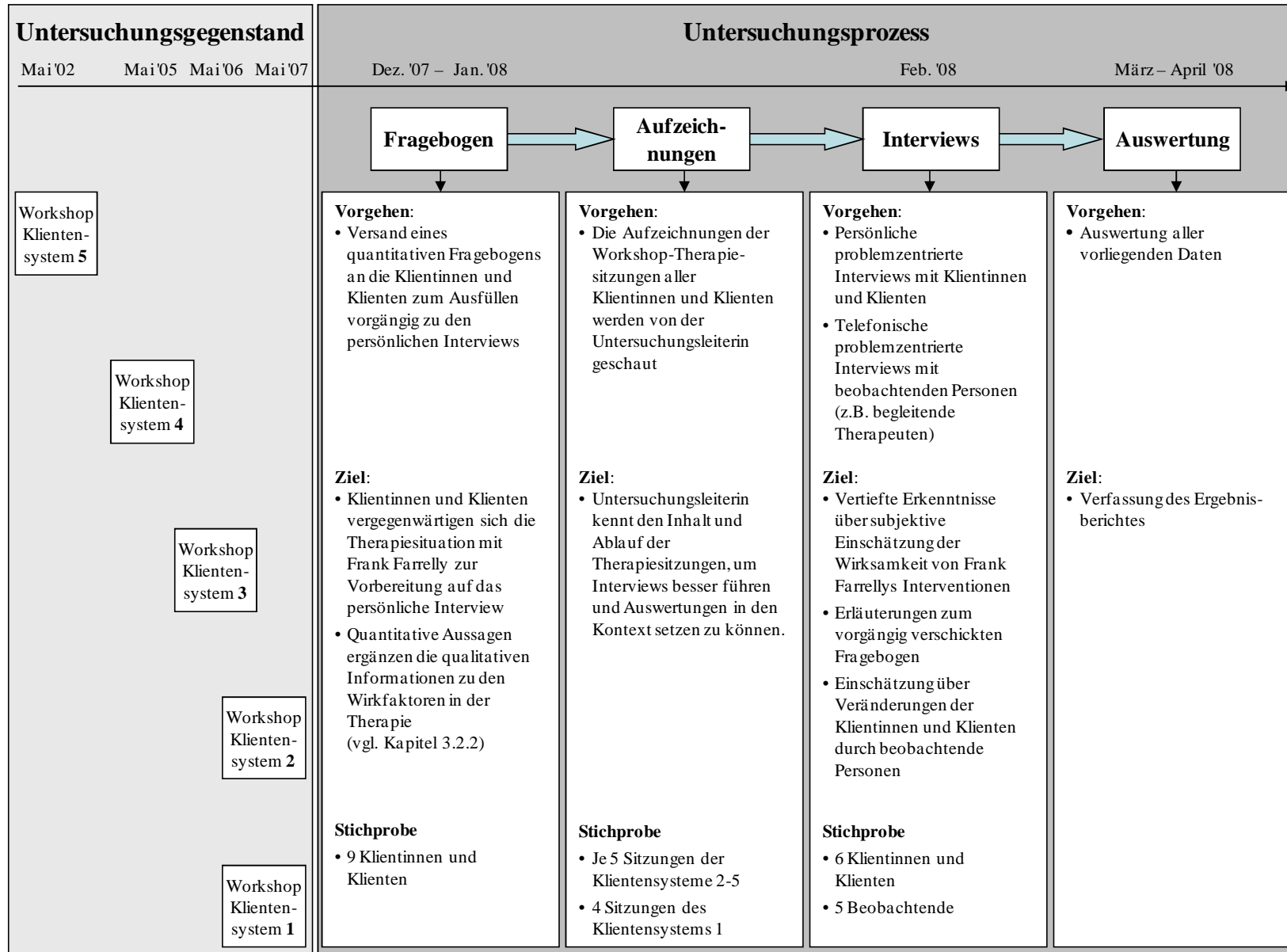


Abbildung 5: Untersuchungsdesign im Überblick

## 6.5. Untersuchungsdurchführung

Die Untersuchungsdurchführung gestaltete sich bei den fünf Klientensystemen unterschiedlich:

1. *Klientensystem 1 – Familie A*: Frau A hatte über die Schulpsychologin ihr Einverständnis mit der Teilnahme an der Untersuchung geben. Anlässlich des Telefongesprächs mit der Untersuchungsleiterin, an dem ein Termin für das persönliche Interview hätte vereinbart werden sollen, äusserte sich Frau A gegenteilig. Sie wolle kein persönliches Interview, da sie einerseits keine Zeit hierfür habe und andererseits die Sitzungen mit Frank Farrelly schrecklich gefunden habe. Sie und ihre Kinder hätten aber den Fragebogen ausgefüllt und würden diesen der Untersuchungsleiterin zustellen. Die Schulpsychologin wurde telefonisch als beobachtende Person befragt.
2. *Klientensystem 2 – Jugendlicher B*: Das Interview wurde mit dem Jugendlichen in den Räumen der geschlossenen Erziehungsanstalt geführt. Vorgängig wurde sein betreuender Erzieher als beobachtende Person persönlich befragt.
3. *Klientensystem 3 – Ehepaar C*: Herr und Frau C wurden in ihrer Wohnung hintereinander und getrennt von einander interviewt. Ihre Therapeutin wurde vorgängig telefonisch als Beobachtende befragt.
4. *Klientensystem 4 – Frau D* wurde bei sich zuhause interviewt. Ihr Mann wurde gleich im Anschluss befragt. Weil er als Ehemann direkt in die Symptomatik seiner Frau involviert und in vier von fünf Sitzungen mit Frank Teil der Therapiesitzungen war, hatte auch er vorgängig zum persönlichen Interview einen Fragebogen ausgefüllt. Im Interview wurde jedoch klar, dass ein Klienten-Interview vom Typ 1 (vgl. Anhang 2) keinen Sinn machte, da er sich klar als „Beobachter“ und nicht als „Klient“ sah. Aus diesem Grund wurde während des Interviews auf den Themenblock „Therapieziele“ (vgl. Kapitel 2.5) verzichtet. Die mit dem Ehepaar D befreundete Ärztin, die sie zum Workshop motiviert hatte und das Ehepaar gut kennt, wurde als Beobachterin persönlich interviewt.
5. *Klientensystem 5 – Herr E* wurde bei sich zuhause interviewt. Vorgängig wurde sein Therapeut telefonisch befragt.

Die nachfolgende Tabelle fasst die wesentlichen Informationen bzgl. der Art der Befragungsform pro Klientensystem tabellarisch zusammen (vgl. Tabelle 3):

**Tabelle 3:** Art Befragungsformen pro Klientensystem.

Befragte Personen		Befragungsformen			
		Fragebogen (vgl. Anhang 1)	Interview Typ 1 (vgl. Anhang 2+3)	Interview Typ 2 (vgl. Anhang 4)	
				persönlich	telefonisch
1	Frau A	X			
	Tochter A	X			
	Sohn A	X			
	Schulpsychologin ( <i>Beobachterin</i> )				X
2	Jugendlicher B	X	X		
	Erzieher ( <i>Beobachter</i> )			X	
3	Frau C	X	X		
	Herr C	X	X		
	Therapeutin ( <i>Beobachterin</i> )				X
4	Frau D	X	X		
	Herr D	X	X (abgekürzt)		
	Befreundete Ärztin ( <i>Beobachterin</i> )			X	
5	Herr D	X	X		
	Therapeut D ( <i>Beobachter</i> )				X

## 7. Auswertung

### 7.1. Aufbereitung der Interviews

Gemäss Mayring (2002) hat die Aufbereitung des erhobenen Datenmaterials einen wichtigen Stellenwert in der qualitativen Forschung, da sie einen Zwischenschritt zwischen Erhebung und Auswertung darstellt. Die Daten müssen genau aufbereitet sein, um der Deskription – der exakten und angemessenen Beschreibung des Gegenstands – Rechnung zu tragen.

Das Darstellungsmittel (Mayring, 2002), welches bei der Erhebung der qualitativen Interviews der vorliegenden Arbeit verwendet wurde, ist *auditiver* Art: Die Gespräche wurden mittels zwei Digitalrekordern aufgenommen, im Falle, dass eines der Geräte versagen würde. Von einer schriftlichen Protokollierung während des Interviews wurde abgesehen, um einen möglichen Störfaktor bezüglich des Beziehungsaufbaus zu verhindern. Die Interviews wurden wörtlich transkribiert (Dittmar, 2004). Hierbei wurde auf eine genaue phonetische Interpunktion verzichtet, da die Interviews inhaltlich ausgewertet wurden (vgl. Kapitel 7.2) und somit das Gesprächsverhalten und die sprachlichen Feinheiten unbedeutend sind. Aus Datenschutzgründen werden die Transkripte dieser Arbeit nicht beigefügt (vgl. Anhang 5).

## 7.2. Auswertung der Interviews und des Fragebogenmaterials

Aufgrund der individuellen Problemstellungen, der unterschiedlichen Persönlichkeiten und Zusammensetzungen der fünf Klientensysteme, variierten die Art der Therapiesitzungen und somit auch die Rückmeldungen der Befragten stark. Um die „Ganzheit“ der einzelnen Fälle zu erfassen und damit bei der Interpretation der Ergebnisse auf den Fallkontext zurückgreifen zu können, wurden das Interviewmaterial sowie die Fragebogendaten in Anlehnung an eine *qualitativ orientierte Fallanalyse* ausgewertet (Mayring, 1996; 2002; vgl. Abb. 4 in Kapitel 6.4). Wie Mayring (2002, S. 42) betont geht es bei der qualitativen Einzelfallanalyse vor allem darum, „...sich während des gesamten Analyseprozesses den Rückgriff auf den Fall in seiner Ganzheit und Komplexität [zu] erhalten, um so zu genaueren und tief greifenden Ergebnissen zu gelangen“. Aus diesem Grund aber auch aufgrund der Tatsache, dass die Stichprobe der Untersuchung sehr klein gewesen ist, wurde auf eine qualitative Inhaltsanalyse (Mayring, 2002) des Interviewmaterials verzichtet.

Analog zum vorgeschlagenen Prozessmodell von Mayring (1996, 2002) wurde der Inhalt der Interviews nach den folgenden Gesichtspunkte für die Auswertung aufbereitet:

1. *Fallzusammenfassung*: Der jeweilige Fall wurde für die Auswertung in komprimierter Form zusammengefasst, sodass die wichtigsten Informationen zum Verständnis des Falls wie Familien- und Therapiesituation sowie des Ablaufs der therapeutischen Sitzungen im Überblick nachvollzogen werden können.
2. *Fallstrukturierung*: Das vorliegende Material wurde so strukturiert, dass jeweils ein direkter Bezug zu den auf Basis des spezifizierten Rahmenmodells (vgl. Abb. 4 in Kapitel 6.4) entwickelten Fragestellungen hergestellt werden kann. Demzufolge wurden für die jeweilige Fragestellung soweit vorhanden jeweils die Einschätzungen auf Basis der Rohdaten des Fragebogens bzw. der quantitativen Einschätzungen mit den Antworten aus dem Interview gegenüber gestellt.
3. *Vergleich zwischen den Fällen*: Für den direkten Vergleich zwischen den Einzelfällen, wurde lediglich auf das quantitative Material des Fragebogens und des Interviews zurückgegriffen, da es aufgrund seiner höheren Standardisierung und Quantifizierbarkeit besser für einen Vergleich zwischen den Fällen geeignet ist.

In der folgenden Abbildung 6 ist noch einmal die Strukturierung der Ergebnisse der qualitativen Einzelfallanalyse im Überblick dargestellt:



<b>Ergebnisse der qualitativen Fallanalyse</b>	
Themenbereich: <b>Therapieerfolg</b>	Themenbereich: <b>Wirkfaktor</b>
<p><b>Symptomverbesserung</b> (vgl. Kapitel 3.1)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inwiefern hat sich das Symptom nach dem Workshop verändert?</li> <li>2. Wie sah der Symptomverlauf aus?</li> <li>3. Entstanden nach dem Workshop neue Symptome?</li> </ol>	<p><b>Klientenspezifische Wirkfaktoren</b> (vgl. Kapitel 3.1)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Motivation</i>: Wie motiviert waren die Klientinnen und Klienten vor dem Workshop, ihr Problem zu lösen?</li> <li>2. <i>Zuversicht</i>: Wie stark glaubten sie, dass sich ihr Problem durch den Workshop verbessern würde?</li> </ol>
<p><b>Erreichung der Therapieziele</b> (vgl. Kapitel 2.5)</p> <p>Gab es nach dem Workshop Veränderungen bezüglich der fünf Therapieziele?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sich selbst mit Wertschätzung begegnen</li> <li>2. Sich behaupten können</li> <li>3. Sich verteidigen können</li> <li>4. Differenzierte Wahrnehmung und Reaktion</li> <li>5. Sich auf Wagnisse in Beziehungen einlassen festzustellen? Wie sieht dies heute aus?</li> </ol>	<p><b>Schulenspezifische Wirkfaktoren</b> (vgl. Kapitel 3.1)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Humor</i>: Inwiefern fanden sie den eingebrachten Humor als hilfreich bzw. hinderlich? Hatte der Workshop einen Einfluss auf die Bedeutung von Humor bei der Bewältigung ihrer Probleme? Wie bezeichnen sie ihren eigenen Humor?</li> <li>2. <i>Therapeutischen Interventionen</i>: Wie stark haben Franks Interventionen zur <b>Symptomverbesserung</b> und zur Annäherung an die <b>therapeutischen Ziele</b> beigetragen?</li> <li>3. Was hat ihnen im Rahmen des Workshops am meisten bzw. am wenigsten gebracht?</li> </ol>
<p><b>Sichtweise der Beobachtenden</b> (vgl. Abb. 4 in Kap. 6.4)</p> <p>Welche Veränderungen konnten Beobachtende, z.B. begleitende Therapeuten feststellen bezüglich:</p> <p><i>Therapieerfolg</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Symptomverbesserung</li> <li>2. Erreichung der Therapieziele</li> </ol> <p><i>Wirkfaktoren</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Motivation und Zuversicht</li> <li>2. Humor und Einfluss der therapeutischen Interventionen auf die Symptomverbesserung und therapeutischen Ziele</li> </ol>	<p><b>Schulenübergreifende Wirkfaktoren</b> (vgl. Kapitel 3.2)</p> <p>Wie beurteilen die Klientinnen und Klienten die Therapiesitzungen bezüglich der vier Wirkfaktoren nach Grawe</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ressourcenaktivierung (inkl. Therapeutische Beziehung)</li> <li>2. Problemaktualisierung</li> <li>3. Problembewältigung</li> <li>4. Motivationale Klärung</li> </ol>
	<p><b>Allgemeine Faktoren</b> (vgl. Kapitel 6.1.1)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Setting</i>: Hatte das Setting (z.B. Übersetzerinnen und Zuschauer) einen Einfluss auf die therapeutische Beziehung oder die allgemeine Wirkung der Interventionen? Wie gut sprechen und verstehen sie Englisch?</li> <li>2. <i>Weiterführung</i>: Waren sie nach dem Workshop weiterhin in (provokativer) Therapie? Haben sie sich die Aufzeichnungen nach dem Workshop erneut angehört?</li> </ol>

Abbildung 6: Darstellung der Ergebnisse in der qualitativ orientierten Fallanalyse

## 8. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung vorgestellt. Um den individuellen Fällen gerecht zu werden, werden in einem ersten Schritt die Rückmeldungen der einzelnen Klientensysteme vorgestellt, die mittels der *qualitativ orientierten Fallanalyse* ausgewertet wurden (vgl. Kapitel 7.2). Analog zum Untersuchungsdesign (vgl. Abb. 4 in Kapitel 6.4) sind die Resultate in die zwei Hauptbereiche *Therapieerfolg* und *Wirkfaktoren* mit jeweiligen Unterkategorien aufgeteilt. In einem zweiten Schritt werden die individuell gewonnen Daten miteinander verglichen (vgl. Kapitel 8.2) und abschliessend wird aufgrund der dargestellten Ergebnisse in Kapitel 8.3 ergründet, ob sich Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und Wirkfaktoren finden lassen.

## 8.1. Ergebnisse der qualitativ orientierten Fallanalyse

### 8.1.1. Klientensystem 1: Familie A

#### a) Falldarstellung Familie A

##### **Angaben zu Familie A:**

Das Klientensystem besteht aus einer 50-jährigen Mutter mit ihren 16-jährigen Zwillingen: Ein Junge und ein Mädchen. Der Vater habe sich 2 Wochen bevor die Sitzungen bei Farrelly stattfanden, das Leben genommen. Das Problem, weshalb sie am Workshop teilnehmen, sei, dass der Sohn zuhause gewalttätig sei, d.h. er schlage seine Mutter und trete Türen ein etc. Die Tochter erleide Kreislaufzusammenbrüche, habe immer stärkere Migräneanfälle, könne immer schlechter sehen und sei oft lange von der Schule krankgeschrieben.

##### **Therapiesituation**

Die Familie war vor und nach dem Workshop nicht in Therapie. Der Sohn war mehrmals, die Tochter und Mutter einige Male bei der Schulpsychologin; eine Schülerin von Frank Farrelly. Sie war es, die den Besuch des Workshops vorgeschlagen hatte.

##### **Kurzzusammenfassung der fünf Sitzungen im Mai 2007**

Die erste der geplanten fünf Sitzungen fand nicht statt, da Frank Farrelly den davor stattfindenden Ausbildungsteil um 30 Minuten überzogen hatte. Die Mutter sei deswegen wütend gewesen und lauthals mit ihren Kindern heimgefahren, weil sie nicht warten wollte. Als es am nächsten Tag zum ersten Treffen kommt, sagt Frank Farrelly: „*Sie haben also das Problem mit seinem [Sohn] pubertären Testosteron? Hierfür gibt's Operationen, die das lösen!*“ Weiter erzählt Farrelly von einer Geschichte, in welcher sich eine Mutter eine Nagelpistole zur Hilfe nimmt, um ihren Sohn zu erziehen. Frau A und Farrelly schmücken diese Geschichte gemeinsam auf ihre Situation aus. „*Vielleicht könnte ich seinen rechten Fuss auf den Boden nageln, wenn er mich wieder ärgert. Wenn's schlimmer wird, auch seine rechte Hand!*“ Frank Farrelly bezieht hauptsächlich den Sohn und die Mutter ins Gespräch. „*Es gibt aber auch andere Wege, wie man seine pubertierenden Gefühle rauslassen kann*“ und fragt den Sohn über sein Sexualleben aus, worauf jedoch meistens die Mutter antwortet. Der Sohn erscheint nicht zur letzten Sitzung, weil ihm das Sexthema unangenehm gewesen sei. In der Abschlussrunde sagt die Mutter, dass sie dank der Sitzungen mit Farrelly zum ersten Mal habe über all ihre Probleme lachen können. Wenn sich ihr Sohn zuhause wieder nicht benehmen wird, würde er von ihr festgenagelt. Gleichzeitig werde sie ihm die letzten 10 Minuten der Aufzeichnung dieser letzten Sitzung zeigen. Die Tochter sagt, es hätte etwas gebracht und sei für die ganze Familie unterhaltsam gewesen.

Abbildung 7: Falldarstellung Familie A

#### b) Ergebnisse Familie A

Wie in Kapitel 6.5 aufgeführt, war Frau A nach anfänglicher Zusage nicht mehr für ein Interview bereit, da sie keine Zeit habe: Sie arbeite, habe eine Operation vor sich, ihre Tochter auch, und ihr Sohn sei von der Schule verwiesen worden. Am Telefon sagte sie, dass sie die Therapiesequenzen bei Frank Farrelly schrecklich, beleidigend und peinlich gefunden habe. Es habe ihr überhaupt nichts gebracht. Sie habe schon vor dem Tod ihres Mannes gewusst, dass sich ihre Probleme lösen würden, wenn ihr Mann nicht mehr leben würde. Sie sagte:

„Die Probleme, die ich mit meinem Sohn zuhause hatte, sind nicht durch Herrn Frank Farrelly gelöst, sondern ich kann jetzt, nach dem Tod meines Mannes, so handeln, wie ich es für richtig halte! Meinem Sohn würde ich diese Sitzungen nicht noch einmal zumuten! Öffentlich das Sexualleben eines damals 16-jährigen ins „Lächerliche“ zu ziehen, empfinde ich als unterstes Niveau! Die Sitzung für meine Kinder: einfach nur peinlich!“

Sie habe sich beleidigt gefühlt, wie auch ihr Sohn, der deswegen nicht zur letzten Sitzung erschienen ist. Der Tochter sei es genauso unangenehm gewesen, sie sei aber weniger betroffen gewesen.

Sie würde nie mehr an so etwas teilnehmen und brauche auch keinen Therapeuten; mit ihren Problemen werde sie selber fertig.

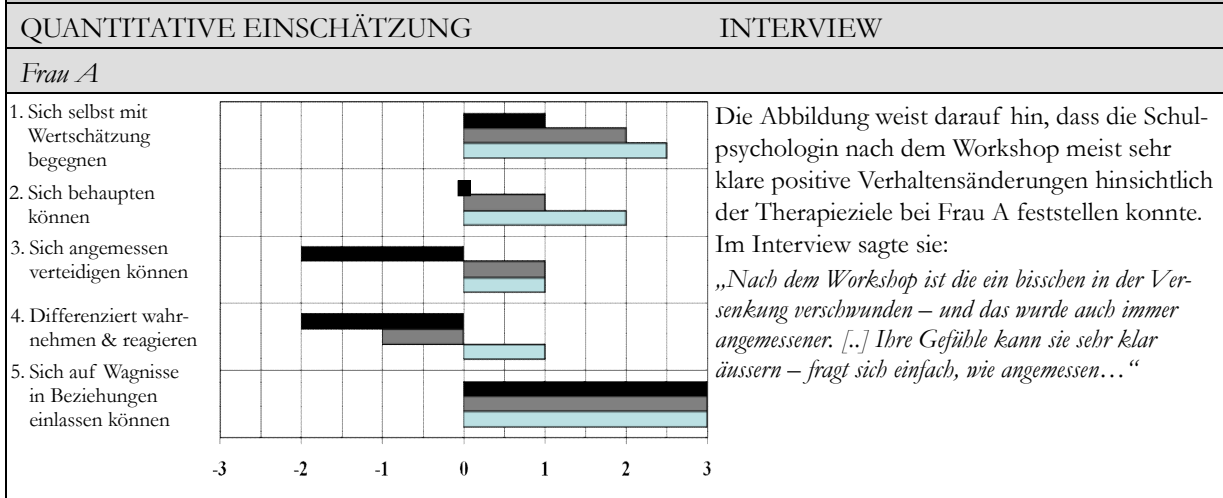
Da kein Interview mit der Familie A geführt werden konnte, werden der Therapieerfolg sowie die klienten- und schulenspezifischen Wirkfaktoren aufgrund der Aussagen der Schulpsychologin erläutert (vgl. Tab. 4). Die schulübergreifenden Wirkfaktoren werden aufgrund der von den drei Familienmitgliedern ausgefüllten Fragebögen dargestellt (vgl. Tab. 5).

Um einen direkten Vergleich anstellen zu können, werden die *klientenspezifischen Wirkfaktoren*, d.h. Motivation und Zuversicht, aller Familienmitglieder in einer Grafik dargestellt. Die *schulenspezifischen Wirkfaktoren*, also die Fragen, wie viel Farrellys Interventionen zur Symptomveränderung und Erreichung der Therapieziele aus Sicht der Schulpsychologin beigetragen haben, wurden im Interview für das ganze Familiensystem erfragt. Aus diesem Grund ist hierfür jeweils ein Messpunkt aufgeführt.

