



74 Determinanten von Entscheidungen

Die Erkenntnisse gemäß den Ausführungen des Autors: In meinen beruflichen Aktivitäten als Psychoanalytiker und aufgrund meiner langjährigen Erfahrungen im therapeutischen Bereich konnte ich wiederholt beobachten, dass Patientinnen und Patienten mit ausgeprägtem Glauben eine verkürzte Therapiedauer aufwiesen, Medikamente besser tolerierten und eine erleichterte Genesung erfuhren.

1 Langjährige Erfahrungen im therapeutischen Bereich

Die gefestigte Überzeugung im Glauben schien einen bedeutenden Einfluss auf den positiveren Verlauf der Genesung, das tiefe Hoffen und das Vertrauen in die Heilung während schwieriger Zeiten zu haben. Zusätzlich zeigte sich eine zügigere Wiedereingliederung in den Alltag, wobei die PatientInnen Beziehungen neu aufbauten und sowohl ihr soziales als auch berufliches Umfeld schneller wieder stabilisierten. Ebenfalls habe ich PatientInnen erlebt, bei denen aufgrund ihres schwachen Glaubens eine komplexere Therapie ablaufen musste, die im Vergleich länger dauerte und komplizierter war. Basierend auf diesen Beobachtungen war es mir ein Anliegen, diese Effekte und Verbindungen sowohl theoretisch als auch empirisch zu erforschen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung bestätigen meine Annahme, dass die Aufarbeitung verdrängter Traumata zu einer harmonischeren Welt und einem besseren zwischenmenschlichen Miteinander führt (Andrawis A, 2018).

Der Schriftsteller widmet sich in seinem Forschungsprojekt den folgenden drei ausgewählten Krankheitsbildern, die in Kapitel 3 näher erläutert und in Kapitel 11 empirisch belegt werden, wie in der Doktorarbeit von Andrawis A (2018) beschrieben.

1.1 Diese Krankheitsbilder

- 1.) Generalisierte Angststörung F41.1 und der DSM-5 Code 300.82
- 2.) Persönlichkeitsstörung vom Borderliner-Typ F60.31 und der DSM-5 Code 301.83
- 3.) Somatoforme Störungen - Psychosomatische Störungen ICD-10 F. F45. und der DSM-5 Code 300.82, wie von Dilling et al. (2015) dargestellt.

1.2 Forschungslage

Diese Arbeit beschäftigt sich mit den folgenden Fragestellungen: Die Relevanz der Untersuchung des unterdrückten Unbewussten und dessen Einfluss auf die Förderung zwischenmenschlicher Beziehungen und deren Heilung, sowie die frühen Verdrängungen von Traumata als Auslöser für psychische Störungen. Mein Forschungsprojekt repräsentiert eine disziplinübergreifende Herangehensweise, die psychiatrische und psychoanalytische Methoden mit der christlichen Glaubensansicht vereint. Es wird erforscht, ob der Glaube im Christentum den Heilungsprozess beeinflusst. Die Häufigkeit von psychischen Störungen steigt aufgrund von unverarbeiteten Traumata an. Bemühungen, das Individuum besser zu verstehen und angemessene Therapieansätze zu entwickeln, sind von enormer Bedeutung. Dies gilt nicht nur für jeden einzelnen Patienten, sondern auch für seine zwischenmenschlichen Bindungen.

1.3 These und Zielsetzung der Arbeit

Die Ergebnisse dieser Forschung sollen insbesondere Eltern und Erziehern vermittelt werden, da sie für die Erziehung ihrer Kinder von entscheidender Wichtigkeit sind. Es wird erwartet, dass die positive Persönlichkeitsentwicklung und gesunde zwischenmenschliche Beziehungen dazu beitragen, unbewusste Traumata zu überwinden. Aus diesem Grund präsentiert meine Studie eine neue Strategie zur langfristigen Entlastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen einerseits sowie eine proaktive und präventive Gesundheitspolitik andererseits. Die vollständige Übernahme der Kosten für psychotherapeutische Behandlungen durch Krankenkassen würde einen bedeutenden Beitrag zur Gesundheit und Zufriedenheit der Bevölkerung leisten.