**Tabelle 4:** Therapieerfolg Familie A

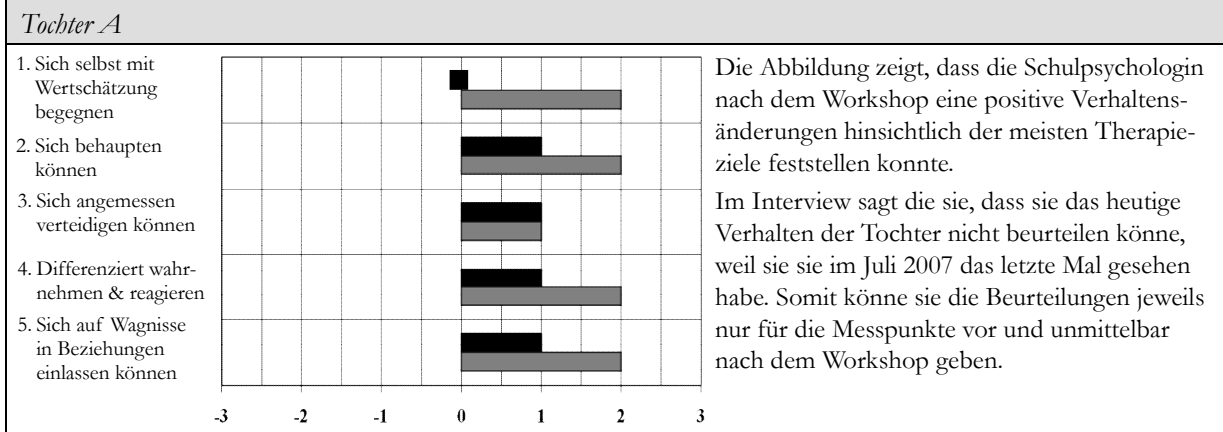
<b>Symptomveränderung – Sichtweise der Schultherapeutin (Beobachterin)</b>	<i>Therapieerfolg</i>
<i>Frau A</i>	
<p>Im Interview sagt die Schulpsychologin, dass sie nach dem Workshop bei Frau A feststellen konnte, dass sie mehr Abstand zu ihren familiären Problemen gehabt habe und besser darüber habe lachen und generell besser zuhören können, obwohl sie noch immer sehr viel spreche. Vorher habe sie nie zugehört und sei unerreichbar gewesen.</p> <p>Neue Symptome hätten sich nicht gebildet.</p>	
<i>Tochter A</i>	
<p>Bezüglich der Tochter konnte die Schulpsychologin nach dem Workshop folgende Änderungen feststellen: Sie sei lockerer und fröhlicher gewesen, habe weniger belastet und freier gewirkt, sei mehr aus sich rausgegangen und habe in der Schule bessere Leistungen erbracht. Sie sei in der Schule nicht mehr ganz so oft krank geschrieben gewesen.</p> <p>Neue Symptome hätten sich nicht gebildet.</p>	
<i>Sohn A</i>	
<p>Beim Sohn hat die Schulpsychologin grosse Veränderungen feststellen können: Vor dem Workshop habe ihn zuhause alles aufgeregt und er habe oft geäußert, dass er sofort zuhause ausziehen müsse, weil er es nicht mehr aushalte. Er sei ausgeflippt, weggerannt, habe herumgeschrien, mit Tellern geworfen und nachts die Musik so laut aufgedreht, dass niemand mehr habe schlafen können. Nach dem Workshop sei er nicht mehr so impulsiv, sondern ruhiger gewesen. Die Situation zuhause sei zwar immer noch nicht ideal, aber „es passt schon“, habe er gesagt. Insgesamt habe er freundlicher und lockerer gewirkt und auch den Unterricht nicht mehr gestört. Er habe einen selbstbewussteren Eindruck gemacht und sei nicht mehr in einer Opferrolle gewesen. Aufgrund dessen hätten ihn auch seine Mitschüler neuerdings in Ruhe gelassen, von denen er früher geschlagen wurde. Von der Schule sei er jetzt verwiesen worden, weil er seine Aufgaben selten gemacht habe, da er lieber Arbeiten als zur Schule gehen wolle. Die Schule habe jetzt die Konsequenzen gezogen.</p> <p>Neue Symptome hätten sich nicht gebildet.</p>	

**Therapieziele – Sichtweise der Schulpsychologin (Beobachterin)** Therapieerfolg



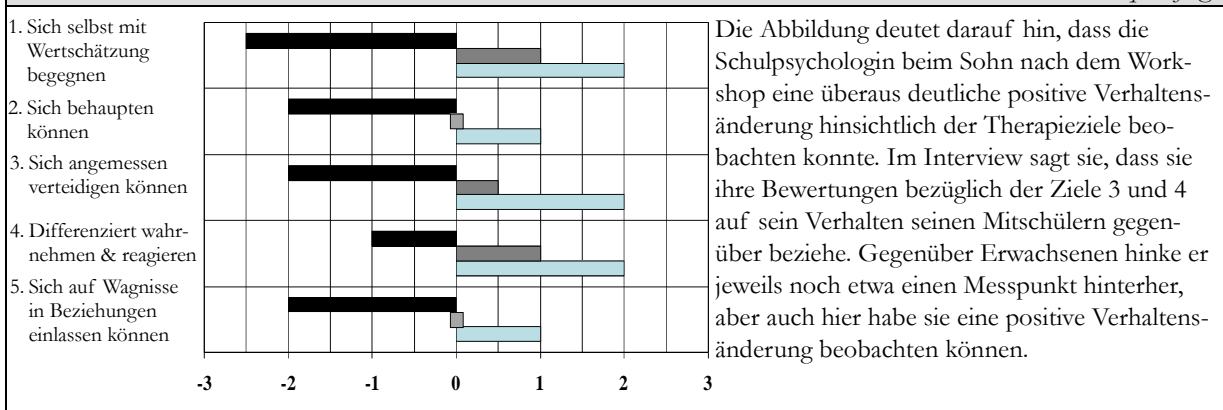
**Abbildung 8:** Sichtweisen der Schulpsychologin zur Veränderungen bezüglich Therapieziele Frau A

**Therapieziele – Sichtweise der Schulpsychologin (Beobachterin)** Therapieerfolg



**Abbildung 9:** Sichtweisen der Schulpsychologin zur Veränderungen bezüglich Therapieziele Tochter A

**Therapieziele – Sichtweise der Schulpsychologin (Beobachterin)** Therapieerfolg



**Abbildung 10:** Sichtweisen der Schulpsychologin zur Veränderungen bezüglich Therapieziele Sohn A

**Legende**

- Vor dem Workshop
- Nach dem Workshop
- Heute

**Bewertungsskala**

-3 = überhaupt nicht      3 = ja, ganz genau

Tabelle 5: Wirkfaktoren Familie A

Sichtweise der Schulpsychologin (Beobachterin) – Familie A		Wirkfaktoren
QUANTITATIVE EINSCHÄTZUNG	INTERVIEW	
<p>Motivation: Frau A (-2.5), Tochter A (-0.5), Sohn A (0.5)</p> <p>Zuversicht: Frau A (-1.5), Tochter A (1.5), Sohn A (0.5)</p> <p>Symptomveränderung: Tochter A (1.5)</p> <p>Therapieziele: Tochter A (1.5)</p> <p><b>Bewertungsskala</b> -3 = überhaupt nicht(s)    3 = 100%</p>	<p><b>Klientenspezifische Wirkfaktoren</b></p> <p>Die Abbildung weist darauf hin, dass die Schulpsychologin die Familie A so einschätzt, dass Frau A nicht und beide Kinder eher motiviert waren, das Problem zu lösen und dass Frau A eher nicht, der Sohn eher schon und die Tochter klar daran glaubten, dass sich das Problem durch den Workshop verbessern würde. Im Gespräch sagt sie:</p> <p>„Die [Mutter] hat halt Angst vor Veränderung. Eigentlich hätte sie [Mutter] es mit einem Schnipp gerne anders. Aber dafür muss man etwas tun, sich selbst reflektieren und auf andere eingehen – und das fällt ihr sehr schwer. [...] Die [Kinder] waren zwar sehr unsicher, was das Ganze betrifft, aber die haben gesagt, 'wir machen das'. Die wären ja alle sonst nie in eine andere Therapie gegangen, weil die denken, die brauchen das alles nicht.“</p> <p><b>Schulenspezifische Wirkfaktoren</b></p> <p>Die Abbildung lässt darauf schließen, dass die Schulpsychologin einen klaren Zusammenhang zwischen den Symptom- und Verhaltensänderungen hinsichtlich der Therapieziele sieht. Hierzu sagt sie im Interview:</p> <p>„Der [Farrelly] hat richtig gearbeitet mit denen. Die haben sich auch immer wieder die Bänder angeschaut. Der Sohn hat sich diese auch während der Sitzung mit angeschaut.“</p>	

Abbildung 11: Sichtweise der Schulpsychologin bezüglich der schulenspezifischen Wirkfaktoren Familie A

Schulenübergreifende Wirkfaktoren – Familie A Wirkfaktoren

	Frau A	Tochter A	Sohn A
1. Ressourcen Aktivierung*			
2. Problemaktualisierung			
3. Problembewältigung			
4. Motivationale Klärung			

\*Legende  
 ■ Positive Kontrollerfahrung  
 ■ Positive Selbsterfahrung  
 ■ Positive Bindungserfahrung  
 ■ Positive Therapiebeziehung

**Bewertungsskala**  
-3 = überhaupt nicht    3 = ja, ganz genau

Abbildung 12: Wirkfaktoren Frau A

Abbildung 13: Wirkfaktoren Tochter A

Abbildung 14: Wirkfaktoren Sohn A

Die drei Abbildungen zeigen, dass alle Familienmitglieder Therapiesitzungen weder ressourcenaktivierend, problemaktualisierend, problembewältigend oder motivational klärend fanden. Anlässlich des kurzen Telefongesprächs sagt Frau A deutlich:

„Es war peinlich und beleidigend. Sich über das Sexuelleben eines 16 Jährigen lustig zu machen geht gar nicht! Das war idiotisch – und das vor 30 Leuten!“

## 8.1.2. Klientensystem 2: Jugendlicher B

### a) Falldarstellung Jugendlicher B

#### **Angaben zum Jugendlichen B**

In diesem Fall handelt es sich um einen 14-jährigen Jungen, der sich selbst als Punk bezeichnet. Er trägt entsprechende Kleidung und Frisur. Er wohnt in einem geschlossenen Jugendheim. Er sei erstmals mit zwölf in eine Psychiatrische Klinik eingewiesen worden, weil er unter Alkoholeinfluss einen Polizisten krankenhausreif geschlagen habe. Immer, wenn er sich betrinke, prügelt er sich mit Polizisten.

#### **Therapiesituation**

Anfang 2006 war er sechs Wochen in Therapie. Dies war zwei Monate, bevor er ins Heim kam, und 18 Monate vor dem Workshop mit Frank Farrelly. Während der Zeit im Heim war er nicht in Therapie. Somit waren diese sechs Wochen die einzigen therapeutischen Interventionen, die er nebst den Sitzungen mit Frank erlebt hat.

#### **Kurzzusammenfassung der fünf Sitzungen im Mai 2007**

Anfänglich wirkt der Klient etwas nervös, was sich aber schon bald zu legen scheint. Farrelly erklärt ihm in der ersten Sitzung, dass er durch sein Verhalten die Arbeitsplätze der Polizisten, Sozialarbeiter etc. sichere. „Wenn Deine Scheisse im Hirn sich in einen normalen Jungen verwandeln würde, wüssten die Polizisten gar nicht, was sie am Samstagabend machen sollen! Normale Jungs sind langweilig. Willst Du langweilig oder aufregend sein?“ Frank nennt ihn von nun an einen „Baby-Kriminellen“: „Jetzt bist Du ein Baby-Krimineller. Aber wenn Du mal alt bist, werden die [die Polizei] deinen Schwanz und deine Eier in einen Schraubstock stecken – dann sind sie so platt, wie ein Stück Papier! Strassengangs werden auf Dich losgehen und dich mit zehn bis 20 Schlagringen verprügeln“. Ab der dritten Sitzung ist der Sozialarbeiter des Jugendlichen vorne mit dabei. Frank beschreibt weiter Szenen aus der Zukunft, die sich darbieten werden, wenn der Klient im Gefängnis sitzen wird. Er schmückt Vergewaltigungsszenen aus, u.a. die berühmte Szene, dass man aufpassen soll, dass man die Seife während des Duschens nicht fallen lässt. Der Jugendliche witzelt mit und sagt, er müsse halt Flüssigseife dabei haben. Der Klient kommt auf seine Freunde zu sprechen: „Die würden mich auslachen, wenn sie die Tonbandaufnahmen von diesen Sitzungen hören würden.“ Farrelly meint: „Du kennst diesen Spruch: Zeig mir Deine Freunde und ich sag Dir, wer Du bist. Was macht das aus Dir? Bevor ich das wusste, hätte ich gesagt, Du hast ein Vier-Watt-Hirn. Aber jetzt bist Du nur ein kleines Nachttischlämpchen. Aber Deine Kumpels sind noch dunkler!“

Abbildung 15: Falldarstellung Jugendlicher B

### b) Ergebnisse Jugendlicher B

Von allen Klientinnen und Klienten äusserte sich der Jugendliche B am positivsten. Er hatte generell das Gefühl, dass ihm die Therapiesequenzen mit Farrelly sehr viel gebracht haben. Er hat sich auch die Tonbandaufzeichnungen seither wiederholt angehört. Er sagte, dass er durch Franks Farrellys Äusserungen zum ersten Mal angefangen habe, über sein Verhalten nachzudenken, was er früher nie gemacht und dieses als Konsequenz verändert habe. Sowohl die Symptomverbesserung und die positive Verhaltensänderung bezüglich der Therapieziele führte er auf den Workshop zurück, obwohl er anfangs sehr skeptisch war. Er war weder stark motiviert, sein Problem zu lösen, noch glaubte er daran, dass sich sein Problem durch den Workshop verbessern würde. Im Interview sagte er:

„Schon bevor ich zu dem Workshop gefahren bin, habe ich gedacht, ist das jetzt so stinknormal wie bei so einem Psychologen? Aber das war ganz anders. Ich konnte nicht glauben, wie der redet! Der hat mich anders dargestellt. Das war zwar ernst aber auch witzig. Da gab's manche Dinge, die waren schon ein bisschen komisch, weil da auch plötzlich 30 Leute gesessen waren. Am Anfang musste ich mich erst mal dran gewöhnen, wie das war mit der Übersetzerin.“

Tabelle 6: Therapieerfolg Jugendlicher B

Symptomverlauf – Jugendlicher B		Therapieerfolg
QUANTITATIVE EINSCHÄTZUNG	INTERVIEW	
<p><b>Bewertungsskala:</b>                      -3 = Symptome sind nicht aushaltbar                      0 = Kann mit Symptomen mehr oder minder gut leben                      +3 = Frei von Symptomen</p>	<p>Die Abbildung zeigt, dass sich nach dem Workshop eine klare Symptomverbesserung einstellte. Im Interview sagt er, dass er vor allem eine Veränderung in seinem Verhalten der Polizei gegenüber feststellen können.</p> <p>„Es war das erste mal überhaupt, wo ich gegen die Polizei überhaupt nichts gemacht habe. Ich war schon überrascht. Als sie kamen, habe ich schon die Fäuste geballt [...] und dann hat es wie klick gemacht. Ich bin friedlich mit denen mitgegangen. [...] Dann haben sie mir sogar die Handschellen wieder abgenommen, und ich durfte dann im Wartezimmer warten. Sonst hätte ich in die Zelle müssen. Das war neu. Ich habe dann hinterher sogar Pizza und alles gekriegt. [...] Und seit dem habe ich nichts mehr gegen die Polizisten gemacht. Ich wurde schon oft aufgegriffen und alles, aber ich habe nichts gemacht.“</p> <p>Neue Symptome hätten sich nicht gebildet.</p>	

Abbildung 16: Symptomverlauf Jugendlicher B

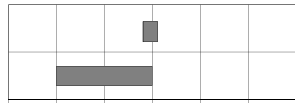
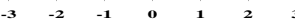
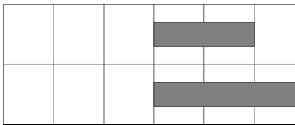
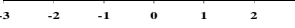
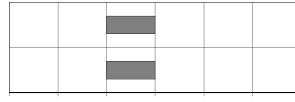
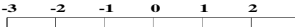
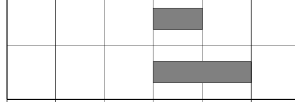
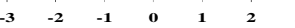
Erreichung der Therapieziele – Jugendlicher B		Therapieerfolg
<ol style="list-style-type: none"> <li>Sich selbst mit Wertschätzung begegnen</li> <li>Sich behaupten können</li> <li>Sich angemessen verteidigen können</li> <li>Differenziert wahrnehmen &amp; reagieren</li> <li>Sich auf Wagnisse in Beziehungen einlassen können</li> </ol> <p><b>Legende</b>                      ■ Vor dem Workshop                      ■ Nach dem Workshop                      ■ Heute</p> <p><b>Bewertungsskala</b>                      -3 = überhaupt nicht      3 = ja, ganz genau</p>	<p>Die Abbildung deutet darauf hin, dass der Jugendliche nach dem Workshop eine grosse Verhaltensänderung hinsichtlich aller fünf Therapieziele feststellen konnte. Im Interview sagt er hierzu:</p> <p>„Durch Frank habe ich gelernt, dass ich was bin, obwohl ich früher nichts von mir selbst gehalten habe. Heute habe ich keine Streitigkeiten mehr, auch nicht mit der Polizei. Das will ich auch nicht mehr. [...] Früher habe ich entweder zugeschlagen, wenn mir was nicht gepasst hat oder ich habe gesagt 'kannst mich mal' und bin dann gegangen. Kurz nach dem Workshop hat sich das etwas verbessert: ich habe mich noch mit Worten verteidigt, aber nicht mehr zugeschlagen. [...] Früher bin ich mit allen Menschen gleich umgegangen. Ich hatte keine Tischmanieren, habe alle geduzt, habe Floskeln wie 'Bitte, Danke, Sie' nicht gekannt. Heute habe ich Tischmanieren und benutze diese Floskeln“</p>	

Abbildung 17: Veränderungen bezüglich Therapieziele Jugendlicher B

Sichtweise des Erziehers (Beobachter)		Therapieerfolg
<ol style="list-style-type: none"> <li>Sich selbst mit Wertschätzung begegnen</li> <li>Sich behaupten können</li> <li>Sich angemessen verteidigen können</li> <li>Differenziert wahrnehmen &amp; reagieren</li> <li>Sich auf Wagnisse in Beziehungen einlassen können</li> </ol> <p><b>Legende</b>                      ■ Vor dem Workshop                      ■ Nach dem Workshop                      ■ Heute</p> <p><b>Bewertungsskala</b>                      -3 = überhaupt nicht      3 = ja, ganz genau</p>	<p><b>Symptomveränderung</b>                      Im Interview sagt der Erzieher, dass der beim Jugendlichen für ein halbes Jahr nach dem Workshop eine „Wohlverhaltensphase“ beobachten konnte. Früher hätten diese Phasen maximal zwei, drei Monate angehalten.</p> <p><b>Therapieziele</b>                      Die Abbildung weist darauf hin, dass der Erzieher nach dem Workshop auch eine klare positive Verhaltensänderungen bezüglich der Therapieziele beobachten konnte. Was das Verhalten diesbezüglich heute angeht, sehe er jedoch kleine Rückschritte. Im Gespräch sagt er hierzu, dass er dies auf den baldigen Austritt des Jugendlichen aus dem Heim zurückführe, da noch unklar sei, wie seine Zukunft nach Ablauf dieser sechs Wochen aussähe.</p>	

Abbildung 18: Sichtweisen des Erziehers zur Veränderungen bezüglich Therapieziele Jugendlicher B

**Tabelle 7:** Wirkfaktoren Jugendlicher B

Klientenspezifische Wirkfaktoren – Jugendlicher B		Wirkfaktoren
QUANTITATIVE EINSCHÄTZUNG	INTERVIEW	
<p>1. Motivation</p>  <p>2. Zuversicht</p>  <p><b>Bewertungsskala</b> -3 = überhaupt nicht      3 = 100%</p> <p><b>Abbildung 19:</b> Motivation und Zuversicht Jugendlicher B</p>	<p>Die Abbildung zeigt, dass der Jugendliche weder speziell motiviert noch unmotiviert war, seine Probleme zu lösen und nicht daran glaubte, dass sich diese durch den Workshop verbessern würden. Im Interview sagte er:</p> <p>„Ich dachte, ich kann da mal hingehen und das mal ankeucken. Ob ich's mache, ist was anderes. Am Anfang ging es mir eigentlich nur darum, nach München zu gehen [wo der Workshop mit Frank stattfand].“</p>	
Schulenspezifische Wirkfaktoren – Jugendlicher B		Wirkfaktoren
<p>1. Symptomveränderung</p>  <p>2. Therapieziele</p>  <p><b>Fragen im Interview</b> Wie viel denken Sie, haben Frank Farrellys Interventionen zu den</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Symptomveränderungen</li> <li>Veränderungen bezüglich der Therapieziele beigetragen?</li> </ol> <p><b>Bewertungsskala</b> -3 = überhaupt nicht      3 = 100%</p> <p><b>Abbildung 20:</b> Einfluss der therapeutischen Interventionen auf die Symptomveränderung und Therapieziele Jugendlicher B</p>	<p><b>Einfluss der therapeutischen Interventionen</b></p> <p>Die Abbildung deutet darauf hin, dass der Jugendliche die Symptomverbesserung klar und die grossen Verhaltensveränderungen hinsichtlich der Therapieziele gänzlich auf Franks Interventionen zurückführt. Im Gespräch sagt er hierzu:</p> <p>„Das [Sein Verhalten gegenüber der Polizei] führe ich schwer auf Frank zurück. Dass ich überhaupt drüber nachgedacht habe, ob ich das jetzt mache oder nicht. Früher habe ich einfach gedacht, drauflos! Der [Frank] ist mir noch ein dreiviertel Jahr im Kopf rumgeschwirrt – die ganze Zeit!“</p> <p><b>Humor</b></p> <p>Obwohl der Jugendliche den Humor und die Provokationen am Anfang etwas störend fand, wies er im Interview darauf hin, dass ihm diese mit der Zeit angefangen hätten zu gefallen. Es habe dazu geführt, dass er tatsächlich zugehört habe und sich für Franks Aussagen zu interessieren begann.</p> <p>„Ja, er hat sich halt manchmal über mich lustig gemacht. Am Anfang hat mich das schon ein bisschen gestört. Dann hat mir das aber dann gefallen.[...] Aber das war irgendwie kein provozieren. Das war so ein lustiges provozieren [...]Das hat schon was bewirkt, es hat sich provozierend angehört, aber auch lustig.“</p> <p>Darüber hinaus erläuterte er, dass Humor für ihn eine Rolle bei der Bewältigung seiner Probleme spiele. Früher sei das einfach ein anderer Spass gewesen: Er hätte sich v.a. geprügel. Seit dem Workshop sei das anders: Wenn sich beispielsweise jemand über sein Aussehen lustig mache, denke er nur „du musst das ja nicht anziehen.“ Früher hätte er dem weh getan.</p>	
Sichtweise des Erziehers (Beobachter)		Wirkfaktoren
<p>1. Motivation</p>  <p>2. Zuversicht</p>  <p>1. Symptomveränderung</p>  <p>2. Therapieziele</p>  <p><b>Bewertungsskala</b> -3 = überhaupt nicht      3 = 100%</p> <p><b>Abbildung 21:</b> Sichtweise des Erziehers bezüglich der Wirkfaktoren Jugendlicher B</p>	<p><b>Klientenspezifische Wirkfaktoren</b></p> <p>Die Abbildung weist darauf hin, dass der Erzieher den Jugendlichen als eher nicht motiviert einschätzte, seine Probleme zu lösen und dass er nicht daran glaubte, dass sich diese durch den Workshop verändern würden.</p> <p><b>Schulenspezifische Wirkfaktoren</b></p> <p>Die Abbildung lässt darauf schliessen, dass der Erzieher einen Zusammenhang zwischen dem Workshop und den Symptomverbesserungen sieht. Die Verhaltensänderungen hinsichtlich der Therapieziele führt er zu einem grossen Teil auf Farrellys Interventionen zurück. Im Interview sagt er, dass er es auch für ihre Beziehung sehr nützlich fand, dass er bei den Sitzungen anwesend war:</p> <p>„Dies war wie ein Stück Weg, den wir gemeinsam gegangen sind. Das hat uns auch zu einer gemeinsamen Sprache verholfen. Oft, wenn der Jugendliche eine Dummheit anstellen wollte, nannte ich ihn „1-Watt“, wie es Frank getan hatte. 'Komm wieder, wenn du ein weiteres Watt eingeschaltet hast.' Dann muss er lachen und die Sache ist erledigt.“</p>	



Schulenübergreifende Wirkfaktoren – Jugendlicher B		Wirkfaktoren
QUANTITATIVE EINSCHÄTZUNG		INTERVIEW
1. Ressourcen Aktivierung*		Die Abbildung zeigt, dass der Jugendliche die Therapiesitzungen Ressourcenaktivierend, sehr Problemaktualisierend, Problembewältigend und motivational klärend fand. Im Interview sagte er hierzu:
2. Problemaktualisierung		<b>1. Ressourcenaktivierung</b>
3. Problembewältigung		„Das war nicht wie bei diesem anderen Therapeuten. Der war einfach langweilig [...], das hat nichts gebracht. Bei Frank war aber Spass und ich wusste, der [...]hilft einem wirklich! [...] Bei ihm habe ich mich sicher gefühlt [...] Ich habe mich nicht als Verlierer gefühlt.[...] Kaum hat der angefangen, da habe ich dem alles gesagt, was ich sonst keinem erzählt habe [...]Er war witzig, aber auch ernst. [...] Der hat mich schon wertgeschätzt, das habe ich aufgrund seiner Deutlichkeit gemerkt: Er hat gesagt, was er denkt und hat mich einen „Baby Kriminellen“ genannt. Der hat das so gedacht und mir so vermittelt und da habe ich halt gespürt, der zeigt Interesse und macht sich Gedanken darüber und sagt mir das.“
4. Motivationale Klärung		<b>2. Problemaktualisierung</b>
<p><b>*Legende</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Positive Kontrollerfahrung</li> <li>■ Positive Selbsterfahrung</li> <li>■ Positive Bindungserfahrung</li> <li>■ Positive Therapiebeziehung</li> </ul> <p><b>Bewertungsskala</b> -3 = überhaupt nicht      3 = ja, ganz genau</p>		„Der hat mich gefragt, was ich bei der Sucht spüre. Da ist es mir plötzlich eiskalt den Rücken runter gelaufen. Da habe ich gemerkt, dass ich ein richtiges Problem habe. Die Sitzungen gingen mir sehr nahe. Die mit dem Alkohol war eigentlich die schlimmste. Danach war ich auch bei den Anonymen Alkoholikern. Und das mit der Polizei und alles, dass die sich draus einen Spass machen, das ist mir schon nahe gegangen.“
<p><b>Abbildung 22:</b> Symptomverlauf Jugendlicher B</p>		<b>3. Problembewältigung</b>
		„Vorher war ich die ganze Zeit verschlossen und habe nie jemandem meine Meinung gesagt und jetzt kann ich es, weil Frank sich genau so mir gegenüber Verhalten hat: Er hat gesagt, was er denkt.[...]Ich hatte vorher nie Ziele. Nach dem Workshop habe ich mir Ziele gesetzt, z.B. dass ich zu den Deutschen Meisterschaften in Leichtathletik gebe. Das war schwer, aber ich hab's geschafft! Ich wurde elfter! Ich wür auch vorher nie zur Drogenberatung gegangen oder ins Antigewalttraining. Aber ich bin hingegangen und dachte, das kann mir helfen [...] Ich habe mir mehr zugetraut und dachte, ich mache das, ich schaffe das, in Ausgang zu geben ohne Alkohol und das habe ich auch geschafft. Und mit der Polizei war das auch so.“
		<b>4. Motivationale Klärung</b>
		„Als wir nach dem Workshop im Auto zurückgefahren sind, habe ich schon gedacht, der hat schon recht, dass das [Alkohol & Polizei verprügeln] nichts bringt. Ja, da wurde mir das klar, weil der aufgezeigt hat, wie schlimm es enden kann. Der hat auch erzählt, wie Leute durch den Alkohol in den Knast gekommen sind. Und das war das, was ich nicht wollte.“

Allgemeine Wirkfaktoren – Jugendlicher B		Wirkfaktoren
Englisch verstehen		Die Abbildung zeigt, dass der Jugendliche weder Englisch versteht noch spricht. Im Gespräch sagt er, dass weder diese Tatsache, noch die Übersetzerinnen oder die Zuschauer einen negativen Einfluss auf die therapeutische Wirksamkeit oder Beziehung gehabt hätten.
Englisch sprechen		Die Aufzeichnungen höre er sich seit dem Workshop immer wieder an.
<p><b>Bewertungsskala</b> -3 = Kein Wort      3 = Muttersprache</p>		Es hat keine weiterführende (provokative) Therapie gegeben.
<p><b>Abbildung 23:</b> Englischkenntnisse Jugendl. B</p>		

Allgemeine Wirkfaktoren – Jugendlicher B		Wirkfaktoren
<p>Der Jugendliche sagte, am meisten habe ihm gebracht, zu wissen, dass er besser mit seinen Aggressionen umgehen könne: Aufgrund von Farrellys Hinweisen konnte er diese Energie in den Sport umkanalisieren. Er habe auch gemerkt, dass man durchaus humorvoll aggressiv sprechen könne. Hinsichtlich des Trinkens habe ihm das zwar schon geholfen, aber sobald er in Stresssituationen gerate, trinke er wieder. Er werde diesbezüglich in Therapie gehen.</p>		

### 8.1.3. Klientensystem 3: Ehepaar C

#### a) Fallbeschreibung

##### **Angaben zu Herrn und Frau C**

Frau C. ist 37 Jahre alt und arbeitet als selbstständig Erwerbende für einen Verlag. Herr C. ist ein 46 jähriger Chemieingenieur. Sie sind seit drei Jahren verheiratet. Für beide ist es die zweite Ehe: Sie liess sich von ihrem ersten Mann scheiden und er ist verwitwet. Seine erste Frau verstarb nach 20 jähriger Ehe nach langjährigem Krebsleiden. Beide haben aus erster Ehe je ein Kind im Jugendalter in diese Ehe gebracht. Sie nehmen am Workshop teil wegen ihrer Eheprobleme. Frau C. sagt, sie sei das Problem in ihrer Beziehung, weil sie eifersüchtig sei, wenn ihr Mann anderen Frauen hinterher schau. Er sagt, hinzu kämen ihre unterschiedlichen Ansichten betreffend der Kindererziehung.

##### **Therapiesituation**

Das Ehepaar war bereits eineinhalb Jahre vor dem Workshop und ist bis heute noch regelmässig bei einer Schülerin von Frank Farrelly in Therapie. Frau C war bereits ein Jahr vor der gemeinsamen Ehetherapie einzeln bei ihr. Beide waren es somit gewohnt, provokativ zu arbeiten. Frau C hat zudem eine Ausbildung in provokativer Gesprächsführung bei ihrer Therapeutin absolviert. Ferner haben sie zusammen an Familienaufstellungen teilgenommen. Zusätzlich hat Herr C Kommunikationsseminare besucht und nimmt regelmässig an einer Männergruppe teil.

##### **Kurzzusammenfassung der fünf Sitzungen im Mai 2006:**

Farrelly kommt sehr schnell auf Herrn und Frau Cs Sexualeben zu sprechen, was aus Sicht der Klienten sehr gut funktioniere. Das einzige Problem in diesem Zusammenhang sei, dass sie beim Oralsex nicht „schlucke“, obwohl Herr C das gerne möchte. Farrelly bringt unterschiedliche Vorschläge, wie Herr C seine Frau zum Schlucken bringen kann. „Hat Ihnen Ihre verstorbene Frau auch gut einen blasen können?“ will Farrelly wissen. „Nein, tut sie nicht“, sagt Herr C. „Sie war aber eine ganz tolle, kluge Frau“, ergänzt Frau C und beginnt zu weinen. „Aha, sie war also nicht so dumm, wie Sie!“ stellt Farrelly fest und Frau C fängt an zu weinen. Er sagt weiter: „Wissen Sie, manche Männer mögen dumme Frauen. Das hat einen gewissen Charme.“ Herr C protestiert: „Sie ist nicht dumm!“ „Was ist schwieriger für Sie zu verdauen, sein Protein oder dass sie eine kleine Dumme sind? Was bleibt Ihnen eber im Hals stecken?“ will Frank Farrelly wissen. „Dass ich dumm bin.“ stellt Frau C fest. Frank schmückt Szenen aus, wie Frauen aus der niederen Schicht gut im Bett sind und beruflich erfolgreiche Frauen lediglich intelligent statt schön sind. Von da an nennt er Frau C „Dummchen“ und Herrn C den „Geldsack“. In der dritten Sitzung wird klar, dass Frau C als Kind von ihrer 150 Kilogramm schweren Mutter und ihrem Vater sexuell missbraucht wurde. Über diese fünf Sitzungen bezieht Frank Frau C viel stärker ins Gespräch ein als den Ehemann. Sie ist verbal und gefühlsmässig stark involviert, sie lacht und weint mehrmals und erwähnt, wie ihre Hände schwitzen. Herr C lacht auch hin und wieder, ist aber weder mimisch noch verbal so aktiv beteiligt, wie seine Frau.

Abbildung 24: Fallbeschreibung Ehepaar C

#### b) Ergebnisse Ehepaar C

Herr und Frau C empfanden die Sitzungen mit Frank Farrelly unterschiedlich: Frau C konnte etwas mehr davon profitieren als ihr Mann, der sich oft eher als Zuschauer als am Geschehen Beteiligter fühlte. Beide waren motiviert, ihr Problem zu lösen und glaubten daran, dass sich ihr Problem nach dem Workshop verbessern würde. Frau C stellte nach dem Workshop klare Verhaltensänderungen bei sich fest, welche sie zu einem kleinen Teil auf die Therapiesitzungen mit Frank Farrelly zurückführte, während Herr C nur wenige Veränderungen bei sich feststellen. Er konnte nicht sagen, ob er diese Veränderungen auf Frank Farrellys Interventionen zurückführt, da beide ihre Therapie bei ihrer provokativen Therapeutin weitergeführt haben. Beide hätten sich eigentlich gerne die Aufzeichnungen des Workshops angehört oder angeschaut. Aus technischen Gründen konnte nur eine Therapiesitzung auf Tonband aufgenommen werden, und die Videoaufnahme hatten sie nicht gekauft.

Tabelle 8: Therapieerfolg Frau C

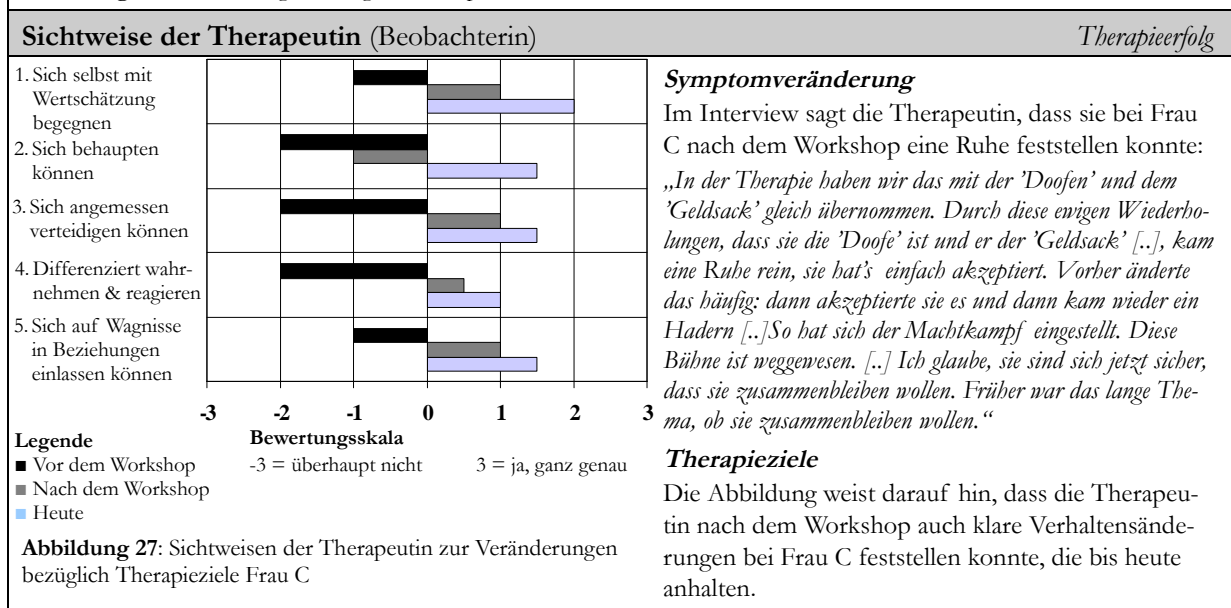
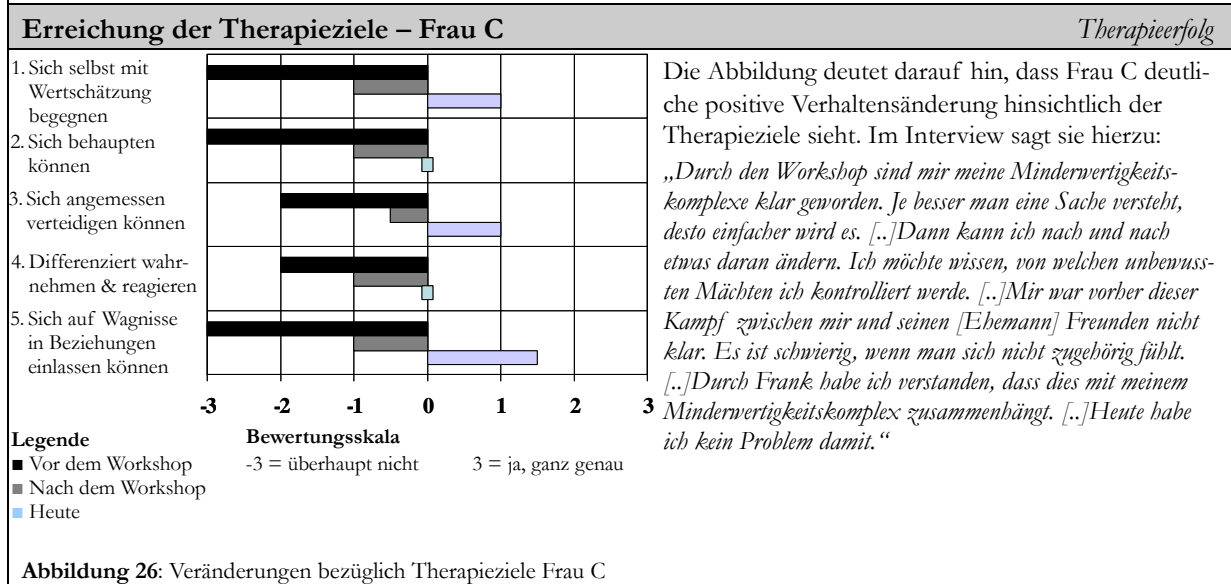
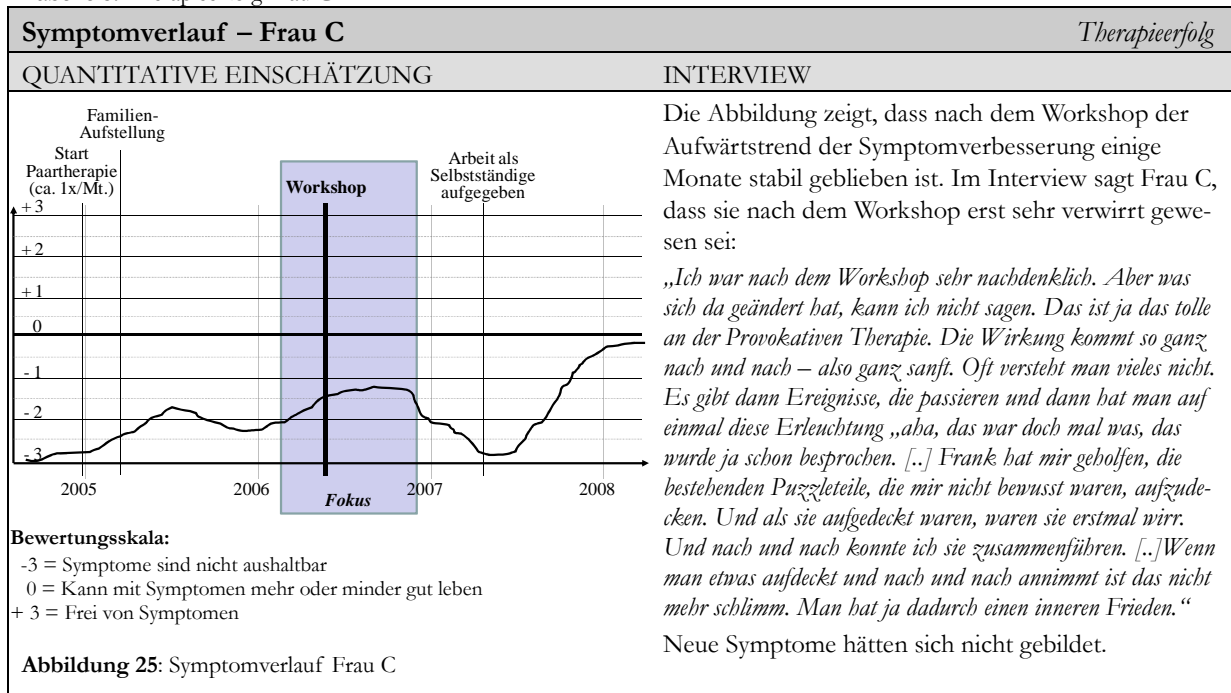
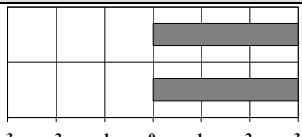
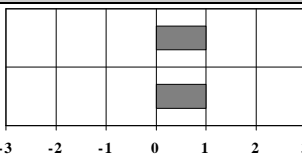
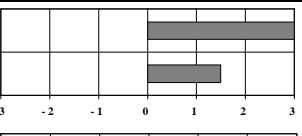


Tabelle 9: Wirkfaktoren Frau C

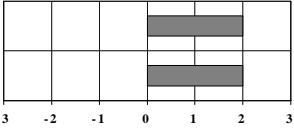
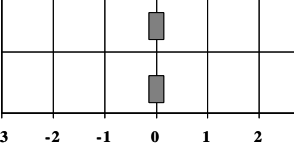
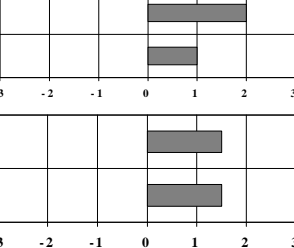
Klientenspezifische Wirkfaktoren – Frau C		Wirkfaktoren
QUANTITATIVE EINSCHÄTZUNG	INTERVIEW	
1. Motivation 2. Zuversicht  <p><b>Bewertungsskala</b> -3 = überhaupt nicht    3 = 100%</p> <p><b>Abbildung 28:</b> Motivation und Zuversicht Frau C</p>	<p>Die Abbildung zeigt, dass Frau C zu 100% motiviert war, ihr Problem zu lösen. Im Interview sagt sie, dass sie zu 100% daran glaubte, dass sich ihr Problem nach dem Workshop verbessern würde.</p> <p>„Ich kannte Provokative Gesprächsführung schon. Und meine Motivation war meine Therapeutin. Ich vertraue ihr [...] Und wenn sie das sagt, dann ist das was Gutes. Ich kannte die Methode und es hat mir schon ein bisschen Angst gemacht und ich hatte Vertrauen.“</p>	
Schulenspezifische Wirkfaktoren – Frau C		Wirkfaktoren
1. Symptomveränderung 2. Therapieziele  <p><b>Fragen im Interview</b> Wie viel denken Sie, haben Frank Farrellys Interventionen zu den 1. Symptomveränderungen 2. Veränderungen bezüglich der Therapieziele beigetragen?</p> <p><b>Bewertungsskala</b> -3 = überhaupt nichts    3 = 100%</p> <p><b>Abbildung 29:</b> Einfluss der therapeutischen Interventionen auf die Symptomveränderung und Therapieziele Frau C</p>	<p><b>Einfluss der therapeutischen Interventionen</b> Die Abbildung deutet darauf hin, dass Frau C sowohl die Veränderungen hinsichtlich ihrer Symptome und der Therapieziele zu einem kleinen Teil auf Frank Farrellys Interventionen zurückführt. Im Interview sagte sie: „Das ist sehr schwierig, weil ich arbeite mit meiner Therapeutin und sie ist aber die Schülerin von ihm. Dann kenn ich natürlich auch die Methodik. Wenn ich so denken würde, würde ich sagen, 100%. [...] Wenn ich nur auf den Workshop fokussiere, würde ich spontan 1 sagen. Frank hat sicher einen kleinen Teil dazu beigetragen.“</p> <p>Durch ihre Verwirrung nach dem Workshop stellte sie eine verzögerte Wirkung fest: „Und dann [irgendwann später nach dem Workshop] macht es klick. Z.B. mit diesen Minderwertigkeitskomplexen mit dem Studium. Vor Ort am Workshop wusste ich nicht, was ich damit anfangen soll. Es hat mich berührt und dann wusste ich sofort, aba, da ist was. Aber da waren so viele Sachen, man kann nicht sofort alles sortieren.“</p> <p><b>Humor</b> Im Gespräch sagte Frau C, dass sie den Humor in der Therapie sehr hilfreich und keineswegs hinderlich gefunden habe: „Er [Frank Farrelly] kann ganz schlimme, traurige Ereignisse so zeigen: 'Nichts ist schlimm, es gibt nichts Schlimmes, nichts Dreckiges, es ist alles menschlich und es gehört alles zum Leben, zum Mensch'. Wenn man lacht, auch wenn man über ganz traurige Sachen spricht, ist da Leichtigkeit; man bleibt auf einem hohen Energielevel. Wenn man anfängt, eine traurige Sache zu erzählen, sinkt und sinkt und sinkt man und dann ist man irgendwo ganz tief, wo man sagt – ach du Scheisse, wo bin ich jetzt?“</p> <p>Durch die Provokative Therapie habe sie gelernt, dass sie ein humorvoller Mensch ist, der gewisse Themen mit Leichtigkeit nehmen kann. Sie könne herrlich über sich selbst lachen, was sie liebe. Das habe sie vorher nicht gekannt.</p>	
Sichtweise der Therapeutin (Beobachterin)		Wirkfaktoren
1. Motivation 2. Zuversicht  <p><b>Bewertungsskala</b> -3 = überhaupt nicht(s)    3 = 100%</p> <p><b>Abbildung 30:</b> Sichtweise der Therapeutin bezüglich der Wirkfaktoren Frau C</p>	<p><b>Klientenspezifische Wirkfaktoren</b> Die Abbildung weist darauf hin, dass die Therapeutin Frau C als 100% motiviert, ihr Problem zu lösen, einstuft und denkt, sie sei recht zuversichtlich gewesen, dass sich ihr Problem durch den Workshop verbessern würde.</p> <p><b>Schulenspezifische Wirkfaktoren</b> Die Abbildung lässt darauf schließen, dass die Therapeutin einen klaren Zusammenhang zwischen Frank Farrellys Interventionen und der Symptomverbesserung und den Verhaltensänderungen hinsichtlich der Therapieziele sieht. Hierzu sagt sie im Interview: „Weil die [Frau C] kennt das wirklich, so zu arbeiten [Provokative Therapie]. Er [Frank Farrelly] konnte so noch weiter/ tiefer gehen. Beide können seit dem Workshop auch noch besser über sich selbst statt über den anderen lachen.“</p>	