1.4 Forschungsmethodik

Die Arbeit ist in einen theoretischen und einen empirischen Teil gegliedert. Der theoretische Teil basiert auf Literaturrecherchen und anderen internationalen wissenschaftlichen Studien. Der empirische Teil analysiert die Ergebnisse einer Befragung mittels Fragebögen. Der Fragebogen befragt die Patienten sowohl zur Auswirkung der Psychoanalyse als auch zur christlichen Glaubenshaltung auf den Heilungsprozess. Die Daten wurden qualitativ und quantitativ ausgewertet. Die Auswahl der Methoden wird begründet, beschrieben und methodisch eingeordnet.

1.5 Ausblick

Welche präventiven Maßnahmen ergeben sich aus den Forschungsergebnissen? Die Ergebnisse zeigen, dass die Glaubenshaltung zusammen mit psychoanalytischen Methoden zu einer Verringerung der Medikamenteneinnahme geführt hat. Durch die Glaubensansicht hat sich auch die Behandlungsdauer bei generalisierter Angststörung verkürzt. Bei Borderline-Patienten führten Therapie und Glaube in kurzer Zeit zu verbesserter Arbeitsfähigkeit, sozialen Beziehungen und allgemeiner Stabilität. Frühzeitige Therapie konnte einen chronischen Krankheitsverlauf verhindern. Die Ergebnisse zeigen zudem, dass eine Mehrheit der Probanden die Übernahme der Therapiekosten durch Krankenkassen befürwortet. Gesundheitspolitisch betrachtet wäre eine umfassende Kostenübernahme ein wichtiger Beitrag zur Prävention von schwerwiegenden Folgeerscheinungen wie Arbeitsunfähigkeit.

1.6 Die Rolle von Psychoanalyse und christlichem Glauben im Heilungsprozess

Es hat sich gezeigt, dass der christliche Glaube eine bedeutsame Rolle im Heilungsprozess einnimmt. Er unterstützt die psychoanalytischen Ansätze und fördert einen effektiveren Heilungsverlauf. Dadurch verkürzen sich Krankheitsdauer und Therapiedauer. Die Glaubenshaltung hat eine äußerst positive Wirkung auf das Vertrauensverhältnis. Unterschiedliche Auffassungen werden aufgezeigt und es besteht die Notwendigkeit einer vertieften Erklärung über die Entstehung der drei ausgesuchten Erkrankungen. Besonders im Fokus steht dabei die Auswirkung der Überwindung von Traumata auf die Verbesserung

zwischenmenschlicher Beziehungen. Ein Bedarf an Maßnahmen zur Stärkung von Optimismus und positiven Erwartungen an den Krankheitsverlauf ist ersichtlich. Die Ergebnisse könnten dazu dienen, präventive Ansätze zu entwickeln, die möglicherweise von den Patienten befürwortet werden. Möglicherweise spielt auch der christliche Glaube in dieser Hinsicht eine Rolle. Die Analysen der verschiedenen Krankheitsbilder liefern Impulse für Anpassungen im Gesundheitssystem (Filipp & Aymanns, 2015).

1.7 Methodologie und Forschungspraxis

Die vorliegenden Daten wurden sowohl qualitativ als auch quantitativ analysiert. Die Auswahl dieser Methoden wird begründet, beschrieben und in ihrem methodischen Kontext dargestellt.

1.8 Qualitative Auswertung

Die Befragung der Patienten erfolgte anhand von Fragebögen, die sowohl offene als auch standardisierte Fragen enthielten. Die Auswertung erfolgte gemäß den Prinzipien der quantitativen Inhaltsanalyse, wie von Mayring (2010) beschrieben. Die Antworten der Probanden wurden zunächst paraphrasiert und verallgemeinert. Basierend auf diesen Ergebnissen wurde eine Klassifizierung vorgenommen. Die Zuordnung und Bewertung erfolgte in Abstimmung mit einem zweiten Prüfer, um eine umfassende Kategorisierung sicherzustellen.

1.9 Quantitative Auswertung

Um die Hypothesen und weitere explorative Analysen zu überprüfen, wurden Häufigkeitsanalysen durchgeführt und deskriptive Statistiken (Mittelwerte, Standardabweichungen) ermittelt, die grafisch visualisiert wurden. Die statistische Auswertung erfolgte unter Verwendung von IBM-SPSS® Version 23 für Windows sowie Excel.