Schulenübergreifende Wirkfaktoren – Frau C		Wirkfaktoren
QUANTITATIVE EINSCHÄTZUNG		INTERVIEW
<p>1. Ressourcen Aktivierung*</p> <p>2. Problemaktualisierung</p> <p>3. Problembewältigung</p> <p>4. Motivationale Klärung</p> <p><b>*Legende</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Positive Kontrollerfahrung</li> <li>■ Positive Selbsterfahrung</li> <li>■ Positive Bindungserfahrung</li> <li>■ Positive Therapiebeziehung</li> </ul> <p><b>Bewertungsskala</b> -3 = überhaupt nicht      3 = ja, ganz genau</p>	<p>Die Abbildung zeigt, dass Frau C die Therapiesitzungen etwas Ressourcenaktivierend, klar Problemaktualisierend, ein wenig Problembewältigend und eher motivational klärend fand. Im Interview sagt sie hierzu:</p> <p><b>1. Ressourcenaktivierung</b></p> <p>„Er führte und das war auch gut so. Es geht Schlag auf Schlag, und so verliert man die Kontrolle. [...] Er deckt wichtige Punkte auf und man entscheidet selbst, ob man dran arbeiten möchte. [...] Ich hatte ja auch diese Gesprächstherapie gehabt. Das ist das Tödlichste, wenn man jemand ist, der ständig die Kontrolle behalten will und sehr analytisch ist wie ich. Dann erreicht man nichts. Bei Frank hatte ich überhaupt keine Kontrolle, konnte nicht darüber nachdenken und war somit bei meinen Gefühlen und nicht bei meinem Kopf. [...] Wir haben sehr viel zusammen lachen können, und er hat Tabuthemen verbalisiert, was ich toll finde – endlich ein Mensch, der die Sachen beim Namen nennt und nicht drum herum redet; einfach direkt und klar. Deshalb fühlte ich mich wohl bei ihm.“</p> <p><b>2. Problemaktualisierung</b></p> <p>„Es hat mich mitgenommen. Ich habe immer die Begabung, etwas wegzudriften, wenn [...] mir etwas weh tut. Aber da nicht, sonst hätte ich ja nicht so stark geschwitzt! Er hat mich an meine Grenzen gebracht.“</p> <p><b>3. Problembewältigung</b></p> <p>„Das kommt daher, weil's sehr langsam voranging. Das hat aber nichts mit Frank und seiner Methode zu tun, sondern, wie schnell man an sich selbst arbeitet. [...]. Ich konnte dieses 'Bockige' überwinden und positiv nutzen. [...] Ich habe durch Frank merken können: Eigentlich bin ich ein humorvoller Mensch. Je mehr ich mich auf die Schippe nahm und meine Neurosen. Jetzt sind das nicht mehr Probleme oder Minderwertigkeitskomplexe, sondern ein harmloseres Wort: Neurosen. Alle haben Neurosen. [...] Daher bin ich nichts Besonderes oder schrecklicher [als andere]. Ich bin so wie alle anderen Menschen.“</p> <p><b>4. Motivationale Klärung</b></p> <p>„Mir war vorher dieser Kampf zwischen mir und seinen [Ehemann] Freunden nicht klar. Es ist schwierig, wenn man sich nicht zugehörig fühlt. Durch Frank habe ich verstanden, dass dies mit meinem Minderwertigkeitskomplex zusammenhängt.“</p>	
<p><b>Abbildung 31:</b> Schulenübergreifende Wirkfaktoren Frau C</p>		
Allgemeine Wirkfaktoren – Frau C		Wirkfaktoren
<p>Englisch verstehen</p> <p>Englisch sprechen</p> <p><b>Bewertungsskala</b> -3 = Kein Wort      3 = Muttersprache</p>	<p>Die Abbildung zeigt, dass Frau C etwas Englisch verstehen kann, aber es nicht so gut spricht. In Interview sagt sie, dass diese Tatsache und die Anwesenheit der Übersetzerinnen aber überhaupt keinen Einfluss auf die Beziehung zu Frank gehabt hätten. Die Zuschauer habe sie nicht mehr wahrgenommen, sobald die Therapiesequenzen angefangen hätten.</p> <p>Aufgrund technischer Probleme hatten sie nur die Aufzeichnung von einer Sitzung, somit konnten sie sich die Aufzeichnungen der gesamten Therapiesitzungen nicht anhören können.</p> <p>Die provokative Therapie wurde mit ihrer Therapeutin bis heute regelmäßig weitergeführt.</p>	
<p><b>Abbildung 32:</b> Englischkenntnisse Frau C</p>		
Zusammenfassende Sichtweise – Frau C		Wirkfaktoren
<p>Am meisten habe ihr gebracht, meint Frau C im Interview, dass Frank Farrelly humorvoll Puzzleteile ihrer selbst aufgedeckt habe, die ihr durch spätere Ereignisse nach und nach klarer geworden seien. Das habe ihr geholfen, ein Bild von sich selbst zu entwickeln. Der Workshop habe ihr etwas gebracht, da sei nichts, das ihr nichts gebracht habe.</p>		

Tabelle 10: Therapieerfolg Herr C

Symptomverlauf – Herr C		Therapieerfolg
<p>QUANTITATIVE EINSCHÄTZUNG</p> <p>Bewertungsskala:                      -3 = Symptome sind nicht aushaltbar                      0 = Kann mit Symptomen mehr oder minder gut leben                      +3 = Frei von Symptomen</p>		<p>INTERVIEW</p> <p>Die Abbildung zeigt, dass sich die Eheprobleme bereits seit etwa einem Jahr vor dem Workshop am verbessern waren. Im Interview sagt Herr C:</p> <p><i>„Also ich denke mal, der Workshop hat uns schon sehr beschäftigt. [...] Ich glaube, meine Frau hat es mehr bewegt, als es mich bewegt hat. Das lag aber auch daran, ich war auch überrascht, denn ich dachte, es geht um uns beide. Frank hat dann aber mehr meine Frau in den Mittelpunkt gestellt. Von daher war das für mich sicherlich etwas einfacher, weil ich nicht so tief gehen musste. [...] Grosse Veränderungen konnte ich nach dem Workshop nicht feststellen. Obwohl, die Eifersuchtszenen und Auseinandersetzungen sind weniger geworden. Aber da hatten wir ja auch mit unserer Therapeutin dran gearbeitet.“</i></p> <p>Neue Symptome hätten sich nicht gebildet.</p>
<p>Abbildung 33: Symptomverlauf Herr C</p>		
Erreichung der Therapieziele – Herr C		Therapieerfolg
<p>1. Sich selbst mit Wertschätzung begegnen</p> <p>2. Sich behaupten können</p> <p>3. Sich angemessen verteidigen können</p> <p>4. Differenziert wahrnehmen &amp; reagieren</p> <p>5. Sich auf Wagnisse in Beziehungen einlassen können</p> <p>Legende                      ■ Vor dem Workshop                      ■ Nach dem Workshop                      ■ Heute</p> <p>Bewertungsskala                      -3 = überhaupt nicht      3 = ja, ganz genau</p>		<p>Die Abbildung deutet darauf hin, dass Herr C nach dem Workshop keine Verhaltensänderungen bezüglich der Therapieziele bei sich feststellen konnte, ausser bezüglich des vierten Ziels, wo es um die differenzierte Wahrnehmung und Reaktion. Im Interview sagt er hierzu, dass ihm durch Frank Farrelly klar geworden sei, dass ihre ehelichen Schwierigkeiten mit der Kindheit seiner Frau zusammenhängen:</p> <p><i>„Frank hat da auch immer gesagt, dass man häufig Lasten von anderen übernimmt. Und er hat da auch herausgearbeitet, dass das vor allem an der Kindheit und den Eltern meiner Frau liegt. Das wurde mir schon da klar, aber ich konnte es einfach noch nicht richtig einsortieren, was das bedeutet.“</i></p> <p>Ziel 2 bezieht sich ausschliesslich auf Beziehungen; beim Erledigen von Aufgaben sei er unverändert auf 3.</p>
<p>Abbildung 34: Veränderungen bezüglich Therapieziele Herr C</p>		
Sichtweise der Therapeutin (Beobachterin)		Therapieerfolg
<p>1. Sich selbst mit Wertschätzung begegnen</p> <p>2. Sich behaupten können</p> <p>3. Sich angemessen verteidigen können</p> <p>4. Differenziert wahrnehmen &amp; reagieren</p> <p>5. Sich auf Wagnisse in Beziehungen einlassen können</p> <p>Legende                      ■ Vor dem Workshop                      ■ Nach dem Workshop                      ■ Heute</p> <p>Bewertungsskala                      -3 = überhaupt nicht      3 = ja, ganz genau</p>		<p><b>Symptomveränderung</b></p> <p>Im Interview sagt die Therapeutin, dass sie bei Herrn C nach dem Workshop vor allem eine Veränderung bezüglich seiner Selbstsicherheit feststellen konnte:</p> <p><i>„Früher neigte er dazu, bescheiden zu sein. Später konnte er eher mal sagen, dass er auch was kann. Er ist gut im Job, die Leute mögen ihn. [...] Beide haben ihren Platz gefunden. Die Bühne für den Machtkampf ist weg gewesen und diese Akzeptanz ist eingekehrt.“</i></p> <p><b>Therapieziele</b></p> <p>Die Abbildung weist darauf hin, dass die Therapeutin grosse Verhaltensänderungen hinsichtlich der Therapieziele bei Herrn C feststellen konnte. Im Interview bemerkt sie:</p> <p><i>„Er konnte sich schlecht durchsetzen. Die Art war ziemlich unangemessen. Heute positioniert er sich ganz anders. Er ist z.B. alleine in Urlaub gefahren. Sie hat ihm nicht die Hölle heiss gemacht und hat das auch gut überstanden.“</i></p>
<p>Abbildung 35: Sichtweisen der Therapeutin zur Veränderungen bezüglich Therapieziele Herr C</p>		

Tabelle 11: Wirkfaktoren Herr C

Klientenspezifische Wirkfaktoren – Herr C		Wirkfaktoren
QUANTITATIVE EINSCHÄTZUNG	INTERVIEW	
<p>1. Motivation</p>  <p>2. Zuversicht</p> <p><b>Bewertungsskala</b> -3 = überhaupt nicht      3 = 100%</p> <p><b>Abbildung 36:</b> Motivation und Zuversicht Herr C</p>	<p>Die Abbildung zeigt, dass Herr C sowohl motiviert war, seine Eheprobleme zu lösen wie auch daran glaubte, dass sich diese durch den Workshop verbessern würden.</p> <p>„Durch die Familienaufstellungen bei unserer Therapeutin, was ja unheimlich spannend war, war für mich klar, wenn sie sagt, das ist eine gute Sache, da hatte ich auch keine Bedenken. Ich fand es spannend für mich zu gucken, weil es ein ganz neues Gebiet für mich ist. Da lass ich mich mal drauf ein.“</p>	
Schulenspezifische Wirkfaktoren – Herr C		Wirkfaktoren
<p>1. Symptomveränderung</p>  <p>2. Therapieziele</p> <p><b>Fragen im Interview</b> Wie viel denken Sie, haben Frank Farrellys Interventionen zu den 1. Symptomveränderungen 2. Veränderungen bezüglich der Therapieziele beigetragen?</p> <p><b>Bewertungsskala</b> -3 = überhaupt nichts      3 = 100%</p> <p><b>Abbildung 37:</b> Einfluss der therapeutischen Interventionen auf die Symptomveränderung und Therapieziele Herr C</p>	<p><b>Einfluss der therapeutischen Interventionen</b> Die Abbildung deutet darauf hin, dass Herr C weder bejahen, noch verneinen kann, dass die Therapiesitzungen mit Frank Farrelly einen Einfluss auf die Verbesserung seiner Eheprobleme hatten oder Veränderungen hinsichtlich der Therapieziele. Im Interview sagte er:</p> <p>„Ich glaube, das war ein Teil des Puzzles, das wir da zusammenfügen und das ist ja ein Prozess, der nicht beendet ist. Von daher war es sicherlich ein Stein, der da drin war, aber inwiefern der so viel gebracht hat, dass man sagt 'Mensch, danach wäre jetzt gar nichts notwendig gewesen, ausser Coaching', das muss ich verneinen. Da bin ich der Meinung, dass es nicht ausreichend war, um zu sagen, jetzt sind alle Probleme gelöst, weg und das Ganze steht auf besseren Säulen. [...] Gemeinsam haben wir das ja auch bei unserer Therapeutin nicht nachbearbeitet. [...] Es war für mich aber eine sehr spannende Erfahrung.“</p> <p><b>Humor</b> Im Gespräch sagte Herr C, dass er sehr hilfreich gefunden habe, dass Frank ihre Probleme humorvoll darstellte, sodass sie darüber lachen konnten, obwohl diese sehr bedrückend seien. Er sei dadurch in eine positive Grundstimmung gekommen. Hinderlich habe er den Humor nicht gefunden, aber zum Ende der Sitzungen habe sich einiges wiederholt.</p> <p>„Sein Spezialbereich Oralsex machte ihm offenbar sehr viel Spass. Aber es hat sich dann so ein bisschen abgelutscht. Anfangs war's sehr gut, aber zum Schluss fand ich, naja, jetzt kannst Du's auch gut sein lassen.“</p> <p>Seinen eigenen Humor bezeichne er eher als ironisch. Er könne auch mal über sich lachen, aber im Grossen und Ganzen lache er mehr über andere; nicht Schadenfreude, sondern eher neckend.</p>	
Sichtweise der Therapeutin (Beobachterin)		Wirkfaktoren
<p>1. Motivation</p>  <p>2. Zuversicht</p> <p>1. Symptomveränderung</p> <p>2. Therapieziele</p> <p><b>Bewertungsskala</b> -3 = überhaupt nicht(s)      3 = 100%</p> <p><b>Abbildung 38:</b> Sichtweise der Therapeutin bezüglich der Wirkfaktoren Herr C</p>	<p><b>Klientenspezifische Wirkfaktoren</b> Die Abbildung weist darauf hin, dass die Therapeutin Herrn C so einschätzt, dass er ihre Eheprobleme habe lösen wollen und dass er eher daran geglaubt hat, dass diese sich durch den Workshop lösen würden. Im Gespräch sagt sie:</p> <p>„Sie [seine Ehefrau] ist hochmotiviert. [...] Er von sich aus sagt nicht, wir müssen, sondern er macht sie das. Aber er macht dann auch mit. Nicht, weil er gezwungen ist, sondern weil er das dann schon auch will.“</p> <p><b>Schulenspezifische Wirkfaktoren</b> Die Abbildung lässt darauf schliessen, dass die Therapeutin einen klaren Zusammenhang zwischen Frank Farrellys Interventionen und der Symptomverbesserung und den Verhaltensänderungen hinsichtlich der Therapieziele sieht. Hierzu sagt sie im Interview:</p> <p>„Weil die [Ehepaar C] kennt das wirklich, so zu arbeiten [Provokative Therapie]. Er [Frank Farrelly] konnte so noch weiter/ tiefer gehen.“</p>	

Schulenübergreifende Wirkfaktoren – Herr C		Wirkfaktoren
QUANTITATIVE EINSCHÄTZUNG	INTERVIEW	
<p>1. Ressourcen Aktivierung*</p> <p>2. Problemaktualisierung</p> <p>3. Problembewältigung</p> <p>4. Motivationale Klärung</p> <p>*Legende            ■ Positive Kontrollerfahrung            ■ Positive Selbsterfahrung            ■ Positive Bindungserfahrung            ■ Positive Therapiebeziehung</p> <p>Bewertungsskala            -3 = überhaupt nicht      3 = ja, ganz genau</p>	<p>Die Abbildung zeigt, dass Herr C die Therapiesitzungen eher wenig Ressourcenaktivierend, aber klar Problemaktualisierend fand. Ob sie Problembewältigend waren, konnte er weder bejahen noch verneinen. Er fand sie jedoch eher wenig motivational klärend. Im Interview sagte er hierzu:</p> <p><b>1. Ressourcenaktivierung</b>  <i>„Wir hatten kurz was dargestellt und uns vorgestellt und dann ging's aber auch schon gleich los. Da war von uns nicht viel beizusteuern. [...] Also das ging ruckzuck irgendwie. [...]Es ging relativ schnell ans Eingemachte. [...]Frank wusste genau, wohin er wollte und hat das auch gar nicht beeinflussen lassen. Diese Warm-up Phase hatte man gar nicht. [...]Bei meiner Frau hat er durch seine Übertreibungen das Problem wesentlich grösser dargestellt, als es eigentlich ist. Da habe ich gelernt, dass es durchaus witzig ist, darüber zu lachen, und dass man es so reduzieren und darüber nachdenken kann.[...]Für mich hat es ein Verständnis gebracht in Bezug auf meine Frau. Aber um meine Stärken und Schwächen zu verstehen, nicht. [...] Teilweise fühlte ich mich wie als Zuschauer und gar nicht so als Betroffener.“</i></p> <p><b>2. Problemaktualisierung</b>  <i>„Ich habe schon die eine oder andere Träne unterdrückt. [...] Besonders bei den Sequenzen, wo die beiden [seine Frau und Frank] das Problem für meine Frau rausgearbeitet haben. Da fühlte ich mich schon sehr stark betroffen. Als er den Kern getroffen hat, da kam doch schon sehr viel hoch.“</i></p> <p><b>3. Problembewältigung</b>  <i>„Dies lag auch wieder daran, dass es mehr um meine Frau ging als um mich.“</i></p> <p><b>4. Motivationale Klärung</b>  <i>„Dies lag auch wieder daran, dass ich mich mehr als Zuschauer gefühlt habe.“</i></p>	
<p><b>Abbildung 39:</b> Schulenübergreifende Wirkfaktoren Herr C</p>		
Allgemeine Wirkfaktoren – Herr C		Wirkfaktoren
<p>Englisch verstehen</p> <p>Englisch sprechen</p> <p>Bewertungsskala            -3 = Kein Wort      3 = Muttersprache</p>	<p>Die Abbildung zeigt, dass Herr C gut Englisch verstehen und sprechen kann.</p> <p>Im Interview sagte er, dass die Anwesenheit der Übersetzerinnen und die Zuschauer keinen Einfluss auf die therapeutische Beziehung gehabt hätten.</p> <p>Aufgrund technischer Probleme hatten sie nur die Aufzeichnung von einer Sitzung, somit konnten sie sich die Aufzeichnungen der gesamten Therapiesitzungen nicht anhören können.</p> <p>Die Provokative Therapie wurde mit ihrer Therapeutin bis heute regelmässig weitergeführt.</p>	
<p><b>Abbildung 40:</b> Englischkenntnisse Herr C</p>		
Zusammenfassende Sichtweise – Herr C		Wirkfaktoren
<p>Am meisten habe ihm gebracht zu wissen, meint Herr C im Interview, wie sehr seine Frau ihre Eltern hasse, für das, was sie ihr angetan haben, wie stark sie das belaste und gleichzeitig zu realisieren, dass er hierfür nicht verantwortlich sei. Die Situation zwischen ihm und seiner Frau sei aus seiner Sicht jedoch nach dem Workshop nicht besser geworden. Das habe viel länger gebraucht.</p>		



### 8.1.4. Klientensystem 4: Frau D

#### a) Falldarstellung Frau D

##### **Angaben zu Frau D**

Frau D ist 45 und seit 21 Jahren mit einem 47-jährigen Schlosser verheiratet. Sie betreiben in einem abgelegenen Ort eine Ferienpension und haben drei Kinder: Eine 20-jährige Tochter, einen 19-jährigen Sohn und eine 16-jährige Tochter. Ihr Sohn habe vor drei Jahren einen schlimmen Unfall erlitten. Sein Gesicht sei von einem Lift zerdrückt worden. Er hatte seither unzählige Operationen hinter und noch vor sich und könne seine Nahrung nur durch einen Schlauch aufnehmen. Anlässlich der Therapiesitzungen bei Frank Farrelly sagt sie, dass sie seit dem Unfall ihres Sohnes ein Problem habe, ihren Alkoholkonsum zu kontrollieren: Sie trinke, um zu vergessen.

##### **Therapiesituation**

Frau D war vor dem Workshop nicht in Therapie. Eine Bekannte ist Schülerin von Frank Farrelly und hat ihr die Teilnahme am Workshop vorgeschlagen. Rund ein Jahr nach dem Workshop war Frau D vier Wochen in einer psychosomatischen Klinik, danach in einer Tagesklinik und von März bis Juli 2007 stationär in einer Klinik. Seither ist sie in Therapie und besucht regelmässig eine Suchtgruppe.

##### **Kurzzusammenfassung der fünf Sitzungen im Mai 2005**

Frau Ds Arme sind am Anfang eng verschränkt. Sie hält praktisch keinen Augenkontakt mit Farrelly, sondern schaut immer wieder zur Übersetzerin. Ab der zweiten Sitzung ist ihr Mann dabei. Sie scheint etwas entspannter. Farrelly erzählt viele Geschichten von Trinkern und nennt Frau D eine Säuferin. Unter vielen anderen Geschichten erzählt er von seiner reichen Tante, die während des Betens haufenweise Whisky trank, aber so tat, als wäre es Eistee. „*Es gibt viele Arten, wie man es verstecken kann, dass man eine Damen-Säuferin ist. Ich habe herausgefunden, dass einige dieser Damen-Säuferinnen gar keine Damen waren!...* Früher nannte man Prostituierte Damen des Abends. Sie nannten sie Engel mit beschmutzten Flügeln. Saufen und Huren waren grosses Geschäft im wilden Westen – meistens ging beides zusammen. Säufferinnen sind also geschichtsträchtig!“ Zu ihrem Mann sagt Farrelly: „*Es gibt verdammt viele Witze über Besoffene, aber wenn man mit einer lebt, ist es nicht mehr ganz so lustig. Mein irischer Daddy sagte immer: Es ist alles lustig, wenn es aufhört, web zu tun.*“ Da fängt Frau D an, zu weinen, steht auf und will den Raum verlassen. Frank Farrelly hält sie am Arm zurück und sagt in sehr warmem Ton „*Es gibt gute Gründe, zu weinen. Es war überfällig, viele Tränen sind nötig.*“ Er gibt ihr Kleenex und legt seine Hand auf ihren Rücken. Er erzählt viele weitere Geschichten von Trinkern und sagt „*Wissen Sie eigentlich, dass wir Bier nur gemietet haben? Das kommt ja unten raus, gleich, nachdem man es oben reingeschüttet hat!*“ Er fragt Herrn D, ob er sich vorstellen kann, noch weitere 29 Jahre mit ihr verheiratet zu sein, wenn das so weitergeht. Herr D verneint das klar und meint, dass diese dramatischen Geschichten, die Farrelly erzählt habe, ihm Hoffnung gäben, dass es mit seiner Frau nicht so schlimm enden würde. Er werde von nun an ihr gegenüber noch stärker reagieren und keine Eingeständnisse mehr machen.

Abbildung 41: Falldarstellung Frau D

#### b) Ergebnisse Frau D

Frau D empfand die Therapiesitzungen sehr anstrengend und fühlte sich durch viele von Farrellys Aussagen gekränkt. Obwohl es ihr nach dem Workshop für einige Monate bedeutend besser ging, kam danach ein grosser Absturz mit Suizidversuch. Im Nachhinein betrachtet, denkt sie jedoch, dass Farrelly die richtigen Worte sagte, der Zeitpunkt aber noch nicht richtig war. Dennoch habe sie erst durch ihn realisiert, dass sie ein Alkoholproblem hat. Wie in Kapitel 6.5 erwähnt, wurde ihr Ehemann auch als Klient befragt, da er an vier von fünf Sitzungen dabei war. Es stellte sich aber während des Interviews heraus, dass er sich klar als Beobachter sieht und nicht als „Patient“, wie er es nannte. Deshalb werden seine Aussagen nicht im Detail ausgewertet. Grundsätzlich lässt sich jedoch sagen, dass er während und gleich nach dem Workshop positiv gestimmt war. Für ihn sei es hilfreich gewesen, dass Frank Farrelly sehr deutlich gesagt hatte, was mit ihr passieren würde, wenn sie so weiter trinkt, unter anderem, dass sie dann alleine dastehen würde.

Tabelle 12: Therapieerfolg Frau D

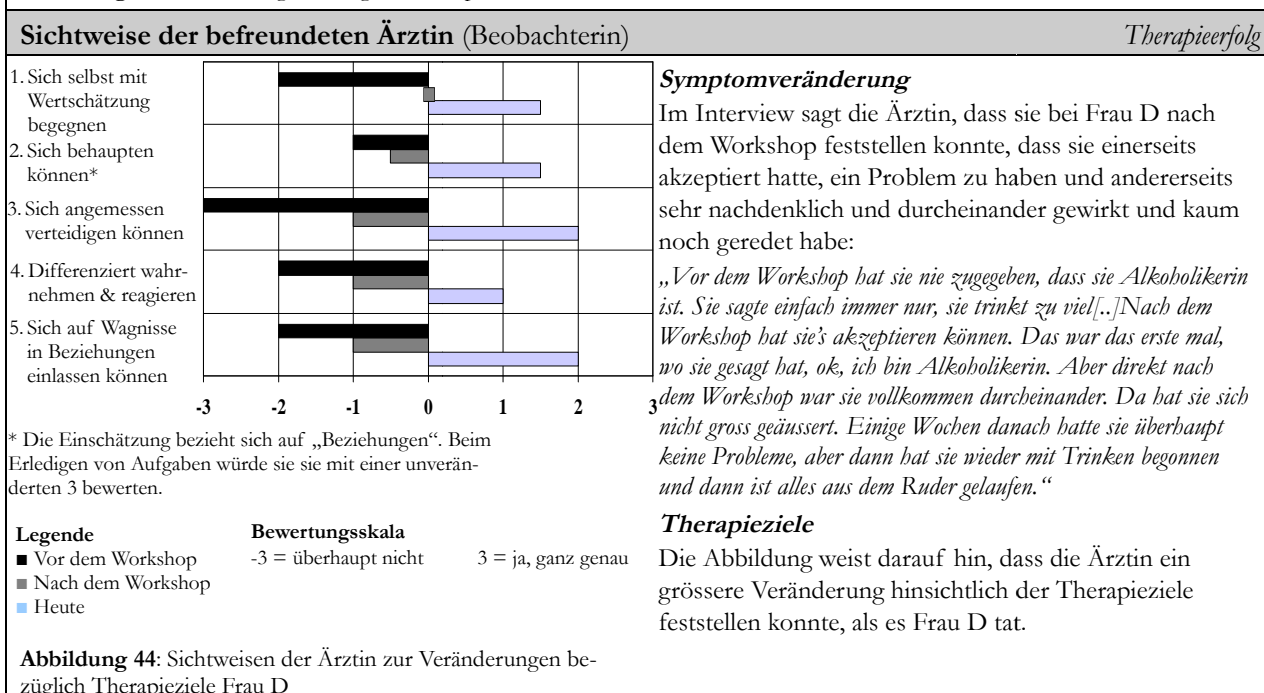
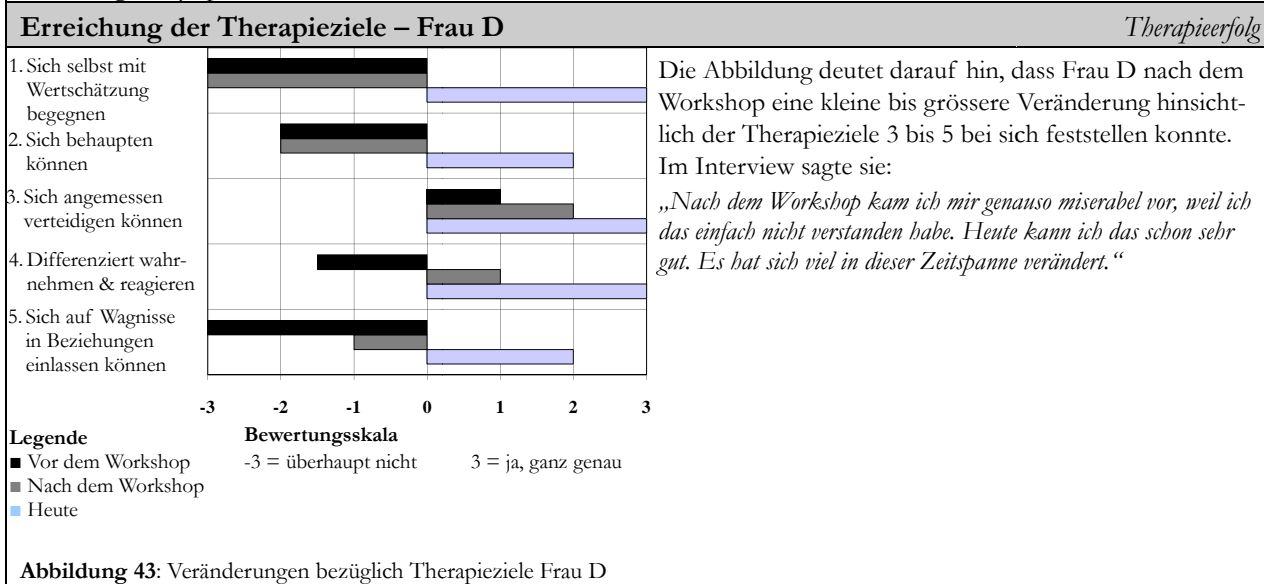
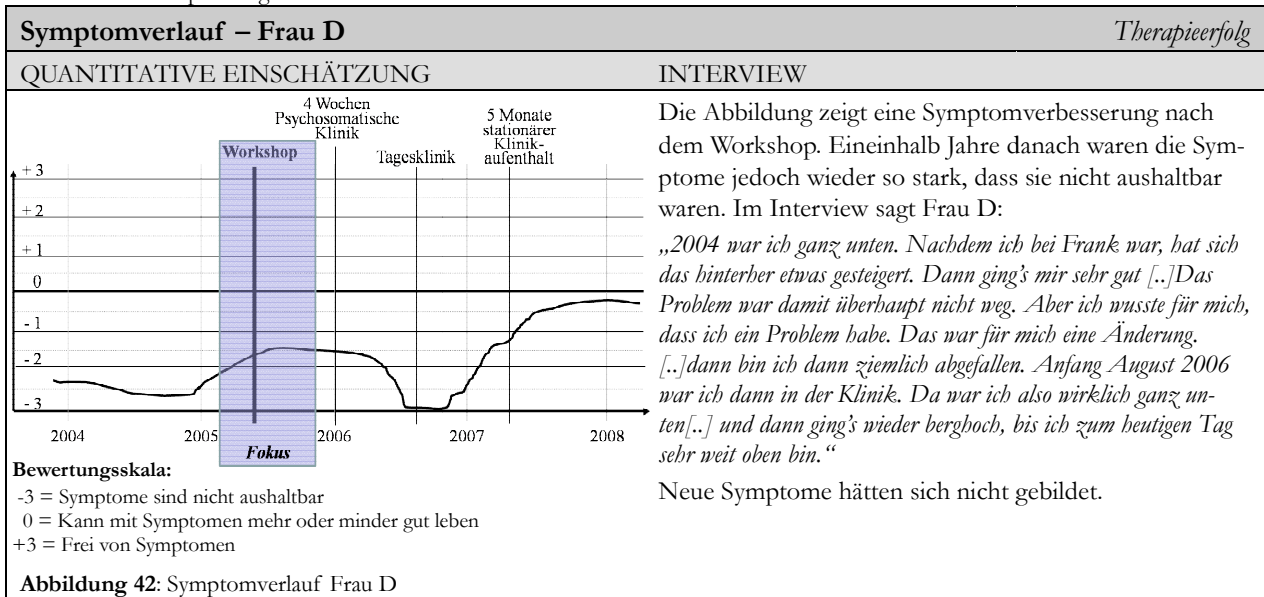
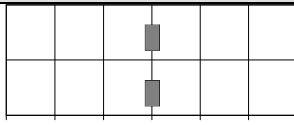
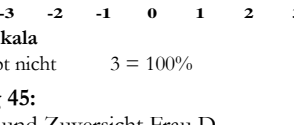

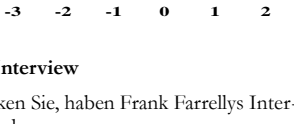
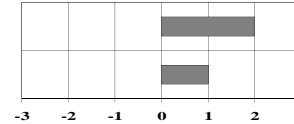
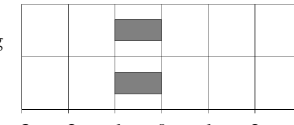
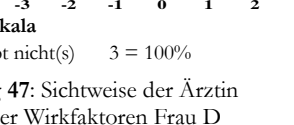

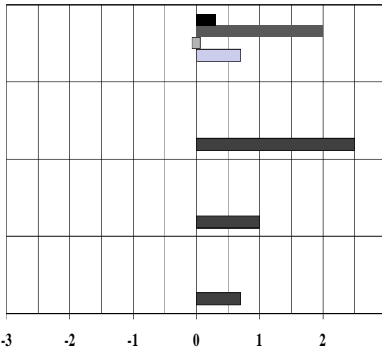
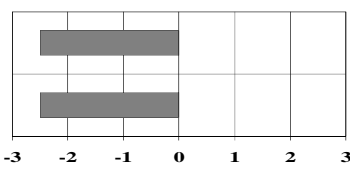


Tabelle 13: Wirkfaktoren Frau D

Klientenspezifische Wirkfaktoren – Frau D		Wirkfaktoren
QUANTITATIVE EINSCHÄTZUNG	INTERVIEW	
<p>1. Motivation</p>  <p>2. Zuversicht</p>  <p><b>Bewertungsskala</b> -3 = überhaupt nicht      3 = 100%</p> <p><b>Abbildung 45:</b> Motivation und Zuversicht Frau D</p>	<p>Die Abbildung zeigt, dass Frau D weder motiviert noch unmotiviert war, ihr Alkoholproblem zu lösen und weder wirklich daran glaubte oder nicht, dass sich dies durch den Workshop verbessern würde. Im Interview äussert sie sich hierzu wie folgt:</p> <p>„Ich dachte, mir muss geholfen werden. Ich will Hilfe, ich brauche Hilfe. [...] Motiviert war ich schon. [...] 100% war es nicht, vielleicht 50%.“</p>	
Schulenspezifische Wirkfaktoren – Frau D		Wirkfaktoren
<p>1. Symptomveränderung</p>  <p>2. Therapieziele</p>  <p><b>Fragen im Interview</b> Wie viel denken Sie, haben Frank Farrellys Interventionen zu den 1. Symptomveränderungen 2. Veränderungen bezüglich der Therapieziele beigetragen?</p> <p><b>Bewertungsskala</b> -3 = überhaupt nichts      3 = 100%</p> <p><b>Abbildung 46:</b> Einfluss der therapeutischen Interventionen auf die Symptomveränderung und Therapieziele Frau D</p>	<p><b>Einfluss der therapeutischen Interventionen</b></p> <p>Die Abbildung deutet darauf hin, dass Frau D weder bejahen, noch verneinen kann, ob die Therapiesitzungen mit Frank Farrelly einen Einfluss auf die Symptomveränderungen hatten. Bezüglich der Therapieziele hatten sie eher keinen Einfluss. Im Interview sagte sie hierzu:</p> <p>„Ich denke immer noch an diese fünf Tage zurück. Auf einmal tat es mir gut. Mir tat das Direkte von Frank gut. Der hat es ja schon knallhart gebracht. Das war schon zum drüber nachdenken. Also die Worte, die er gesagt hat, solche Sachen vergisst man nicht. Es war auch wahnsinnig anstrengend die ganze Zeit. Ich war hinterher auch nur am heulen. Ich muss sagen, das Problem kam dort so richtig hoch. Wo ich gemerkt habe, [Name von Frau D], Du hast wirklich ein Problem‘. Also, die Augen hat er mir dort schon geöffnet. Aber wie gesagt, ich konnte es noch nicht richtig zulassen.[...] Es sind zum Teil positive Sachen hängen geblieben, zum Teil auch viele Sachen, die mich gekränkt haben [...]. Er hat das so hart gebracht mit dem Whiskey und dem Saloon. Wenn ich heute noch darüber nachdenke, friert es mich! Und dann hat er mich so angeschaut. Es war wahnsinnig schrecklich. Wenn ich heute darüber nachdenke, waren es die richtigen Worte. Aber es war dort noch nicht der richtige Zeitpunkt [...]. Wenn es heute wäre, würde ich da ganz anders reagieren und könnte ganz anders damit umgehen. Für mich war das dort die Hölle. Ich habe mich nur geschämt. Ich konnte meine Problem nicht wirklich preisgeben. Ich konnte nicht richtig darüber reden, weil ich das immer alles noch versteckt habe und mich immer noch gefragt habe, warum. Und heute kann ich offen über das Problem sprechen.“</p> <p><b>Humor</b></p> <p>Im Gespräch sagte Frau D, dass sie Frank Farrellys Humor in der Therapie sehr nützlich gefunden habe:</p> <p>„Er war schon hilfreich für mich. Sonst würde ich mich nicht so gut an alles erinnern. An verschiedene Worte kann ich mich gut erinnern. Die werde ich immer in mir haben. Der Vergleich mit dem Whiskey. Die Situation, in der ich so fertig war und rauslaufen wollte[...] das sind so Situationen, die sitzen ganz tief bei mir.“</p>	
Sichtweise der befreundeten Ärztin (Beobachterin)		Wirkfaktoren
<p>1. Motivation</p>  <p>2. Zuversicht</p>  <p>1. Symptomveränderung</p>  <p>2. Therapieziele</p>  <p><b>Bewertungsskala</b> -3 = überhaupt nicht(s)      3 = 100%</p> <p><b>Abbildung 47:</b> Sichtweise der Ärztin bezüglich der Wirkfaktoren Frau D</p>	<p><b>Klientenspezifische Wirkfaktoren</b></p> <p>Die Abbildung weist darauf hin, dass die Ärztin Frau C so einschätzt, dass Frau D vor dem Workshop motiviert war, ihr Alkoholproblem zu lösen und eher daran glaubte, dass es sich durch den Workshop verbessern würde.</p> <p><b>Schulenspezifische Wirkfaktoren</b></p> <p>Die Abbildung lässt darauf schliessen, dass die Ärztin eher nicht denkt, dass Franks Interventionen zu den Symptomverbesserungen und der Verhaltensänderungen hinsichtlich der Therapieziele beigetragen haben.</p>	

Schulenübergreifende Wirkfaktoren – Frau D		Wirkfaktoren
QUANTITATIVE EINSCHÄTZUNG		INTERVIEW
1. Ressourcen Aktivierung*		Die Abbildung zeigt, dass Frau D die Therapiesitzungen eher Ressourcenaktivierend, sehr Problemaktualisierend, eher Problembewältigend und motivational klärend fand. Im Interview sagte sie hierzu:
2. Problemaktualisierung		<b>1. Ressourcenaktivierung</b> „So, das Harte, das er erzählt hat mit dem Whisky und dem Saloon. Da wusste ich genau [...] das bin ich nicht und das will ich nicht sein. [...] Ich dachte, der ist gefühllos. [...] und weil er vieles immer so ins Lächerliche gezogen hat und mit den harten Witzen. Ich dachte, ich bin psychisch krank, habe ein Alkoholproblem und das haben was weiss ich auf der Welt. [...] Er müsste mich doch ein bisschen ernster nehmen. [...] So hart wie der mit mir umgegangen ist, fragte ich mich schon, wie kann ein Mensch so hart sein? Im Nachhinein denke ich, der hat ja nur seine Arbeit gemacht. Als Therapeut hat der mich sehr gut verstanden. [...] Ich hatte trotz der harten Situationen und kränkenden Geschichten das Gefühl, dass er mich wertschätzt. Der hat irgendwie gemerkt, dass ich Zeit brauche und hat immer wieder Pausen gemacht. Er kam ja auch immer mit seinen Kleenex Tüchern, die er im Voraus rausgezupft hat und hat immer gesagt: 'nicht sparen, die sind gratis.'“
3. Problembewältigung		<b>2. Problemaktualisierung</b> „Wie er in der Therapie mit mir umging: das Harte, das Deftige, das Genauere. Er hat immer gebohrt, bis dann der Punkt gekommen ist, [...] wo ich beulend raus wollte. [...] Eben mit dem Whisky und dem Saloon, dann hat er das so in einer rauchigen, tiefen Stimme rübergebracht – oh, Gott, oh Gott! Das ging vom Haaransatz bis runter zur Fusszehe. [...] Die Geschichten haben mich gekränkt.“
4. Motivationale Klärung		<b>3. Problembewältigung</b> „Der Anfang war da gemacht. [...] es hat mir was gebracht und ich bin zum nachdenken gekommen – bis heute. [...] Gerade die vielen Beispiele, die er mit dem Alkohol gebracht hat, ich glaube, da ging ein Türchen auf.“
<b>*Legende</b> ■ Positive Kontrallerfahrung ■ Positive Selbsterfahrung ■ Positive Bindungserfahrung ■ Positive Therapiebeziehung		<b>4. Motivationale Klärung</b> „Wenn jemand neben mir gesessen wäre mit einer zarten Stimme, wäre wohl nicht so viel hängen geblieben. Durch seine harte Art und Weise ging bei mir ein Türchen auf.“
<b>Bewertungsskala</b> -3 = überhaupt nicht      3 = ja, ganz genau		
<b>Abbildung 48:</b> Schulenübergreifende Wirkfaktoren Frau D		
Allgemeine Wirkfaktoren – Frau D		Wirkfaktoren
Englisch verstehen		Die Abbildung zeigt, dass Frau D weder Englisch spricht noch versteht. Im Interview sagte sie, dass weder die Anwesenheit der Übersetzerinnen noch das Publikum einen negativen Einfluss auf die Wirksamkeit oder therapeutische Beziehung gehabt habe. Die Übersetzungen hätten sogar einen positiven Einfluss gehabt:
Englisch sprechen		„Ich musste mich ja wahnsinnig konzentrieren und viel darüber nachdenken. [...] Durch die Übersetzungspausen habe ich noch ein bisschen Zeit gehabt, in mich zu gehen und nochmals darüber nachzudenken.“
<b>Bewertungsskala</b> -3 = Kein Wort      3 = Muttersprache		Die Aufzeichnungen habe sie seither immer wieder gehört: „Wenn niemand zuhause war, habe ich die Kassetten immer angehört. Das war für mich schlimm, muss ich sagen. Ich habe nachts auch davon geträumt, ich habe schon Halluzinationen gehabt.“
<b>Abbildung 49:</b> Englischkenntnisse Frau D		
Zusammenfassende Sichtweise – Frau D		Wirkfaktoren
Am meisten hätten ihr Frank Farrellys harten Worte gebracht, meint Frau D im Gespräch, wie er das rübergebracht habe. Am Anfang habe sie nicht verstehen können, wie ein Mensch nur so knallhart reden könne. Aber deswegen sei es „hängen“ geblieben und das sei gut so gewesen.		

### 8.1.5. Klientensystem 5: Herr E

#### a) Falldarstellung Herr E

##### **Angaben zu Herrn E**

Herr E ist ein 33-jähriger Ingenieur. Er ist seit 10 Jahren verheiratet und hat zwei Kinder. Er leidet unter Panikattacken, die ein Jahr, nachdem sein Vater verstorben war, angefangen haben. Er hat diese Attacken nur im beruflichen Umfeld, vor allem in Vorstellungsrunden oder wenn er Anrufe tätigen muss.

##### **Therapiesituation**

Herr E war vor und nach dem Workshop bei einem Schüler von Frank Farrelly in Therapie und noch davor für etwa ein Jahr bei einem anderen, nicht provokativ arbeitenden Therapeuten. Er war somit mit dem provokativen Therapieansatz vertraut. Gemeinsam mit seinem provokativen Therapeuten analysierte er die Aufzeichnungen des Workshops innerhalb eines Jahres nach dem Workshop und bearbeitete diese intensiv.

##### **Kurzzusammenfassung der fünf Sitzungen im Mai 2003**

Der Klient beschreibt seine körperlichen Symptome während einer Panikattacke, die über Herzrasen, hohen Puls, Kurzatmigkeit, zitternde Hände, Versagen der Stimme etc. gehen. „*Sie hatten also noch nie einen Herzinfarkt, sind noch nie in Ohnmacht gefallen und haben sich noch nie in die Hose gemacht? So etwas kann doch nicht als Panikattacke bezeichnet werden!*“ erklärt ihm Farrelly und macht ihm verschiedene Vorschläge, wie er von seinen Symptomen profitieren kann, z.B.: „*Machen Sie doch Telefonsex! Da wird man für die Kurzatmigkeit bezahlt. Das parkinsonartige Zittern in den Händen ist doch hilfreich! So können Sie sich in den Sitzungen gleichzeitig einen runterholen. Sie müssten allerdings ein zweites Paar Hosen im Büro haben.*“ Der Klient kommt selten zu Wort und lacht wenig über Farrellys Vorschläge und Geschichten aus seinem eigenen Leben. Farrelly gibt vor, sich nicht mehr an den Namen des Klienten zu erinnern, noch an sein Problem und macht sich immer mal wieder über seine Brille lustig. Am dritten Tag gibt es eine drastische Wende: Herr E kommt rein und statt sich auf den Stuhl neben Farrelly zu setzen, geht er direkt auf den Flip Chart zu und schreibt vier Punkte auf: 1) Mein Name ist Herr E – genau wie gestern. 2) Ja, ich trage eine Brille – und die tut nichts zur Sache. 3) Mein Problem sind Panikattacken. 4) Frank ist extrem witzig und der beste Entertainer der Welt. Auf Englisch sagt er „*Somit sind diese Punkte abgehakt und wir müssen nicht mehr auf diese zurückgreifen.*“ Während dieser dritten Sitzung öffnet er Farrelly verbal und non-verbal nach und führt eine Strichliste, wer „die Zuhörer“ wie oft zum Lachen bringt. Die letzten zwei Sitzungen verlaufen wieder ähnlich, wie die ersten zwei: Der Klient fragt Farrelly mehrmals, was das Ganze hier eigentlich bringt, er sähe keine Parallelen zu seinem Problem. Er hätte sich erhofft, gemeinsam über sein Problem lachen zu können und Lösungen zu erarbeiten. Für ihn fehle hierfür aber das Vertrauensverhältnis. Er habe das Gefühl, es ginge darum, dass Farrelly auf seine Kosten seine Lacher ans Publikum bringe. Er würde ihn nie als seinen Therapeuten wählen.

Abbildung 50: Falldarstellung Herr E

#### b) Ergebnisse Herr E

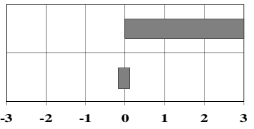
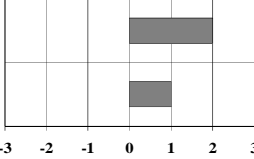
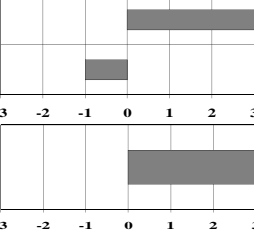
Herr E fühlte sich durch Farrelly nicht ernst, sondern massiv „hoch“ genommen. Er hatte das Gefühl, dass dieser ein Spiel spiele, gegen welches er sich nicht wehren konnte. Er sei deshalb mit einer gehörigen Portion Wut aus dem Workshop gekommen. In dieser Wut habe aber auch eine gewisse Kraft gelegen, die sich in einer positiveren Lebenshaltung geäußert habe, sagte Herr E im Interview. Er scheint den Workshop im Stadium 1 (vgl. Kapitel 2.7) verlassen zu haben, d.h. er fühlte sich schmäzlich behandelt, erwartete, dass sich Farrelly gegensätzlich verhalten würde und war über die Intensität seiner eigenen Reaktionen erstaunt. Nach dem Workshop hat er während eines Jahres die Aufzeichnungen mit seinem provokativen Therapeuten durchgearbeitet. Dies habe ihm ermöglicht, mehr Zusammenhang und Sinn in Farrellys Interventionen zu sehen, welche für ihn vorher nur ein Bombardement von Obszönitäten gewesen seien, die seine Welt und Konstrukte in Trümmer eingerissen haben. Dieses Einreißen sei im Nachhinein betrachtet, nützlich gewesen, um etwas Neues aufbauen zu können, wozu ihm sein Therapeut verholfen habe. Herr E ist der Überzeugung, dass ihm der Workshop nichts gebracht hätte, wäre diese Therapie danach nicht gewesen. Seit etwa Mitte 2006 haben die Panikattacken stetig abgenommen, so dass

er heute recht gut mit ihnen leben kann. Deshalb wird nachfolgend nur auf den Zeitabschnitt bis Anfang 2006 eingegangen.