1.10 Methodologische Positionierung

Für diese Studie wurde eine Kombination aus quantitativem und qualitativem Untersuchungsdesign gewählt, da einerseits Hypothesen vorlagen und andererseits ein

explorativer Zugang mittels offener Fragen als wesentlich erachtet wurde. Die quantitative Methode zielt hauptsächlich auf die Messbarkeit und Quantifizierung von Phänomenen ab, um allgemeingültige Aussagen zu ermöglichen (Flick, 2011). Die qualitative Methodik wurde gewählt, da die Studie auch neue Hypothesen und Forschungsansätze generieren soll (Flick, 2011, Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010).

1.11 Analyseverfahren

Die qualitative Inhaltsanalyse wird als Analyseprozess erläutert. Dabei wird die Besonderheit dieser Methode für die Ergebnisse dieser Arbeit begründet. Der Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse wird im Detail beschrieben und auf die Ergebnisse dieser Arbeit angewendet.

1.12 Qualitative Inhaltsanalyse

Die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) hat sich als konventionelle Herangehensweise etabliert. Diese Methode ist laut Flick (2011) besonders geeignet, um introspektive Perspektiven aus Interviews zu gewinnen. Der Ablauf zeichnet sich durch eine systematische und methodische Analyse aus, bei der von der Paraphrasierung über Generalisierung und Reduktion bis zur Klassifizierung vorgegangen wird. Die Interpretation erfolgt im Anschluss gemäß der Fragestellung (Mayring, 2010).

1.13 Hypothesen und Fragestellungen

Die folgenden Hypothesen können formuliert werden:

I. Im Hinblick auf den Heilungsprozess gibt es Unterschiede in den Einstellungen bezüglich der verschiedenen Krankheitsbilder. Aufgrund der rasch eintretenden und direkt erkennbaren Effekte naturbedingter und begleitender psychotherapeutischer Ansätze erwarten Patienten mit psychosomatischen Störungen eine schnellere Heilung im Vergleich zu anderen Therapieformen.

II. Es existieren verschiedene Ursachenzuschreibungen in Bezug auf die Krankheitsbilder. Insbesondere bei somatoformen Störungen besteht eine spezifische Wechselwirkung mit dem

sozialen Umfeld, die sich in Form von Stress äußert. Dies führt zu vielfältigen Zuschreibungen in diesem Bereich.

III. Bezüglich der verschiedenen Krankheitsbilder zeigen sich Divergenzen bei der Wahl der Therapieansätze. Es besteht der Verdacht, dass Patienten mit somatoformen Störungen vermehrt alternative Behandlungswege wie Ganzheitliche Medizin oder Naturmedizin präferieren. Diese Patienten sind überzeugt davon, dass ihre Leiden eine organische Ursache haben und negieren die zugrundeliegende psychische Komponente.

IV. Die Darstellung der Krankheitsbilder der Probanden variiert und verläuft ebenso unterschiedlich im Verlauf ihrer therapeutischen Prozesse, wobei die grundlegende Haltung ähnlich positiv ist.

V. Patienten mit somatoformen Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Typ und generalisierter Angststörung wählen ähnlich Therapieformen, indem sie sich für Psychotherapie entscheiden. Sie sind kritisch gegenüber medikamentösen Behandlungen aufgrund möglicher Nebenwirkungen und Abhängigkeitsängsten.

VI. In Bezug auf die Therapietreue (Compliance) lassen sich grundsätzliche Unterschiede zwischen verschiedenen Krankheitsbildern feststellen. Wenn akuter Leidensdruck besteht und eine direkte Verbesserung durch Antidepressiva spürbar ist, zeigt sich die Wirkung der Medikamente in der Regel zwei bis vier Wochen nach der ersten Einnahme. Daher wird erwartet, dass die Therapietreue in allen Krankheitsbildern hoch ist.

VII. Es ist anzunehmen, dass es Differenzen in Bezug auf die Qualität und Art der Selbstheilungskräfte, die Intensität der Spiritualität und den Glauben an die Selbstüberzeugung der Probanden gibt. Zum Zeitpunkt der Befragung sowie der Erläuterung von Medikamenten und anderen Therapieformen war die Überzeugung, dass die Selbstheilungskräfte bei den meisten Probanden zunächst ähnlich waren. Erst danach zeigte sich eine Abweichung zwischen dem christlichen Glauben und der Spiritualität.

VIII. In Bezug auf den Neuigkeitswert der Therapieergebnisse und die jeweiligen Krankheitsbilder ergeben sich Unterschiede. Patienten mit somatoformen Störungen haben geringe Erfahrungen mit Antidepressiva, da sie davon überzeugt sind, dass ihre Beschwerden rein körperlich bedingt sind. Überraschenderweise zeigte sich durch Psychotherapie eine positive Genesung. Auch Patienten mit generalisierter Angststörung und Borderline-Typ reagierten positiv auf die Therapie.

2 Auswahl und Durchführung der Stichprobe

Die Befragungen wurden über Online-Fragebögen durchgeführt, wobei keine direkte therapeutische Beziehung zu den PatientInnen bestand. Insgesamt nahmen 105 Personen an der Studie teil. Sie verteilten sich auf drei unterschiedliche Krankheitsbilder, nämlich generalisierte Angststörung (F41.1), Persönlichkeitsstörung Borderline-Typ (F60.31) sowie somatoforme und psychosomatische Störung (F45.40), wie von Dilling et al. (2011) beschrieben.

2.1 Fragebogen

Ein eigener Online-Fragebogen wurde auf Basis einer Literaturrecherche von Strobach (2001) entwickelt und um relevante Fragen ergänzt. Der Fragebogen wurde anschließend von Prof. DDr. Peter Linnert überarbeitet und freigegeben. Dabei wurde darauf geachtet, dass die Bearbeitung des Fragebogens etwa 10-15 Minuten in Anspruch nimmt. Besonderes Augenmerk lag auf der Integration offener qualitativer Fragen, insbesondere zur Rolle der Psychoanalyse und des christlichen Glaubens im Heilungsprozess. Die schriftlichen Antworten der Probanden wurden festgehalten, betrachtet und auf Einzel-Item-Ebene analysiert. Der Fragebogen ist im Anhang dieser Arbeit zu finden.

2.3 Die Forschungsfrage

Diese Arbeit setzt sich mit folgender Forschungsfrage auseinander: Welche Funktionen übernehmen die Psychoanalyse und die christliche Glaubenshaltung im Heilungsprozess? Hieraus ergeben sich weitere Fragestellungen, die das Grundgerüst der Forschungsfrage bilden:

- Welche Bedeutung hat die Überwindung frühkindlicher Verdrängungen durch Psychoanalyse, und welche Rolle spielt der christliche Glaube im Heilungsprozess?
- Wie lassen sich die Begriffe Verdrängung, Glaube und Heilung in Beziehung setzen?
- Warum beeinträchtigt das verdrängte Unbewusste zwischenmenschliche Beziehungen destruktiv und infantil?
- Welche Rolle spielen die Amygdala, die Psychoanalyse und der christliche Glaube in der Heilung und in zwischenmenschlichen Beziehungen?
- Welche vorbeugenden Maßnahmen ergeben sich aus den Ergebnissen der Forschungsfrage?

2.4 Beschreibung der Teilnehmergruppe

Insgesamt wurde der Online-Fragebogen 131-mal geöffnet. Bei 21 TeilnehmerInnen wurde die Umfrage vorzeitig abgebrochen, davon haben fünf Personen die Umfrage nach den ersten beiden Fragen beendet. Somit ergibt sich eine valide Teilnehmergruppe von N=105 Personen. Die Anzahl der Antworten pro Frage wird jeweils mit n angegeben.

Die Durchschnittsalter der PatientInnen beträgt 47 Jahre (Standardabweichung SD=15.42, Median Mdn=49 Jahre), wobei die jüngsten Teilnehmerinnen älter 21 Jahre beträgt und das älteste 82 Jahre (bei 3 Personen wurde das Alter nicht angegeben). Wie in Tabelle 1 dargestellt, befindet sich knapp die Hälfte der TeilnehmerInnen in einer Partnerschaft. Etwa ein Drittel der PatientInnen (32 %) befand sich zum Zeitpunkt der Erhebung in einer Beziehung.