Tabelle 14: Therapieerfolg Herr E

Symptomverlauf – Herr E		Therapieerfolg
<p>QUANTITATIVE EINSCHÄTZUNG</p> <p>War von ca. 2001 bis Mitte 2007 in Provokativer Therapie</p> <p>Bewertungsskala:            -3 = Symptome sind nicht aushaltbar            0 = Kann mit Symptomen mehr oder minder gut leben            +3 = Frei von Symptomen</p>		<p>INTERVIEW</p> <p>Die Abbildung zeigt, dass nach dem Workshop etwas mehr Stabilität im vorher volatilen Symptomverlauf eingekehrt ist. Im Interview sagt Herr E:</p> <p><i>„Ich kam mit einer gehörigen Portion Wut aus dem Workshop raus. In dieser Wut lag durchaus eine gewisse Kraft drin. [...] Die Power hat sich dann in so eine Lebenshaltung umgewälzt. Gebühtelt durch die Panik Attacken bin ich immer gebückter durchs Leben gelaufen. Immer mehr so, dass ich körperlich und geistig kleiner geworden. Das Denken ging nur noch bis zum nächsten Telefonat oder Vorstellungsrunde oder Vortrag. [...] Diese Wut/ diese Power hat sich schon letztlich darin geäußert, dass ein Stückweit so ein gewisses Aufrichten passiert ist. Mal wieder ein bisschen über den Tellerrand rausgucken. Es war aber nicht so, dass ich aus dem Workshop symptomfrei rausspaziert bin. Es kam in unverminderter Schärfe wieder. Ich hatte nicht das Gefühl vom grossen Durchbruch.“</i> Neue Symptome hätten sich nicht gebildet.</p>
<p>Abbildung 51: Symptomverlauf Herr E</p>		
Erreichung der Therapieziele – Herr E		Therapieerfolg
<p>1. Sich selbst mit Wertschätzung begegnen</p> <p>2. Sich behaupten können*</p> <p>3. Sich angemessen verteidigen können</p> <p>4. Differenziert wahrnehmen &amp; reagieren</p> <p>5. Sich auf Wagnisse in Beziehungen einlassen können</p> <p>Legende            ■ Vor dem Workshop            ■ Nach dem Workshop            ■ Heute</p> <p>Bewertungsskala            -3 = überhaupt nicht      3 = ja, ganz genau</p>		<p>Die Abbildung deutet darauf hin, dass Herr E nach dem Workshop bei den Zielen 1 bis 3 eine Veränderung feststellen konnte. Im Interview äussert er hierzu sich wie folgt:</p> <p><i>„Diesen grossen Sprung führe ich auf die dritte Sitzung zurück. Das war für mich ein „Aha-Erlebnis“, dass wenn’s wirklich hart auf hart kommt, ich mich wehren kann und dass es durchaus Spass macht, mich zu wehren. Ich bin normalerweise ein Mensch, der nicht so in Konflikte reingeht. Ich versuche eigentlich möglichst viel kooperativ zu lösen [...] und das habe ich auch mit Frank versucht. Zwei Tage lang habe ich den Kompromiss gesucht. Und er hat sich dem Kompromiss ja konsequent widersetzt. Und dann war das schon eine befreiende Erfahrung für mich zu merken, wenn einer sich konsequent dem Kompromiss widersetzt, dann habe ich nochmals andere Waffen, zum mich wehren.“</i></p>
<p>Abbildung 52: Veränderungen bezüglich Therapieziele Herr E</p>		
Sichtweise des Therapeuten (Beobachter)		Therapieerfolg
<p>1. Sich selbst mit Wertschätzung begegnen</p> <p>2. Sich behaupten können*</p> <p>3. Sich angemessen verteidigen können</p> <p>4. Differenziert wahrnehmen &amp; reagieren</p> <p>5. Sich auf Wagnisse in Beziehungen einlassen können</p> <p>Legende            ■ Vor dem Workshop            ■ Nach dem Workshop            ■ Heute</p> <p>Bewertungsskala            -3 = überhaupt nicht      3 = ja, ganz genau</p>		<p><b>Symptomveränderung</b></p> <p>Im Interview sagt der Therapeut, dass Herr E ihm nach dem Workshop entspannter vorkam – „wie ein Boxer nach einem Boxkampf“.</p> <p><b>Therapieziele</b></p> <p>Die Abbildung weist darauf hin, dass der Therapeut bei Herrn E nach dem Workshop eine klare Verschlechterung hinsichtlich der Therapieziele beobachten konnte, die sich nach intensiver Bearbeitung der Workshop-Aufzeichnungen deutlich verbessert hat. Im Interview sagt er hierzu:</p> <p><i>„Der war [nach dem Workshop] wie elektrisiert und hat um sich geschlagen, konnte seine Gefühle weder formulieren noch wahrnehmen. Der war völlig verwirrt und widerständig, voller Wut und Aggression, weil er sich am Workshop so geärgert hat. [...] Anscheinend hat aber seine Frau auf der Rückfahrt vom Workshop gesagt, er habe sich verändert.“</i></p>
<p>Abbildung 53: Sichtweisen des Therapeuten zur Veränderungen bezüglich Therapieziele Herr E</p>		

Tabelle 15: Wirkfaktoren Herr E

Klientenspezifische Wirkfaktoren – Herr E		Wirkfaktoren
QUANTITATIVE EINSCHÄTZUNG	INTERVIEW	
<p>1. Motivation</p>  <p>2. Zuversicht</p> <p><b>Bewertungsskala</b> -3 = überhaupt nicht      3 = 100%</p> <p><b>Abbildung 54:</b> Motivation und Zuversicht Herr E</p>	<p>Die Abbildung zeigt, dass Herr E sehr motiviert war, seine Probleme zu lösen und dass er weder bejahen noch verneinen kann, ob er daran glaubte, dass sich seine Probleme durch den Workshop verbessern würden. Im Interview sagt er hierzu:</p> <p><i>„Ich war ja schon relativ lange in diesem Problem drin, und ich hatte nicht wirklich das Gefühl, dass sich etwas tut. [...] Von dem Hintergrund habe ich das einfach als Chance betrachtet und gesagt, ach, komm, diese fünf Tage, da vergibst Du Dir nix. Das ist einfach eine Möglichkeit.“</i></p>	
Schulenspezifische Wirkfaktoren – Herr E		Wirkfaktoren
<p>1. Symptomveränderung</p>  <p>2. Therapieziele</p> <p><b>Bewertungsskala</b> -3 = überhaupt nichts      3 = 100%</p> <p><b>Abbildung 55:</b> Einfluss der therapeutischen Interventionen auf die Symptomveränderung und Therapieziele Herr E</p>	<p><b>Einfluss der therapeutischen Interventionen</b></p> <p>Die Abbildung deutet darauf hin, dass Herr E einen klaren Zusammenhang zwischen der Symptomveränderung und Farrellys Interventionen sieht und die Veränderungen hinsichtlich der Therapieziele zu einem kleinen Teil auf diese zurückführt.</p> <p>Im Interview sagte er:</p> <p><i>„Was der Workshop bewirkt hat, war so ein Rausreißen. Der hat nochmal alles, was vorher festgefahren war, hat das plötzlich alles durcheinander gerüttelt und dadurch kam auch plötzlich Bewegung in die Sache. Aber die Bewegung selber würde ich schon meinem Therapeuten zurechnen. Den Weg wirklich zu gehen bis zum heutigen Zustand. Aber das Rausbrechen, das Losreißen das war schon der Schlag letztlich von Frank Farrelly, der da kam [...] Ich glaube aber auch, wenn ich nur den Workshop gehabt hätte und nicht meinen Therapeuten, dann hätte sich gar nichts bewegt. Dieses Einreißen, dass Frank Farrelly extrem gut kann, das ist ein Teil des Jobs. Aber danach muss auch jemand wieder was aufbauen aus den ganzen Trümmern die er da hinterlässt.“</i></p> <p><b>Humor</b></p> <p>Im Gespräch sagte Herr E, dass er Farrellys Humor nicht sonderlich hilfreich, sondern eher hinderlich fand, weil es nicht seine Art Humor sei:</p> <p><i>„Sein Humor war mir zu primitiv. [...] Ich empfand's eher als anstrengend seine Art von Humor. Ich fand's einfach zu derb. [...] Also ich fand ihn deshalb hinderlich, weil ich oft das Gefühl hatte, nicht mit ihm zu lachen, sondern dass er und die Meute letztlich über mich lacht [...] Aus meiner Sicht hatte das jetzt weniger mit Humor zu tun, sondern das war mehr fast eine Form von Brutalität. [...] Im Nachhinein kann man natürlich sagen, gut, das war vielleicht genau das, was gewirkt hat. Dieser Druck, dieses massive Einreißgefühl, dass dann etwas gebracht hat und diese Wut. Deswegen: Die Therapie hat für mich nichts Spassiges, aber gar nichts!“</i></p> <p>Humor komme bei ihm auf, wenn er sich geschützt fühle, in einem vertrauten und sicheren Umfeld. Das sei in der Beziehung zu Frank Farrelly nicht der Fall gewesen. Er könne auch jetzt noch nicht über seine Panikattacken lachen, auch wenn er diese jetzt glücklicherweise los sei.</p>	
<p><b>Fragen im Interview</b></p> <p>Wie viel denken Sie, haben Frank Farrellys Interventionen zu den</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Symptomveränderungen</li> <li>Veränderungen bezüglich der Therapieziele beigetragen?</li> </ol>		
<p><b>Sichtweise des Therapeuten (Beobachter)</b></p> <p>1. Motivation</p>  <p>2. Zuversicht</p> <p>Therapieziele</p> <p><b>Bewertungsskala</b> -3 = überhaupt nicht      3 = 100%</p> <p><b>Abbildung 56:</b> Sichtweise des Therapeuten bezüglich der Wirkfaktoren – Herr E</p>		<p><b>Klientenspezifische Wirkfaktoren</b></p> <p>Die Abbildung weist darauf hin, dass der Therapeut Herrn E als äusserst motiviert erlebte, sein Problem zu lösen, aber eher weniger daran glaubte, dass diese sich durch den Workshop verbessern würden.</p> <p><b>Schulenspezifische Wirkfaktoren</b></p> <p>Der Therapeut wollte sich nicht darauf festlegen, wie stark Farrellys Interventionen zur Symptomverbesserung beigetragen haben. Bezüglich der Veränderungen hinsichtlich der Therapieziele zeigt die Abbildung, dass der Therapeut diese zu 100% auf Farrellys Interventionen zurückführt. Er sagt:</p> <p><i>„Frank hat eine ganz tiefstehende Schraube gedreht, die wirkt erst nach einer Weile. [...] Er hat den Konflikt, den Herr E mit seinem Vater gemieden hatte, volle Kanne inszeniert. [...] Frank hat sich in die Rolle des Widersachers gestürzt [Herr Es Vater] gegen den er sich aufgelehnt und diese Selbstbehauptung geübt hat, und ihn abmurksen durfte - auf einer ganz unbewussten Ebene.“</i></p>

Schulen übergreifende Wirkfaktoren – Herr E		Wirkfaktoren
QUANTITATIVE EINSCHÄTZUNG	INTERVIEW	
<p>1. Ressourcen Aktivierung*</p> <p>2. Problemaktualisierung</p> <p>3. Problembewältigung</p> <p>4. Motivationale Klärung</p> <p>*Legende            ■ Positive Kontrollerfahrung            ■ Positive Selbsterfahrung            ■ Positive Bindungserfahrung            ■ Positive Therapiebeziehung</p> <p>Bewertungsskala            -3 = überhaupt nicht      3 = ja, ganz genau</p>	<p>Die Abbildung zeigt, dass Herr E die Therapiesitzungen eher wenig Ressourcenaktivierend, aber sehr Problemaktualisierend fand. Ob sie Problembewältigend waren, kann er weder bejahen noch verneinen. Motivational klärend fand er sie eher nicht. Im Interview sagte er hierzu:</p> <p><b>1. Ressourcenaktivierung</b>  <i>„Ich hatte das Gefühl, dass er sich alle Mühe gibt, mich in keinsten Weise wertzuschätzen[...] Er hat mich eher spüren lassen, wo mein Schwächen liegen, indem er mich gnadenlos überfahren hat.[...] Und er hat das [Problem ] so bagatellisiert. Das hat dann dazu beigetragen, dass ich den Eindruck hatte, der hat es gar nicht verstanden, und will es auch nicht verstehen. [...] Ich wollte mit ihm an meinem Problem arbeiten, zusammen Ärmel hoch und ran. Er hat sich konsequent verweigert. Er hat immer nur seine eigenen Geschichten erzählt und seine eigenen Anekdoten und Wütze gerissen [...] die hatten mit mir eigentlich nichts zu tun.            [...] Ich glaube, dass in dem Moment dieses Losrütteln, dieses Aufrütteln, dieses Einreisen durchaus angemessen war, [...] um da wieder Bewegung reinzubringen.[...] Ich habe das ungefähr bis zu einem Jahr danach realisiert, als ich dann mit meinem Therapeuten nochmals die Videos durchgegangen bin.“</i></p> <p><b>2. Problemaktualisierung</b>  <i>„Das war wirklich komplett fordernd. Ich war auch entsprechend hundemüde [...]Ich hatte mir schon überlegt, gebe ich da jetzt überhaupt noch hin, soll ich mir das noch antun oder soll ich einfach nur zuhause bleiben. Aber ich wollte das Problem ja lösen und ihm näher kommen. Ich dachte immer[...] vielleicht ist in all dem Geblubler, das er da rauslässt irgendwo etwas drin für mich, vielleicht so ein kleiner Nugget, so ein Goldstückchen, was ich nutzen könnte. [...] Das ist so ein bisschen, wie wenn auf einem linken Ohr so ein Presslufthammer arbeitet und auf dem rechten versucht man ein Musikstück zu hören. So hat sich das angefühlt.“</i></p> <p><b>3. Problembewältigung</b>  <i>„Speziell am ersten Tag war ich also restlos verwirrt. Da wusste ich gar nicht mehr, wo ist oben und wo ist unten. [...] Ich hatte eher das Gefühl von Zertrümmerung und 'jetzt musst Du mal gucken, was Du daraus aufbaust'. [...] Es war wichtig, dass es nach dem Workshop noch weiterging.[...] dass ich so ein stückweit gefühlt oder geschmeckt hatte, dass ich [...] mit der Wut arbeiten kann.“</i></p> <p><b>4. Motivationale Klärung</b>  <i>„Weil ich eben das Gefühl hatte, dass es gar nicht um mich und mein Problem ging, sondern nur um ihn und seine Lacher. [...]dann war da wie gesagt der 3. Tag mit diesem Ausbruch. Der hat schon so ein gewisses Gespür dafür gegeben, dass das eben auch etwas mit dem Problem zu haben könnte.[...]Ich habe gemerkt, dass Frank da ein Knopf bei mir drückt, den andere Menschen auch schon bei mir gedrückt haben.[...] Das habe ich damals nicht verstanden.“</i></p>	

Abbildung 57: Schulenübergreifende Wirkfaktoren Herr E

Allgemeine Wirkfaktoren – Herr E		Wirkfaktoren
<p>Englisch verstehen</p> <p>Englisch sprechen</p> <p>Bewertungsskala            -3 = Kein Wort      3 = Muttersprache</p>	<p>Die Abbildung zeigt, dass Herr E gut Englisch spricht und auch versteht. Im Interview sagte er, dass er die Übersetzungen als Luxus genossen habe: Sie hätten ihm Zeit gegeben, um nachzudenken und waren auch ein Schutzpuffer, den er gegen Farrelly genießen konnte.</p> <p>Er habe die Zuschauer während der Sitzungen gar nicht wahrgenommen. Die Aufzeichnungen habe er sich immer wieder angehört, auch zusammen mit seiner Frau. Mit seinem provokativen Therapeuten hat er die Videobänder ein Jahr lang intensiv durchgearbeitet.</p>	

Abbildung 58: Englischkenntnisse Herr E

**Allgemeine Wirkfaktoren – Herr E** Wirkfaktoren

Am meisten habe ihm die dritte Therapiesitzung gebracht, sagt Herr E im Interview: Das Gefühl von kanalisierter Wut und der Kraft, die daraus erwachsen sei. Farrellys Geschichten hätten ihm am wenigsten gebracht. Mit denen habe er auch im Nachhinein nichts anfangen können.





## **8.2. Zusammenfassung der Ergebnisse im Vergleich**

Im vorangegangenen Kapitel wurden die Fälle einzeln dargestellt, um den individuellen Therapieerfolg und die Wirkung der Einflussfaktoren pro Proband nachvollziehen zu können. In diesem Kapitel werden nun die Ergebnisse der einzelnen Probanden miteinander verglichen: Im ersten Teil wird der Therapieerfolg und im zweiten Teil die Wirkung der Einflussfaktoren aufgeführt. Um eine bessere Vergleichbarkeit sicherzustellen, werden lediglich die quantitativen Einschätzungen aus den Interviews berücksichtigt. Darüber hinaus wird aus Gründen der Übersichtlichkeit, sowie um auf die Hauptfrage der vorliegenden Arbeit fokussieren zu können, die Selbsteinschätzungen der Klientinnen und Klienten ohne Fremdeinschätzungen dargestellt (vgl. Abb. 4 in Kapitel 6.4). Da bei Familie A lediglich eine Selbsteinschätzung zu den therapieschulenübergreifenden Wirkfaktoren vorliegt (vgl. Kapitel 8.1.1), werden ihre Resultate ausschliesslich im zweiten Teil berücksichtigt. Würde in ihrem Fall die Frage nach dem Therapieerfolg jedoch aufgrund der Aussagen der Schulpsychologin festgelegt, könnte diese klar bejaht werden, da sie bei allen Familienmitgliedern sowohl eine klare Symptomverbesserung als auch deutliche positive Verhaltensänderungen hinsichtlich der Therapieziele beobachtete (vgl. Kapitel 8.1.1).

### **8.2.1. Therapieerfolg**

In der folgenden Tabelle 16 ist der Therapieerfolg pro Proband oder Probandin gemessen an der Symptomverbesserung und der Therapiezielerreichung im Vergleich dargestellt. Wie bereits in der individuellen Darstellung des Therapieerfolgs (vgl. Kapitel 8.1) werden auch hier drei Messpunkte aufgeführt: Vor und unmittelbar nach dem Workshop, sowie heute. Um auch die Symptomveränderung zu diesen drei Messpunkten vergleichen zu können, wurden diese aufgrund der individuellen Symptomveränderungsgrafiken (vgl. Kapitel 8.1) festgelegt auf rund zwei Monate vor dem Workshop, rund fünf Monate nach dem Workshop und heute.

Die in Tabelle 16 aufgeführten Ergebnisse weisen darauf hin, dass

- alle Probandinnen und Probanden nach den fünf Therapiesitzungen mit Frank Farrelly eine *Symptomverbesserung* erfuhren, die bis heute angestiegen ist. Nach dem Workshop haben sich *keine neuen Symptome* gebildet.
- sich laut Selbsteinschätzung bei vier Probandinnen und Probanden leichte bis deutliche positive Verhaltensänderungen hinsichtlich mindestens dreier *Therapieziele* nach dem Workshop feststellen liessen. Bei einem Probanden hat sich eine leichte positive Verhaltensänderung lediglich im Hinblick auf ein Therapieziel ergeben.

Verglichen von der Zeit vor dem Workshop bis heute haben sich bei allen Probanden deutliche positive Verhaltensänderungen im Hinblick auf die Erreichung von mindestens drei Therapiezielen abgezeichnet.

Tabelle 16: Ergebnisse des Therapieerfolgs im Vergleich

Therapieerfolg im Vergleich (exkl. Familie A)		Therapieerfolg
<b>Symptomveränderung</b>		<b>Therapieziel 1: Sich selbst mit Wertschätzung begegnen</b>
<p>Abbildung 59: Symptomveränderung im Vergleich</p>	<p>Abbildung 60: Therapieziel 1 im Vergleich</p>	
<b>Therapieziel 2: Sich behaupten können</b>		<b>Therapieziel 3: Sich angemessen wehren können</b>
<p>Abbildung 61: Therapieziel 2 im Vergleich</p>	<p>Abbildung 62: Therapieziel 3 im Vergleich</p>	
<b>Therapieziel 4: Differenziert wahrnehmen und reagieren</b>		<b>Therapieziel 5: Sich auf Wagnisse in Beziehungen einlassen</b>
<p>Abbildung 63: Therapieziel 4 im Vergleich</p>	<p>Abbildung 64: Therapieziel 5 im Vergleich</p>	

**Legende**

Vor dem Workshop    
  Nach dem Workshop    
  Heute

**Bewertungsskala**

-3 = überhaupt nicht     3 = ja, ganz genau

### 8.2.2. Wirkfaktoren

In der Tabelle 17 werden die klienten- und schulenspezifischen sowie die schulenübergreifenden Wirkfaktoren im Vergleich aufgeführt. Es wird einerseits zusammengefasst, in welchem Ausmass die einzelnen Wirkfaktoren den Therapieerfolg aus Sicht der Klientinnen und Klientinnen im Workshop beeinflusst haben. Andererseits wird aufgrund derjenigen Probanden, welche einen Zusammenhang zwischen Farrellys Interventionen und ihrem Therapieerfolg sehen, aufgeführt, welche Wirkfaktoren in welchem Ausmass zum Therapieerfolg beitragen.

Die Ergebnisse aus der Tabelle 17 weisen auf folgendes hin:

#### **Klientenspezifische Wirkfaktoren**

Vier von fünf Probandinnen und Probanden waren vor dem Workshop motiviert, ihr Problem zu lösen; einer war weder motiviert, noch unmotiviert, es zu lösen. Drei der Klientinnen und Klienten glaubten daran, dass sich ihr Problem durch den Workshop verbessern würde, während zwei Probanden eher nicht oder nicht daran glaubten.

#### **Schulenspezifische Wirkfaktoren**

Drei der Probandinnen und Probanden sahen einen Zusammenhang zwischen Farrellys Interventionen und ihrer *Symptomverbesserung*, wie auch ihrer positiven Verhaltensänderungen hinsichtlich der *Therapieziele*. Zwei Probanden können weder bejahen noch verneinen, dass hier ein Zusammenhang besteht - eine Probandin sieht sogar eher keinen Zusammenhang zwischen ihrer positiven Verhaltensänderung hinsichtlich der Therapieziele und der Interventionen. Vier der Klientinnen und Klienten fanden Farrellys *Humor* hilfreich.

#### **Schulenübergreifende Wirkfaktoren** (inkl. Familie A)

Bezüglich der *Ressourcenaktivierung* äusserten sich zwei der Klientinnen und Klienten positiv hinsichtlich *Kontroll-, Selbstwert- und Bindungsverfabrung*, während drei eine *positive Beziehung* zu Farrelly erlebten.

Demgegenüber steht, dass die Mehrheit der Probandinnen und Probanden die Therapiesitzungen äusserst *problemaktualisierend, -bewältigend* und *motivational klärend* fanden.

#### **Allgemeine Wirkfaktoren**

Trotz unterschiedlicher Sprachkenntnisse sagten alle Probandinnen und Probanden, dass diese und die Anwesenheit der *Übersetzerinnen* sowie des *Publikums* keinen negativen Einfluss auf therapeutische Beziehung oder Wirksamkeit hatten. Drei hörten bzw. schauten sich die Workshop *Aufzeichnungen* regelmässig an. Vier waren sowohl vor als auch nach dem Workshop in *Provokativer Therapie* oder in einem pädagogischen Umfeld.

Tabelle 17: Ergebnisse Wirkfaktoren im Vergleich

Wirkfaktoren im Vergleich		Wirkfaktoren	
Klientenspezifische Wirkfaktoren (exkl. Familie A)		Schulenspezifische Wirkfaktoren (exkl. Familie A)	
<p>Motivation</p> <p>Zuversicht</p> <p>-3 -2 -1 0 1 2 3</p>	<p>Welchen Einfluss hatten Farrellys Interventionen auf die:</p> <p>Symptomverbesserung</p> <p>Therapieziele</p> <p>-3 -2 -1 0 1 2 3</p>	<p><b>1. Ressourcenaktivierung</b></p> <p>1. Positive Kontroll-erfahrung</p> <p>2. Positive Selbstwert-erfahrung</p> <p>3. Positive Bindungs-erfahrung</p> <p>4. Positive Therapie-beziehung</p> <p>-3 -2 -1 0 1 2 3</p>	<p><b>2. Problemaktualisierung</b></p> <p>2. Problemaktualisierung</p> <p>3. Problembewältigung</p> <p>4. Motivationale Klärung</p> <p>-3 -2 -1 0 1 2 3</p>
<p><b>Abbildung 65:</b> Klientenspezifische Wirkfaktoren im Vergleich</p>		<p><b>Abbildung 66:</b> Einfluss Farrellys Interventionen im Vergleich</p>	
<p><b>1. Ressourcenaktivierung</b></p> <p><b>Abbildung 67:</b> Schulübergreifender Wirkfaktor 1 im Vergleich</p>		<p><b>2. Problemaktualisierung</b></p> <p><b>Abbildung 68:</b> Schulübergreifende Wirkfaktoren 2 – 4 im Vergleich</p>	

**Legende**

- Familie A
- Jugendlicher B
- Frau C
- Herr C
- Frau D
- Herr E

**Bewertungsskala**

-3 = überhaupt nicht      3 = 100%

### ***8.3. Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und Wirkfaktoren***

Aufgrund der in Kapitel 8.1 vorgestellten Einzelfallanalysen und der Ergebnisse im Vergleich (vgl. Kapitel 8.2.) wird hier untersucht, ob es Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und Wirkfaktoren gibt. Hierfür werden die Daten derjenigen Klientinnen und Klienten verglichen, die ihre Symptomverbesserung und Verhaltensverbesserung hinsichtlich der Therapieziele teilweise bis deutlich auf Farrellys Interventionen zurückführen: Dies sind der Jugendliche B, Frau C und Herr E.

Aufgrund dieser drei Einzelfallanalysen kann festgestellt werden, dass es Faktoren gibt, die von allen drei Probanden gleich erlebt wurden und Faktoren, die zumindest von zwei Probanden in der gleichen Tendenz bewertet wurden:

Alle drei Probanden konnten die Erfahrungen, die sie im Workshop gemacht hatten in einer anderen Form weiterbearbeiten. Dies geschah entweder durch Bearbeitung der Workshopsequenzen in der weiterführenden provokativen Therapie (Frau C und Herr E) oder durch Integration gewisser Aussagen von Farrelly in den Alltag (Jugendlicher B). Im letztgenannten Fall bezog sich der betreuende Sozialarbeiter öfter auf Aussagen Farrellys (z.B. „Ein-Watt-Hirn“). Farrellys Interventionen wurden von allen dreien als äusserst problemaktualisierend, -bewältigend und motivational klärend empfunden. Alle fanden weder die Übersetzerinnen noch das Publikum störend.

Im Weiteren lässt sich feststellen, dass jeweils zwei von diesen Probanden vor dem Workshop motiviert waren, ihr Problem zu lösen, aber nicht daran glaubten, dass sich ihr Problem durch den Workshop verbessern würde. Zwei schauten bzw. hörten sich die Workshop Aufzeichnungen seither regelmässig an und fanden den Humor hilfreich; sie fühlten sich in der therapeutischen Beziehung aufgehoben und erachteten diese als positiv. Im Gegensatz hierzu machten sie keine oder wenig positive Selbstwerterfahrung und fühlten sich während der Therapiesitzung nicht in Kontrolle des Geschehens. Dieser wurde teilweise jedoch auch als positiver Kontrollverlust erlebt.

Gegenüber dieser Gruppe gab es eine weitere Probandin und einen Probanden, die nicht klar einschätzen konnten, ob Farrellys Interventionen tatsächlich einen Effekt hatten oder nicht. Bei der Probandin gab es sogar Hinweise darauf, dass sie eher keinen hatten. Diese zwei Probanden hatten gemeinsam, dass sie beide vor dem Workshop motiviert waren, ihr Problem zu lösen und daran glaubten, dass sich dieses durch den Workshop verbessern würde. Auch sie fanden die Sitzungen mit Farrelly äusserst problemaktualisierend.