2.5 Tabelle 1. Aktueller Beziehungsstand (n=101)

	Häufigkeit	Prozent
In einer Partnerschaft lebend	48	47.5
Getrennt	30	29.7
Geschieden	23	22.8

Krankheitsspezifische Details

3. Analyse der offenen Fragen

Gemäß der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) wurden die offenen Fragen aus dem Fragebogen bzw. dem Interviewleitfaden in Kategorien unterteilt. Die resultierenden Kategorien werden parallel zu den geschlossenen Fragen präsentiert und erörtert.

Im Durchschnitt gaben die Befragten an, vor mehr als zwei Jahren erstmals ihre Beschwerden bemerkt zu haben. Hinsichtlich der Art der Beschwerden gaben drei Viertel an, unter psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen zu leiden. Einzelne Personen erwähnten Neurodermitis und Schlafstörungen. Etwa die Hälfte der TeilnehmerInnen gab an, dass in ihrer Familie zumindest eine Person ähnliche psychische oder psychosomatische Symptome aufweist (siehe Tabelle 2).

3.1 Tabelle 2. Krankheitsspezifische Details

	Häufigkeit	Prozent
Zeitpunkt des Auftretens	102	
Vor 1 Jahr	19	47.5
Vor 2 Jahren	29	29.7
Vor mehreren Jahren	54	52.9
Art der Beschwerden	104	
Körperlich	14	13.5
Soziales Umfeld	9	8.7
Psychisch-psychosomatisch	78	75.0
Sonstiges	3	2.9
Vorkommen in der Familie	105	
Ja	52	49.5
Nein	32	30.5
Weiß nicht	21	20.0

Die meisten PatientInnen haben Hilfe in der Psychotherapie oder bei dem praktischen Arzt bzw. der Ärztin gesucht, gefolgt von dem Facharzt bzw. der Fachärztin (vgl. Abbildung 23).

3.2 Abbildung 23

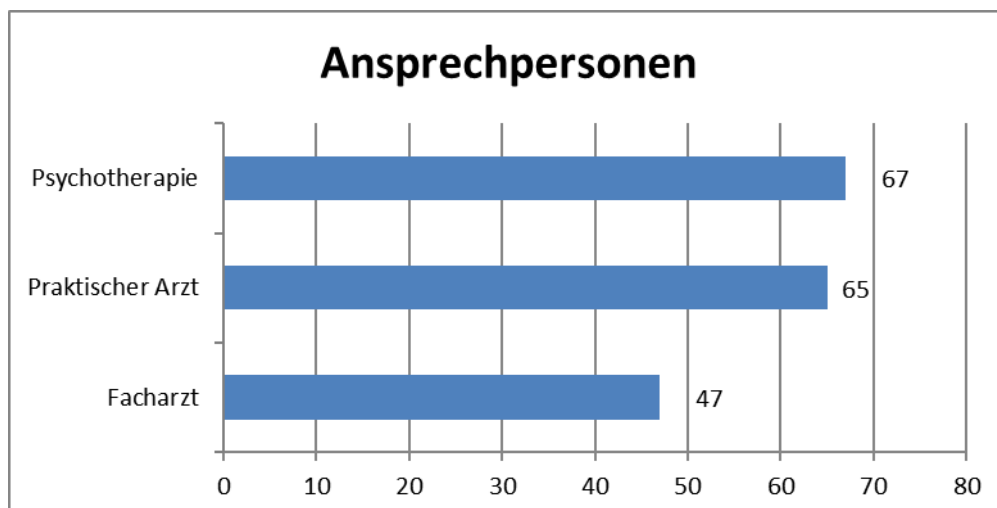


Abbildung 23. Ansprechpersonen (Mehrfachantworten, n=179, eigene Darstellung).

Die Mehrheit der PatientInnen führte als Erklärung für ihre Störung eine psychische Ursache an. Abgeschlagen folgen körperliche Gründe, während die am seltensten genannte Begründung das individuelle Verhalten ist (siehe Abbildung 24).

3.3 Abbildung 24

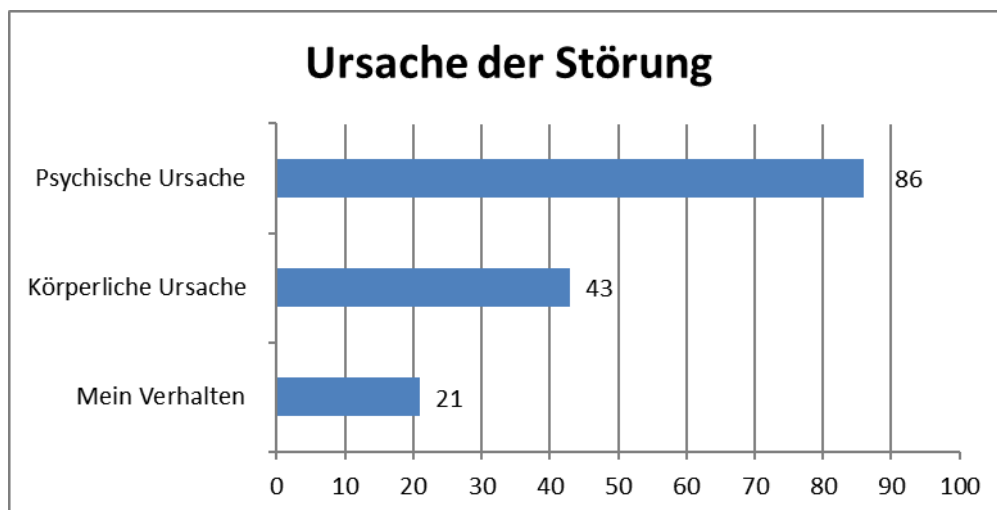


Abbildung 24: Gründe für die Störung (Mehrfachnennungen, n=150, von uns erstellt).

Von den insgesamt 150 Befragten gaben 69 TeilnehmerInnen an, dass sie keine Medikamente zur Linderung ihrer Beschwerden einnehmen. Im Gegensatz dazu verwenden 35 der Befragten derzeit Präparate gegen ihre Leiden (siehe Abbildung 3).

3.4 Abbildung 25

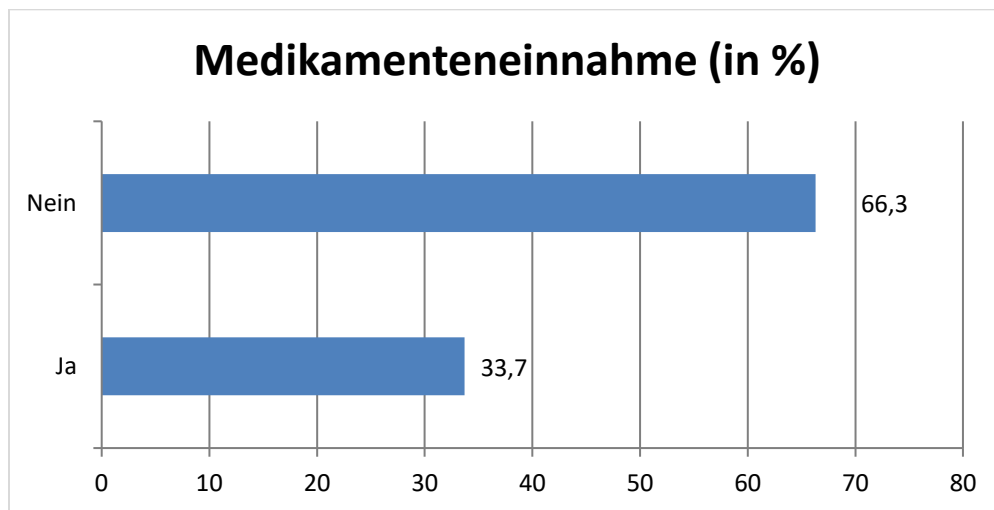


Abbildung 25: Gegenwärtige Verwendung von Medikamenten zur Behandlung von Beschwerden (n=104, von uns erstellt)

Über 75% der interviewten Individuen äußerten Optimismus und erwarten eine Besserung des Krankheitsverlaufs (siehe Abbildung 26).