## **9. Diskussion und Ausblick**

In diesem Kapitel wird zum einen der theoretische Teil der Arbeit zusammengefasst. Zum anderen werden darüber hinausgehend auch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung (vgl. Kapitel 8.2. und 8.3.) diskutiert, interpretiert und in den bisherigen Forschungshintergrund eingeordnet. An die Interpretation der Ergebnisse schliessen sich Gedanken über Implikationen für Forschung und Praxis.

### **9.1. Zusammenfassung des theoretischen Teils**

Die Provokative Therapie ist eine durch Frank Farrelly entwickelte Therapieform, die auf Humor und befreiendes Lachen als Transmitter für Botschaften des Therapeuten setzt. Mittels humorvoll provokativen Interventionen soll sie die Klientinnen und Klienten dazu bringen, fünf Therapieziele zu erreichen (vgl. Kapitel 2.5): (1) Ihren eigenen Selbstwert in Worten und Verhalten sichern können, (2) sich beim Erledigen von Pflichten und in zwischenmenschlichen Beziehungen angemessen behaupten können, (3) sich realistisch verteidigen können, (4) Personen und Situationen differenziert einschätzen und reagieren können sowie (5) sich auf Wagnisse in zwischenmenschlichen Beziehungen einlassen, zu den eigenen Gefühlen stehen und diese auch äussern können.

Da sich die Provokative Therapie durch den Humor, die Provokationen und die Intensität von anderen Therapien unterscheidet, können bei der Klientel im Laufe der Provokativen Therapie typischerweise vier Stadien festgestellt werden (vgl. Kapitel 2.7): (1) Sie fühlen sich durch die Therapierenden oft schmähslich behandelt, (2) sie reagieren trotzig, (3) sie werden sich zunehmend klarer darüber, wer und was sie sind bzw. nicht sind und schliesslich (4) sie protestieren nur noch wenig und vertrauen sich selbst und ihren Fähigkeiten immer stärker. Diese Stadien weisen darauf hin, dass den Klientinnen und Klienten die Wirkung der Provokativen Therapie erst ab dem dritten Stadium vollständig bewusst wird. Farrelly selbst vergleicht den Effekt der Provokativen Therapie mit Depot-Medikamenten, die über lange Zeit im Organismus ihre Wirkung tun. Es sind jedoch keine empirischen Wirksamkeitsstudien zur Provokativen Therapie bekannt (vgl. Kapitel 2.8).

Im Gegensatz hierzu gibt es eine grosse Anzahl von Wirksamkeitsstudien zur Psychotherapie allgemein (vgl. Kapitel 3). Hierbei wurde festgestellt, dass sowohl klientenspezifische, therapieschulenspezifische und therapieschulenübergreifende Faktoren einen Einfluss auf die Wirkung der Therapie, beispielsweise auf die Symptomverbesserung, haben. Der wichtigste Faktor ist dabei die therapeutische Beziehung, die in jeder Art von Therapie von zentraler Bedeutung ist (vgl. Kapitel 3.2.1). Grawe hat vier Wirkfaktoren definiert, die unabhängig von der Therapieschule relevant sind: (1) Ressourcenaktivierung mit den Subfaktoren positive Kontrollerfahrung, positive

Selbstwerverfahrung, sich in der Therapie aufgehoben fühlen sowie positive Therapiebeziehung, (2) Problemaktualisierung, (3) Problembewältigung und (4) Motivationale Klärung (vgl. 3.2.2).

Aufgrund der fehlenden empirischen Untersuchungen zur Wirksamkeit der Provokativen Therapie wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit mittels qualitativer Interviews eine kleine Stichprobe von Farrellys Klientinnen und Klienten sowie auch einige Fremdbeobachter (z.B. ihre Therapierenden) zur allgemeinen Wirksamkeit der Provokativen Therapie sowie zu den oben genannten Wirkfaktoren und deren Einfluss auf die Symptomverbesserung befragt. In Kapitel 8 werden die einzelnen Ergebnisse einerseits fallanalytisch dargestellt und andererseits miteinander verglichen. Nachfolgend werden diese Ergebnisse diskutiert und interpretiert.

## ***9.2. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse***

Das hauptsächliche Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Wirksamkeit der Provokativen Therapie zu explorieren. Hierbei wurde die folgende Hypothese untersucht: Frank Farrellys Interventionen wirken sich positiv auf den Therapieerfolg der untersuchten Klientinnen und Klienten aus. Dabei spielten zwei zu beantwortende Fragen eine Rolle:

### **1. Welche Auswirkungen auf den Therapieerfolg im Sinne von Verbesserung der Symptome der Klientinnen und Klienten sowie auf das Erreichen der spezifischen Therapieziele der Provokativen Therapie sind feststellbar?**

Verglichen von der Zeit vor dem Workshop bis heute haben sich bei allen Probanden deutliche *Symptomverbesserungen* und positive Verhaltensänderungen im Hinblick auf die Erreichung einiger *Therapieziele* abgezeichnet. Direkt nach dem Workshop berichten alle Probandinnen und Probanden von einer *Symptomverbesserung* und fast alle zeigen leichte bis deutliche positive Verhaltensänderungen hinsichtlich mindestens dreier *Therapieziele*. Dies deutet auf einen positiven Effekt der Provokativen Therapie hin.

Einschränkend muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass nur drei der fünf Klientinnen und Klienten diese Verbesserungen auch direkt mit Farrellys Interventionen in Zusammenhang brachten. Das kann daran liegen, dass die Interventionen tatsächlich eine Depotwirkung hatten (vgl. Kapitel 2.8), d.h. sie wirken auch ohne dass die Klienten die Wirkung auf die therapeutische Intervention zurückführen können. Es kann aber auch im Sinne der systemischen Theorie sein (Haken & Schiepek, 2005), dass Farrelly einen Impuls zur Veränderung gegeben hat und die Klientensysteme sich darauf neu und in einem funktionaleren Sinne organisiert haben, ohne es bewusst zu merken und die Veränderung auf Farrellys Intervention zurückführen zu können.

Es könnte aber auch darauf hinweisen, dass andere Faktoren die langfristige Symptomverbesserung bei diesen Klienten bewirkt haben, z.B. andere Therapien oder Veränderungen im persönlichen Umfeld. Es kann auch sein, dass sich diese Klienten nach Ablauf des Workshops noch im-



mer stark in den ersten beiden Prozessstadien der Provokativen Therapie befanden, d.h. sie fühlten sich ungläubig, schmäzlich behandelt und reagierten Farrelly gegenüber trotzig, sodass sie gar nicht wahrnehmen konnten, dass die Therapie eine Wirkung hatte. Diese Hypothese wird auch durch die Betrachtung des Wirkfaktors „Problemaktualisierung“ unterstützt, der bei allen Probanden sehr hoch ausgeprägt war. Das kann darauf hindeuten, dass der Fokus der Workshopsitzungen bei diesen Klienten in der Problemaktualisierung quasi stecken geblieben ist, während es den anderen gelungen ist, höhere Stadien innerhalb des therapeutischen Prozesses der Provokativen Therapie zu erreichen. Auf diesen Wirkfaktor wird in der Frage 2 nochmals vertiefter eingegangen.

## **2. Welche therapieschulenübergreifenden und –spezifischen Wirkfaktoren tragen in welchem Ausmass zum Therapieerfolg bei?**

Alle Ergebnisse der Therapieforschung weisen darauf hin, dass die positive therapeutische Beziehung der wichtigste Erfolgsfaktor der Therapie ist (vgl. Kapitel 3.2.1). Innerhalb der vorliegenden Untersuchungsergebnisse sind die Antworten diesbezüglich jedoch sehr unterschiedlich ausgefallen. Drei der Probandinnen und Probanden empfanden die Therapiebeziehung positiv, während die andere Hälfte diese als negativ oder neutral einstufte.

Bei den Probandinnen und Probanden, die die therapeutische Beziehung positiv wahrnahmen, wurde deutlich: Je besser die therapeutische Beziehung wahrgenommen wurde, desto eher wurden Farrellys Interventionen als wirkungsvoll eingestuft. Bei den Probandinnen und Probanden, die die Beziehung neutral oder negativ einstufen – und somit angenommen werden konnte, dass sie auch die Intervention als neutral oder wirkungslos eingestuft haben – kam es zu einem überraschenden Ergebnis: Derjenige Proband, der die therapeutische Beziehung am schlechtesten einstufte (Herr E), sah trotzdem einen Zusammenhang sowohl zwischen seiner Symptomverbesserung als auch der positiven Verhaltensveränderungen hinsichtlich der Therapieziele und Farrellys Interventionen. Er sagte jedoch auch klar, dass er diesen Zusammenhang erst nach intensiver Durcharbeitung der Workshopaufzeichnungen mit seinem Therapeuten erkennen konnte.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass neben der therapeutischen Beziehung auch die anderen Subfaktoren von Grawes erstem Wirkfaktor *Ressourcenaktivierung* von allen Probandinnen und Probanden sehr unterschiedlich und teilweise gegensätzlich wahrgenommen wurden. Insbesondere fiel auf, dass der Subfaktor *Kontrollerfahrung* von zwei Dritteln der Stichprobe auf der Skala negativ eingestuft wurde. Eine Probandin betonte jedoch im Interview, dass sie diese Erfahrung als sehr hilfreich empfunden habe, da sie ihr geholfen habe, sich dem Therapeuten anzuvertrauen und dadurch Zugang zu ihren Gefühlen bekommen habe.

Gegenüber der sehr unterschiedlichen Einschätzung des ersten Wirkfaktors, sind sich beim zweiten Wirkfaktor *Problemaktualisierung* fast alle Probandinnen und Probanden in der Einschätzung einig: Fünf der Befragten gingen die Therapiesitzungen sehr nahe und sie waren gefühlsmässig stark beteiligt. Vier der Probanden sagten auch, dass die Interventionen eher problembewältigend und motivational klärend waren. Trotzdem konnte nur die Hälfte der Probandinnen und Probanden sagen, dass Farrellys Interventionen einen Einfluss auf ihre Symptomverbesserung und Therapiezielerreichung hatten. Dies lässt darauf schliessen, dass die Therapiesitzungen zwar sehr problemaktualisierend waren, aber nicht bei allen im Laufe des Workshops tatsächlich in die aktive Problembewältigung überführt werden konnte.

Diese Aussage könnte ein Hinweis auf die obengenannte Hypothese sein, dass Klienten, die in den ersten beiden Prozesstadien der Provokativen Therapie feststecken, Farrellys Einfluss nicht direkt feststellen können. Am deutlichsten wird dies im Vergleich des Jugendlichen B mit Herrn E: Der Jugendliche B schätzte sowohl die therapeutische Beziehung als auch die restlichen schulenübergreifenden Wirkfaktoren sehr positiv ein. Er führte seine Symptomverbesserung und Verbesserungen hinsichtlich der Therapieziele auf Farrellys Interventionen zurück. Es kann dementsprechend davon ausgegangen werden, dass er innerhalb der Therapiesitzungen zumindest Stadium 3 erreicht hat. Im Gegensatz hierzu sagt Herr E klar, dass er Farrellys Interventionen als nicht hilfreich eingestuft hätte, hätte er diese nicht mit seinem provokativen Therapeuten intensiv weiter bearbeitet. Er empfand die Therapiesitzungen und die Beziehung als äusserst negativ und auch die restlichen Faktoren der Ressourcenaktivierung schätzte er negativ ein. Er verliess den Workshop auch klar im ersten, möglicherweise im zweiten Stadium. Hätte man ihn dementsprechend nach dem Workshop zum Thema Problembewältigung und motivationale Klärung befragt, wäre das Resultat wohl sehr negativ ausgefallen. Erst durch die Nachbereitung mit seinem provokativ arbeitenden Therapeuten konnte er diese Faktoren im Nachhinein positiv einschätzen.

Auch diese Feststellung kann ein Hinweis auf die oben aufgeführte Hypothese sein: Um das volle Potenzial der Provokativen Interventionen ausschöpfen zu können, muss sichergestellt werden, dass die Klientinnen und Klienten die ersten zwei Stadien überwinden, damit einerseits die Therapiebeziehung positiv erlebt werden kann und andererseits die Problemaktualisierung zur Problembewältigung führt. Ein weiterer Erfolgsfaktor hierfür könnte das Nutzen der Workshopaufzeichnungen nach den Therapiesitzungen sein: Zwei der drei Probanden, die Farrellys Interventionen wirkungsvoll fanden, setzten sich nach dem Workshop wiederholt mit den Aufzeichnungen auseinander.

Im Gegensatz zu Grawes Forschung sind bei Farrelly aufgrund der Aussagen der hier befragten Stichprobe nicht alle vier Wirkfaktoren relevant. Vor allem bei der *Ressourcenaktivierung*, müsste

herausgefunden werden, ob das ein zufälliges Ergebnis ist, oder ob die Provokative Therapie trotz oder gerade wegen der geringen Berücksichtigung dieses Faktors erfolgreich ist.

Hinsichtlich der schulenspezifischen Wirkfaktoren kann gesagt werden, dass die Mehrheit der Klientinnen und Klienten den Humor als hilfreich erachteten. Hier wurde vor allem betont, dass der Humor ihnen zum einen dabei geholfen hat, über negative oder traumatische Erlebnisse aus ihrer Vergangenheit zu berichten und zum anderen, sich in der Therapie zu engagieren und auf die therapeutische Beziehung einzulassen.

### ***9.3. Hypothesenprüfung und neugenerierte Hypothesen***

Die Hypothese, dass Frank Farrellys Interventionen sich positiv auf den Therapieerfolg der untersuchten Klientinnen und Klientinnen auswirkt, kann bezogen auf die Stichprobe als angenommen gelten, da drei der fünf befragten Personen dies bejahen. Aufgrund der kleinen Stichprobe können die Ergebnisse jedoch nur als Tendenz gesehen werden und sollten mit einer grösseren Stichprobe geprüft werden. Neben der Überprüfung der spezifischen Wirksamkeit der Provokativen Therapie sollten hierbei insbesondere die folgenden neuen Hypothesen berücksichtigt werden:

Damit die von Frank Farrelly durchgeführte Provokative Therapie wirkungsvoll ist,

1. müssen Farrellys Interventionen nach dem Workshop weiterbearbeitet werden, z.B. durch Durcharbeitung der Aufzeichnungen im Rahmen einer langfristigen provokativen Therapie.
2. müssen die Klientinnen und Klienten mindestens Stadium 3 erreicht haben, sodass sie die therapeutische Beziehung positiv erleben und die in der Therapie aktualisierten Probleme in eine Problembewältigung überführen können.

Bei der Überprüfung der spezifischen Wirksamkeit der Provokativen Therapie ist es darüber hinaus wichtig, die Wirksamkeit in einer grossen Stichprobe auch im Vergleich mit anderen Therapien und mit unterschiedlichen Therapeuten zu überprüfen, um sicherzustellen, dass es sich bei dem gefundenen Zusammenhang nicht um ein zufälliges und nicht signifikantes Ergebnis handelt.

### ***9.4. Methodenkritik***

Um die Wirksamkeit der Provokativen Therapie explorieren zu können, erwies sich der gewählte Methodenansatz als sehr hilfreich, da hierdurch eine grosse Offenheit zur Beantwortung der gewählten Fragen bei den Probandinnen und Probanden erreicht werden konnte. Dieses ermöglichte es, die Erlebniswelt der Teilnehmenden zu ergründen und Wirkzusammenhänge aufzuspüren. Die Kombination von strukturierten qualitativen und quantitativen Fragen, stellte sich als sinnvoll insbesondere für den Vergleich zwischen den Einzelfällen heraus. Darüber hinaus war die Verwendung eines aus einem standardisierten Instrument abgeleiteten Fragebogens nützlich, um die

Ergebnisse der Arbeit in einen adäquaten theoretischen Rahmen stellen zu können, d.h. die Wirksamkeit der Provokativen Therapie an allgemein anerkannten Wirkfaktoren messen zu können. Die Nutzung von Einschätzungen von Dritten (= Beobachtende) erwies sich vor allem für die Fallanalysen als wertvolles zusätzliches Validierungsinstrument.

Die Untersuchung unterliegt auch einigen methodischen und inhaltlichen Einschränkungen.

Erstens handelt es sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine qualitative Befragung einer kleinen Stichprobe, die Farrellys provokative Interventionen in einem spezifischen Setting erlebte. Zweitens wurde diese Stichprobe im Nachhinein zur Wirkung dieser Interventionen befragt, die teilweise bis zu fünf Jahren zurücklagen. Klientinnen und Klienten können durch Wahrnehmungs- und Gedächtniseffekte über die Zeit beeinflusst worden sein. Drittens wurde die Provokative Therapie anhand ausschliesslich eines Therapeuten beurteilt, so dass keine generelle Aussage über die Provokative Therapie im Allgemeinen gemacht werden kann, sondern lediglich über Farrelly als Therapeut.

Gleichzeitig gestaltete sich die Durchführung der Untersuchung sehr aufwändig: Um die Interviews durchführen zu können, reiste die Untersuchungsleiterin sowohl nach Nord-, Süd und Westdeutschland, vorgängig wurden rund 25 Stunden Filmmaterial gesichtet, es wurden fünf einstündige und sechs rund 90-minütige Interviews durchgeführt, welche wörtlich transkribiert wurden.

### ***9.5. Schlussfolgerung und Ausblick***

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung geben Hinweise auf die Wirkung der Provokativen Therapie und darauf, welche Wirkfaktoren zentral sind. Um jedoch vertieft auf die schulenspezifischen und –übergreifenden Wirkfaktoren eingehen zu können, könnten in einem weiteren Schritt Sequenzen der Workshop-Aufzeichnungen mit Klientinnen und Klienten angeschaut werden und einer Verhaltensanalyse unterzogen werden. Sie könnten gleichzeitig dazu befragt werden, wie sie sich bei jener Intervention gefühlt und was sie dabei gedacht haben. Als Alternative hierzu könnten zukünftige Klientinnen und Klienten vor und nach dem Workshop sowie heute Fragebögen ausfüllen, die etwas zu ihrem Wohlbefinden oder zu ihren symptomspezifischen Veränderungen aussagen (z.B. SCL 90, vgl. Kapitel 3.1). Fragebögen könnten auch zu schulenspezifischen Wirkfaktoren eingesetzt werden, z.B. mittels Beantwortung des PStB (vgl. Kapitel 6.3.2) nach jeder Sitzung.

Um Aussagen über die Wirksamkeit der Provokativen Therapie allgemein machen zu können, sollten aufgrund dieser kleinen Stichprobe und des spezifischen Settings, die Hypothese mit einer grösseren Stichprobe geprüft werden. Hierbei sollte berücksichtigt werden, dass nicht nur Klientinnen und Klienten von Farrelly, sondern auch solche von weiteren provokativ Therapierenden, die Therapiesitzungen in einem „normalen“ Setting durchführen, befragt werden.

## **10. Abstract**

Die vorliegende qualitative Arbeit untersucht mittels problemzentrierter Interviews die Frage der Wirksamkeit der Provokativen Therapie anhand einer kleinen Stichprobe von Frank Farrellys Klientel, die jeweils an einem fünftägigen therapeutischen Workshop mit ihm teilgenommen haben. Hierbei wurde zum einen der Frage nachgegangen, wie die Klientinnen und Klienten im Nachhinein den Therapieerfolg einschätzen. Zum anderen wurde untersucht, in welchem Ausmass die einzelnen Wirkfaktoren den Therapieerfolg beeinflusst haben. Die Hypothese, dass die Therapiesitzungen eine positive Wirkung hatten, kann für die Mehrheit der Fälle angenommen werden. In der qualitativ orientierten fallanalytischen Auswertung wird klar, dass die Ergebnisse sehr unterschiedlich sind. Sie reichen von der Interviewverweigerung nach anfänglicher Zusage, bis hin zu einer starken Symptom- und Verhaltensverbesserung hinsichtlich der Therapieziele, die der Klient fast gänzlich auf die Interventionen zurückführt. Grundsätzlich konnte bei allen Probanden nach dem Workshop eine Symptomverbesserung festgestellt werden. Die drei Klientinnen und Klienten, die einen Zusammenhang zwischen Farrellys Interventionen und ihrem Therapieerfolg sehen, konnten die Erlebnisse des Workshops in ihren weiteren Alltag überführen, z.B. durch eine weiterführende Provokative Therapie. Nach aktuellem Forschungsstand ist der wichtigste Wirkfaktor der Psychotherapie die „therapeutische Beziehung“. Interessant ist in der vorliegenden Untersuchung, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung sehr unterschiedlich und teilweise gegensätzlich wahrgenommen wurde. Demgegenüber wurde der Wirkfaktor „Problemaktualisierung“ durchgehend als sehr bedeutsam in diesem therapeutischen Setting wahrgenommen: Der Mehrheit gingen die Therapiesitzungen sehr nahe, und alle waren gefühlsmässig stark involviert. Aufgrund der kleinen Stichprobe können die Ergebnisse jedoch nur als Tendenz gesehen werden und sollten mit einer grösseren Stichprobe und mit einem Untersuchungsdesign, das eine bessere Kontrolle von möglichen intervenierenden und Störvariablen ermöglicht, überprüft werden.

## 11. Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing Inc.
- Bandler, R. (2001). *Neue Wege der Kurzzeit-Therapie*. Neurolinguistische Programme (13. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Braun, U. (2004). *Was ein Patientenstundenbogen erzählt*. Eine Studie zum Prädiktorwert von Post-Session-Stundenbogen für den Therapieerfolg. Unveröff. Dissertation, Universität Bern, Philosophisch-Historische Fakultät.
- De Shazer, S (2006). *Der Dreh*. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie (9. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.
- Deutsches Institut für Provokative Therapie (2008). *Was ist Provokative Therapie*. [Online]. Available: [http://www.provokativ.com/uberblick/was\\_ist\\_pt.html](http://www.provokativ.com/uberblick/was_ist_pt.html)
- Dillig, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2004). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (5. Aufl.). Bern: Huber.
- Dittmar, N. (2004). *Transkription*. Ein Leitfaden mit Aufgaben für Studenten, Forscher und Laien (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dudenredaktion (2006). *Duden 07*. Das Herkunftswörterbuch (4. Aufl.). Mannheim: Bibliographisches Institut.
- Erickson, M.H. & Rossi, E. (2004). *Hypnotherapie*. Aufbau, Beispiele, Forschungen (7. Aufl.) Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fähndrich, E. & Stieglitz, R.-D. (2006). *Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes*: Halbstrukturiertes Interview anhand des AMDP-Systems (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Farrelly, F. (2005). *Die Provokative Therapie* (DVD). Wiesbaden/München: Change Works/D.I.P.
- Farrelly, F. & Brandsma J. (1986). *Provocative Therapy* (8. Aufl.). Capitola: Meta.
- Flick, U. (2004). *Triangulation*. Eine Einführung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Franke, G.H. (2002). *Symptomcheckliste von L.R. Derogatis*. SCL-90-R. Göttingen: Beltz.
- Frankl, V.E. (2007). *Theorie und Therapie der Neurosen*. Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse (9. Aufl.). Stuttgart: UTB.
- Freud, A. (1984). *Das Ich und die Abwehrmechanismen* (13. Aufl.). Frankfurt: Fischer.

- Freud, S. (1992). *Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten*. Frankfurt: Fischer.
- Fry, W.F. & Salameh, W.A. (1993). *Advances in Humor and Psychotherapy*. Sarasota: Professional Resource Exchange.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. In: *Psychotherapeut*, 40 (130 – 145).
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2005a). Allgemeine Psychotherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.). *Praxis der Psychotherapie* (3. Aufl.) S. 120 - 132. Stuttgart: Thieme.
- Grawe, K. (2005b). Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden. *Report Psychologie*. 7/8. (311).
- Grawe, K. & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. In: *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 23 (4) (242 – 267).
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (2001). *Psychotherapie im Wandel*. Von der Konfession zur Profession, (5. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Häcker, H.O. & Stapf, K.-H. (2004). *Dorsch*. Psychologisches Wörterbuch (14. Aufl.). Göttingen: Hans Huber.
- Hain, P. (2001). *Das Geheimnis therapeutischer Wirkung*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Haken, H. & Schiepek, G. (2005). *Synergetik in der Psychologie*. Selbstorganisation verstehen und gestalten. Göttingen: Hogrefe.
- Höfner, E. & Schachtner, H.U. (2006). *Das wäre doch gelacht!* Humor und Provokation in der Therapie (5. Aufl.). Reineck bei Hamburg: Rohwohlt.
- Kets de Vries, M.F.R., Korotov, K. & Florent-Treacy, E. (2007). *Coach and Couch*. The Psychology Of Making Better Leaders. New York: Pelgrave Macmillan.
- Kutter, P. (2000). *Moderne Psychoanalyse*. Eine Einführung in die Psychologie unbewusster Prozesse (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lamnek, S. (1995). *Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken*. Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion.
- Lefrancois, G. R. (2006). *Psychologie des Lernens* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Lombardo, M.M. & Eichinger, R. (2004). *FYI For Your Improvement: A Guide For Development And Coaching* (4<sup>th</sup> ed.). Greensboro: Lominger Ltd. Inc.