3.5 Abbildung 26

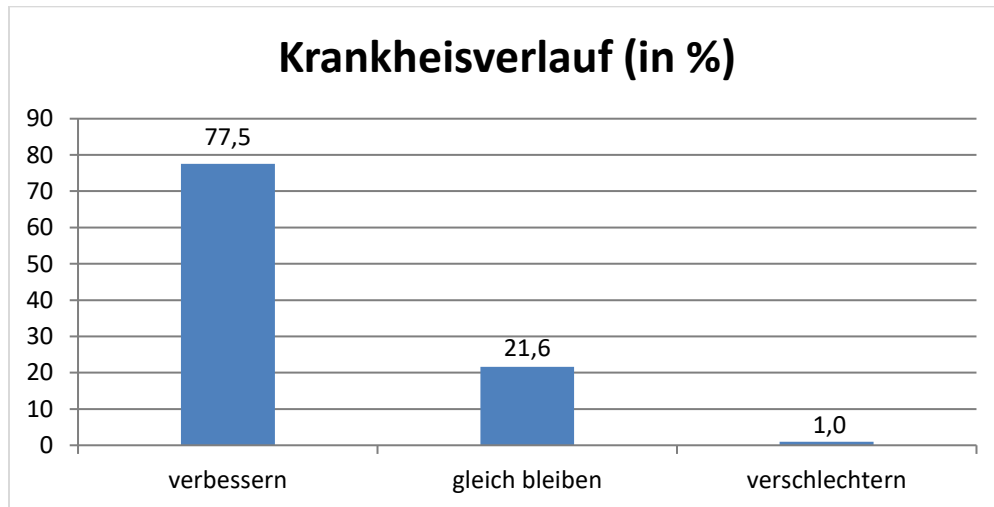


Abbildung 26: Antizipierter Verlauf der Erkrankung (n=102, von uns erstellt)

Durchschnittlich schätzen die Befragten die Bedeutung von Therapieoptionen im Hinblick auf ihre eigenen Beschwerden als äußerst signifikant ein. Etwas mehr als zwei Drittel der Teilnehmer (siehe Abbildung 5) tendieren in diese Richtung. Die Skala reichte von 1 („äußerst wichtig“) bis 4 („überhaupt nicht wichtig“), wobei der Durchschnittswert bei $M=1,37$ (Standardabweichung $SD=0,61$) liegt.

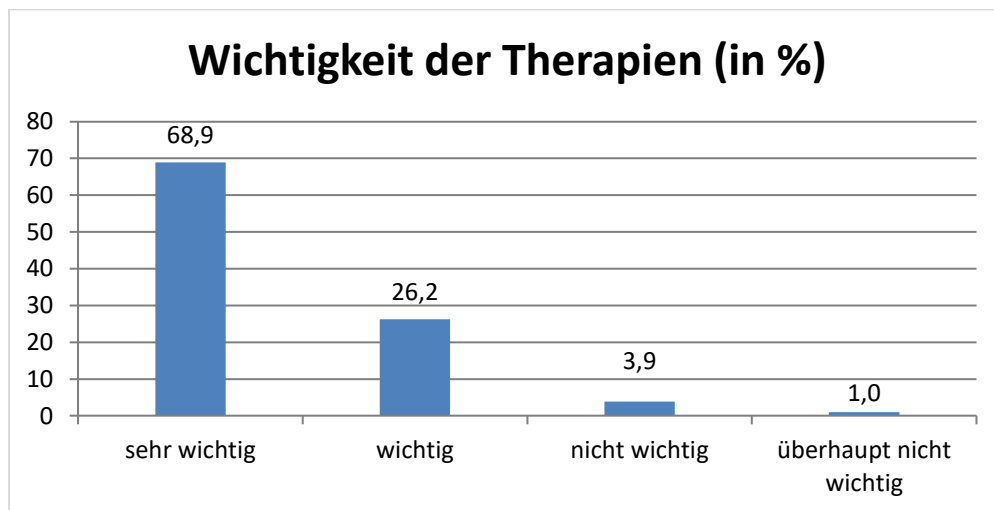


Abbildung 27: Relevanz der Behandlungsoptionen (n=103, von uns erstellt).

Von den Befragten betrachten 88 Personen Psychotherapie als diejenige Maßnahme, die ihnen am meisten zur Genesung verhelfen kann. Mit erheblichem Abstand dazu nannten 8 Personen keine spezifische Maßnahme, während 5 TeilnehmerInnen die Wirksamkeit von Psychopharmaka als hilfreiche Genesungsstrategie einschätzten (siehe Abbildung 28).

3.6 Abbildung 28