- Martin, R.A. (2007). *The Psychology Of Humor. An Integrative Approach*. London: AP.
- Margraf, J. (2000). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Mayring, P. (1996). Exemplarische qualitative Ansätze und ihre Bedeutung für die Gesundheitsforschung. In Brähler, E. & Adler, C. (Hrsg.). *Quantitative Einzelfallanalysen und qualitative Verfahren*. S. 129 – 146. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (8. Aufl.). Weinheim: Studienverlag.
- Mertens, W. (2002). *Psychoanalyse* (6. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Merton, R.K. & Kendall, P.L. (1979). Das fokussierte Interview. In Hopf, C. & Weingarten, E. (Hrsg.). *Qualitative Sozialforschung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Hubble, M.A. & Trunk, C. (2000). *Jenseits von Babel. Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Moser, H. (2003). *Instrumentenkoffer für die Praxisforschung*. Freiburg: Lambertus.
- Müsseler, J. (2002). *Allgemeine Psychologie*. Berlin: Spektrum.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H. & Willutzki, U. (2004). Fifty Years Of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In M.J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5<sup>th</sup> ed.) (pp. 307 – 390). New York: Wiley.
- Perls, F., Hefferline, R.F. & Goodman, P. (2007). *Gestalttherapie. Zur Praxis der Wiederbelebung des Selbst* (9. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Potter, S. (2005). How to start your Arse. In *New Therapist*. Indispensable survival guide for the thinking psychotherapist (May/June 2005).
- Provocative Therapy (2008). *What Is Provocative Therapy*. [Online]. Available: <http://www.provocativetherapy.com/whatis.html>
- Quitmann, H. (1996). *Humanistische Psychologie. Psychologie, Philosophie, Organisationsentwicklung* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Reimer, C. & Rüger, U. (2006). *Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Revenstorf, D. (1993). *Psychotherapeutische Verfahren – Band III. Humanistische Therapien* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.



- Robinson, V.M. (1995): *Humor In Nursing: A Hysterical Perspective*. In K. Buxman & A. Le Moine (Eds.) *Nursing Perspectives On Humor* (pp. 9 – 18). Staten Island: Power Publications.
- Rogers, C.R. (2003). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Client-Centered Therapy (16. Aufl.). Frankfurt am Main: Fischer.
- Rüger, B. (1998). Methodenkritische Prüfung des aktuellen Forschungsstands. In Fäh, M. & Fischer, G. (Hrsg.). *Sinn und Unsinn der Psychotherapieforschung*. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Schmidt-Traub, S. (2008). *Panikstörung und Agoraphobie*. Ein Therapiemanual (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schnell, H., Hill, P. B., & Esser, E. (2005). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München: Oldenbourg.
- Schwarz, G. (2007). *Führen mit Humor*. Ein gruppendynamisches Erfolgskonzept. Wiesbaden: Gabler.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L. & Cecchin, G. (2003). *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Konzepte der Humanwissenschaften (11. Aufl.), Stuttgart: Klett-Cotta.
- Senf, W. & Broda, M. (2005). *Praxis der Psychotherapie* (3. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Siegel, S.A. (2005). *Darf Pflege(n) Spass machen?* Humor im Pflege- und Gesundheitswesen: Bedeutung, Möglichkeiten und Grenzen eines aussergewöhnlichen Phänomens. Freiburg: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Stangier, U., Heidenreich, T. & Peitz, M. (2003). *Soziale Phobien*. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual. Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion.
- Strauss, B. & Wittmann, W.W. (2001). Psychotherapieforschung: Grundlagen und Ergebnisse. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.). *Praxis der Psychotherapie* (3. Aufl.). S. 772 - 793. Stuttgart: Thieme.
- Sulz, S.K.D., Brack, U. & Hippler, B. (1998). *Das Therapiebuch*. Kognitiv-Behaviorale Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie (2. Aufl.). München: CIP-Medien.
- Titze M., & Eschenröder Ch.T. (2004). *Therapeutischer Humor*. Grundlagen und Anwendungen (4. Aufl.). Frankfurt am Main: Fischer.
- Von Ameln, F., Gerstmann, R. & Kramer, J. (2004). *Psychodrama*. Heidelberg: Springer.
- Von Schlippe, A. (1995). *Familientherapie im Überblick*. Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten (9. Aufl.). Paderborn: Junfermann.

Von Schlippe, A. & Schweitzer, J. (1997). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung (3. Aufl.)*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Wartenweiler, F. (2003). *Provozieren erwünscht. Aber bitte mit Feingefühl*. Paderborn: Junfermann.

Watzlawick, P., Weakland, J.H. & Fisch, R. (2001). *Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels (6. Aufl.)*. Bern: Huber.

Wippich, J. & Derra-Wippich, I. (1996). *Lachen lernen. Einführung in die Provokative Therapie Frank Farrellys*. Paderborn: Junfermann.

## 12. Anhang

### 12.1. Anhang 1 – Fragebogen für Klientinnen und Klienten

Bitte bewerten Sie folgende Fragen

	-3	-2	-1	0	1	2	3
1. Fühlten Sie sich in der Beziehung zu Frank Farrelly (FF) wohl?	Überhaupt nicht	Nein	Eher nicht	Weder ja noch nein	Eher Ja	Ja	Ja, ganz genau
2. Hatten Sie in FFs Therapiesequenzen das Gefühl, dass Sie sich selbst und Ihre Probleme besser verstehen?	-3	-2	-1	0	1	2	3
3. Sind Sie in FFs Therapiesequenzen dem Kern Ihrer Probleme näher gekommen?	-3	-2	-1	0	1	2	3
4. Haben Sie das Gefühl, FFs Therapiesequenzen hätten Sie wirklich vorwärts gebracht?	-3	-2	-1	0	1	2	3
5. Hat Sie FF spüren lassen, wo Ihre Stärken liegen?	-3	-2	-1	0	1	2	3
6. Wurde Ihnen durch FFs Interventionen klarer, weshalb sie gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagieren?	-3	-2	-1	0	1	2	3
7. Hatten Sie das Gefühl, FF und Sie haben einander verstanden?	-3	-2	-1	0	1	2	3
8. Hatten Sie das Gefühl, FF hätte Ihren Gefühlen mehr Beachtung schenken sollen?	-3	-2	-1	0	1	2	3
9. Hatten Sie das Gefühl, FF sei wirklich an Ihrem Wohlergehen interessiert?	-3	-2	-1	0	1	2	3
10. Fühlten Sie sich durch FF darin unterstützt, wie Sie gerne sein möchten?	-3	-2	-1	0	1	2	3
11. Trauten Sie sich nach FFs Interventionen mehr zu, Ihre Probleme aus eigener Kraft zu lösen?	-3	-2	-1	0	1	2	3
12. Fanden Sie FFs Sichtweisen von Ihren Problemen zu einfach?	-3	-2	-1	0	1	2	3
13. Wussten Sie nach FFs Interventionen besser, was Sie wollen?	-3	-2	-1	0	1	2	3

	-3	-2	-1	0	1	2	3
14. Hatten Sie das Gefühl, FF dachte etwas anderes über Sie, als er tatsächlich sagte?	Überhaupt nicht	Nein	Eher nicht	Weder ja noch nein	Eher Ja	Ja	Ja, ganz genau
15. Waren Sie während den Therapiesequenzen gefühlsmässig stark beteiligt?	-3	-2	-1	0	1	2	3
16. Spürten Sie, dass FF Sie wertschätzt?	-3	-2	-1	0	1	2	3
17. Gingen die Therapiesequenzen Ihnen nahe?	-3	-2	-1	0	1	2	3
18. Fühlten Sie sich nach FFs Interventionen Situationen besser gewachsen, denen Sie sich vorher nicht gewachsen gefühlt hatten?	-3	-2	-1	0	1	2	3
19. Glauben Sie, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für Sie besser gewesen?	-3	-2	-1	0	1	2	3
20. Konnten Sie den Verlauf der Sitzung aktiv mitgestalten?	-3	-2	-1	0	1	2	3
21. Konnten Sie selbst entscheiden, was in der Therapie besprochen wurde?	-3	-2	-1	0	1	2	3
22. Liess Sie FF in der Therapie Ihren eigenen Weg gehen?	-3	-2	-1	0	1	2	3

## 12.2. Anhang 2 – Interviewleitfaden für Klientinnen und Klienten (Interview Typ 1)

### Einstieg

Persönliche Vorstellung  
 Ziel/Ablauf/Umfang erklären  
 Einverständnis für Ton-Aufnahme klären und Einverständniserklärung unterschreiben

### Thema 1: Symptomatik und Therapieverlauf

- Ich habe Ihre DVD vom Workshop (WS) gesehen; Sie waren ja wegen [PROBLEMBE-SCHREIBUNG] bei Frank Farrelly (FF).  
 - Wie sah Ihre Symptomatik vor dem WS aus?  
 - Wie sah Ihre Symptomatik nach dem WS aus?  
 - Wie sieht das heute aus?  
 (auf Ebene: Verhalten, Emotion, Gedanken und Körper)
- Waren Sie bereits vor dem WS in Therapie?  
 - Wie lange?  
 - War das das gleiche Problem, wie das, weshalb Sie zu FF gegangen sind?  
 - Wie lange waren Sie nach dem WS in Therapie?
- Wie würden Sie Ihre Symptomatik als Kurve über die Zeitdauer der Therapie einschätzen (inkl. WS) (s. Blatt 1)?
- Haben sich nach dem WS neue Symptome entwickelt (Symptomverschiebung)?  
 - Welche?  
 - Heute? Welche?

	-3	-2	-1	0	1	2	3
5. Wie viel denken Sie, haben FFs Interventionen zu den obengenannten Veränderungen beigetragen?	Überhaupt nichts						100%

- Ich möchte noch auf einige Punkte spezifisch eingehen: Wie würden Sie folgende Aussagen auf einer Skala von -3 bis +3 bewerten?  
 (jeweils vor, gleich nach dem WS und jetzt)

	-3	-2	-1	0	1	2	3
6.1. Ich kann mir selbst mit bedingungsloser Wertschätzung begegnen.	Überhaupt nicht	Nein	Eher nicht	Weder ja noch nein	Eher Ja	Ja	Ja, ganz genau
vor dem WS							
gleich nach dem WS							
heute							
6.2. Ich kann mich in zwischenmenschlichen Beziehungen und Erledigung von Aufgaben angemessen behaupten	Überhaupt nicht	Nein	Eher nicht	Weder ja noch nein	Eher Ja	Ja	Ja, ganz genau
vor dem WS							
gleich nach dem WS							
heute							
6.3. Ich kann mich angemessen verteidigen.	Überhaupt nicht	Nein	Eher nicht	Weder ja noch nein	Eher Ja	Ja	Ja, ganz genau
vor dem WS							
gleich nach dem WS							
heute							
6.4. Ich kann Personen und Situationen differenziert einschätzen und entsprechend differenziert reagieren.	Überhaupt nicht	Nein	Eher nicht	Weder ja noch nein	Eher Ja	Ja	Ja, ganz genau
vor dem WS							
gleich nach dem WS							
heute							
6.5. Ich kann mich auf Wagnisse in persönlichen Beziehungen einlassen, zu meinen Gefühlen stehen und diese auch äussern.	Überhaupt nicht	Nein	Eher nicht	Weder ja noch nein	Eher Ja	Ja	Ja, ganz genau
vor dem WS							
gleich nach dem WS							
heute							
7. Wie viel denken Sie, haben FFs Interventionen zu den obengenannten Veränderungen beigetragen?	Überhaupt nichts						100%

**Thema 2: Motivation und Wirksamkeit**

8. Was waren Ihre Beweggründe, am WS teilzunehmen?

9. Wie motiviert waren Sie, Ihr Problem zu lösen (vor dem WS)?	-3	-2	-1	0	1	2	3
	Überhaupt nicht						100%
10. Wie stark glaubten Sie dran, dass sich Ihr Problem verbessern würde? (vor dem WS)	-3	-2	-1	0	1	2	3
	Überhaupt nicht						100%

11. Sie haben vor unserem Gespräch diesen Fragebogen ausgefüllt. Hierzu möchte ich gerne einige Punkte vertiefen: (Bei jeder Frage: **Woran lag das?**)

11.1. Fühlten Sie sich in der Beziehung zu Frank Farrelly wohl?
11.2. Hatten Sie in FFs Therapiesequenzen das Gefühl, dass Sie sich selbst und Ihre Probleme besser verstehen?
11.3. Sind Sie in FFs Therapiesequenzen dem Kern ihrer Probleme näher gekommen?
11.4. Haben Sie das Gefühl, FFs Therapiesequenzen hätten Sie wirklich vorwärts gebracht?
11.5. Hat Sie FF spüren lassen, wo Ihre Stärken liegen?
11.6. Wurde Ihnen durch FFs Interventionen klarer, weshalb sie gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagieren?
11.7. Hatten Sie das Gefühl, FF und Sie haben einander verstanden?
11.8. Hatten Sie das Gefühl, FF hätte Ihren Gefühlen mehr Beachtung schenken sollen?
11.9. Hatten Sie das Gefühl, FF sei wirklich an Ihrem Wohlergehen interessiert?
11.10. Fühlten Sie sich durch FF darin unterstützt, wie Sie gerne sein möchten?
11.11. Trauten Sie sich nach FFs Interventionen mehr zu, ihre Probleme aus eigener Kraft zu lösen?
11.12. Fanden Sie FFs Sichtweisen von Ihren Problemen zu einfach?
11.13. Wussten Sie nach FFs Interventionen besser, was Sie wollen?
11.14. Hatten Sie das Gefühl, FF dachte etwas anderes über Sie, als er tatsächlich sagte?
11.15. Waren Sie während den Therapiesequenzen gefühlsmässig stark beteiligt?
11.16. Spürten Sie, dass FF Sie wertschätzt?
11.17. Gingen die Therapiesequenzen Ihnen nahe?
11.18. Fühlten Sie sich nach FFs Interventionen Situationen besser gewachsen, denen Sie sich vorher nicht gewachsen gefühlt hatten?
11.19. Glauben Sie, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für Sie besser gewesen?
11.20. Konnten Sie den Verlauf der Sitzung aktiv mitgestalten?
11.21. Konnten Sie selbst entscheiden, was in der Therapie besprochen wurde?
11.22. Liess Sie FF in der Therapie Ihren eigenen Weg gehen?

**Thema 3: Humor/Provokation als Intervention**

- 12. Ein Hauptthema in der PT ist Humor.
  - Inwiefern empfanden Sie den von FF eingebrachte Humor als hilfreich, in der Therapie weiterzukommen?
  - Inwiefern war es für Sie hinderlich?
- 13. Welche Rolle spielt Humor für Sie bei der Bewältigung von Problemen?
  - Inwiefern?
  - Hat sich nach FFs Intervention hier etwas für Sie verändert?
- 14. Wie würden Sie Ihren Humor bezeichnen?

**Thema 4: Abschluss/Abrundung & Allgemeine Faktoren**

- 15. Von all dem, was wir besprochen haben, was hat Ihnen im Rahmen des WS
  - am meisten gebracht?
  - am wenigsten gebracht?

16. Wie gut verstehen Sie Englisch?	-3	-2	-1	0	1	2	3
	Kein Wert						Mutterspr.
17. Wie gut sprechen Sie Englisch?	-3	-2	-1	0	1	2	3
	Kein Wert						Mutterspr.

- 18. Denken Sie, Ihre Englischkenntnisse hatten einen Einfluss auf die Beziehung zwischen Ihnen und FF und darauf, als wie wirksam Sie FFs Interventionen erachteten?
- 19. Denken Sie, die Anwesenheit des Publikums hatte einen Einfluss auf die Beziehung zwischen Ihnen und FF und darauf, als wie wirksam Sie FFs Interventionen erachteten?
- 20. Haben Sie sich die Aufzeichnungen wieder angesehen/angehört?

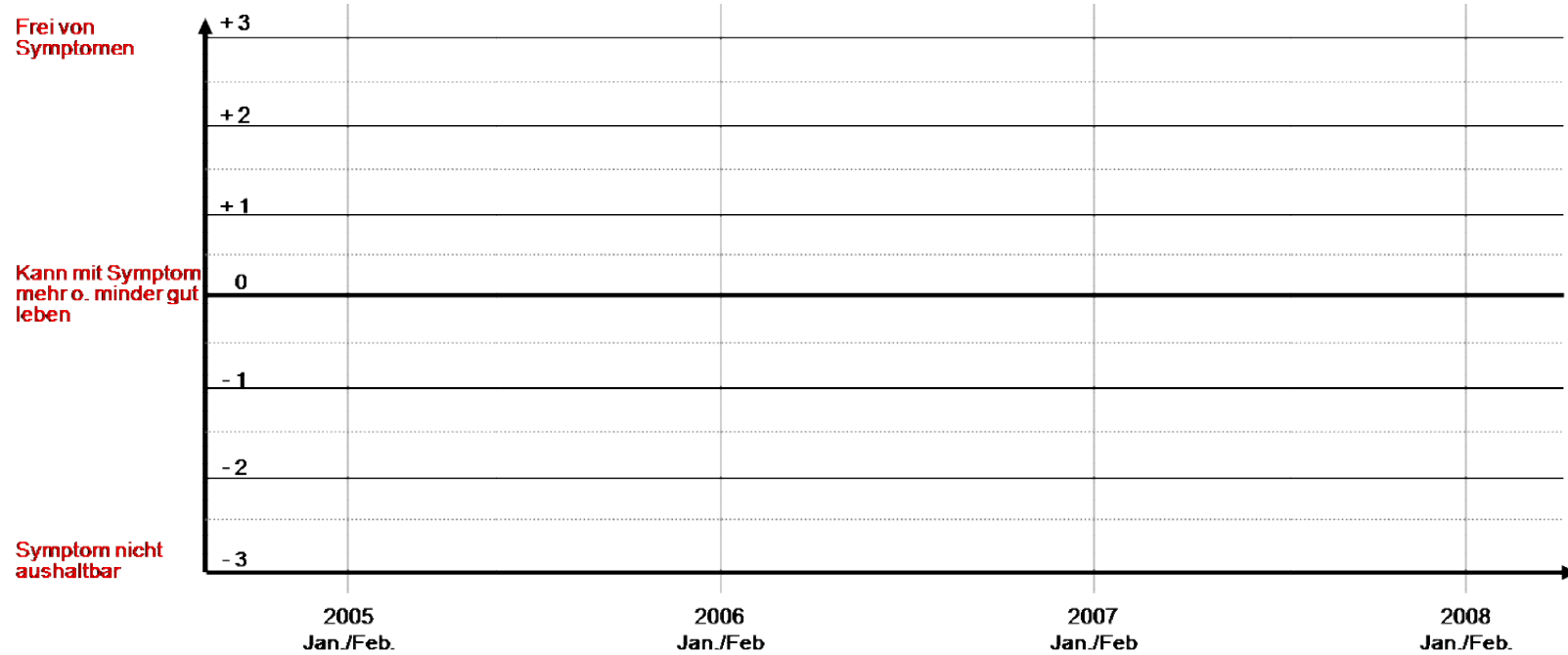
12.3. Anhang 3 – Vorlage für Symptomverlaufskurve

Blatt 1  
**Symptomverlauf**

[NAME KLIENT/IN]:  
[DATUM WORKSHOP]:

Bitte ergänzen Sie:  
-wichtige Lebensereignisse  
-Zeitpunkt Workshop  
-Therapiebeginn/-ende

08



## 12.4. Anhang 4 – Interviewleitfaden für Beobachtende (Interview Typ 2)

### Einstieg

Persönliche Vorstellung  
 Ziel/Ablauf/Umfang erklären  
 Einverständnis für Ton-Aufnahme klären und Einverständniserklärung unterschreiben

### Thema 1: Symptomatik und Therapieverlauf

- Von wann bis wann war [KLIENT/IN] bei Ihnen in Therapie?  
 - Welche Therapierichtung?
- Ich habe Ihre DVD vom Workshop (WS) gesehen. [KLIENT/IN] war ja wegen [PROBLEMBESCHREIBUNG] bei Frank Farrelly (FF).  
 - War [KLIENT] bezüglich des gleichen Problems bei Ihnen in Therapie?  
 - Wie sah die Symptomatik von [KLIENT/IN] vor dem WS aus?  
 - Wie sah die Symptomatik von [KLIENT/IN] nach dem WS aus?  
 - Wie sieht das heute aus?  
 (auf Ebene: Verhalten, Emotion, Gedanken und Körper)
- Haben sich nach dem WS neue Symptome entwickelt (Symptomverschiebung)?  
 - Welche?  
 - Heute? Welche?

4. Wie viel denken Sie, haben FFs Interventionen zu den obengenannten Veränderungen beigetragen?	-3	-2	-1	0	1	2	3
	Überhaupt nichts						100%

- Ich möchte noch auf einige Punkte spezifisch eingehen: Wie würden Sie folgende Aussagen auf einer Skala von -3 bis +3 bewerten? (jeweils vor, nach WS und jetzt) [KLIENT/IN]

	-3	-2	-1	0	1	2	3
5.1. kann sich selbst mit bedingungsloser Wertschätzung begegnen.	Überhaupt nicht	Nein	Eher nicht	Weder ja noch nein	Eher Ja	Ja	Ja, ganz genau
	vor dem WS gleich nach dem WS heute						
5.2. kann sich in zwischenmenschlichen Beziehungen und Erledigung von Aufgaben angemessen behaupten	Überhaupt nicht	Nein	Eher nicht	Weder ja noch nein	Eher Ja	Ja	Ja, ganz genau
	vor dem WS gleich nach dem WS heute						
5.3. kann sich angemessen verteidigen.	Überhaupt nicht	Nein	Eher nicht	Weder ja noch nein	Eher Ja	Ja	Ja, ganz genau
	vor dem WS gleich nach dem WS heute						
5.4. kann Personen und Situationen differenziert einschätzen und entsprechend differenziert reagieren.	Überhaupt nicht	Nein	Eher nicht	Weder ja noch nein	Eher Ja	Ja	Ja, ganz genau
	vor dem WS gleich nach dem WS heute						
5.5. kann sich auf Wagnisse in persönlichen Beziehungen einlassen, zu eigenen Gefühlen stehen und diese auch äussern.	Überhaupt nicht	Nein	Eher nicht	Weder ja noch nein	Eher Ja	Ja	Ja, ganz genau
	vor dem WS gleich nach dem WS heute						
6. Wie viel denken Sie, haben FFs Interventionen zu den obengenannten Veränderungen beigetragen?	-3	-2	-1	0	1	2	3
	Überhaupt nichts						100%

**Thema 2: Motivation und Zuversicht**

	-3	-2	-1	0	1	2	3
7. Wie motiviert denken Sie, war [KLIENT/IN], ihr Problem zu lösen (vor dem WS)?	Überhaupt nicht						100%
8. Wie stark denken Sie, glaubte [KLIENT/IN] dran, dass sich Ihr Problem verbessern würde? (vor dem WS)	Überhaupt nicht						100%

**Thema 3: Humor/Provokation als Intervention**

9. Was denken Sie, welche Rolle spielt Humor für [KLIENT] bei der Bewältigung seiner/ihrer Probleme?  
 Inwiefern?  
 Hat sich nach FFs Intervention hier etwas für [KLIENT/IN] verändert?
10. Wie würden Sie [KLIENT/IN]s Humor bezeichnen?

**Thema 4: Abschluss/Abrundung**

11. Von all dem, was wir besprochen haben, was denken Sie, hat [KLIENT/IN] im Rahmen des WS  
 - am meisten gebracht?  
 - am wenigsten gebracht?



## ***12.5. Anhang 5 – Einverständniserklärung***

Der/ die Unterzeichnende bestätigt, dass er/ sie darüber informiert wurde, dass die Daten der ausgefüllten Fragebögen und Interviews in einer Untersuchung zur Wirksamkeit von Provokativer Therapie verwendet werden. Diese Daten werden nach den Regeln des Datenschutzes vollständig anonymisiert ausgewertet. Diese Einverständniserklärung ist jederzeit widerrufbar.

Ort, Datum: .....

Name: .....

Unterschrift: .....

---

Bachelorarbeit von Miriam Schlüter, Sempacherstrasse 22, 8032 Zürich  
an der Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften;  
Departement Angewandte Psychologie



Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: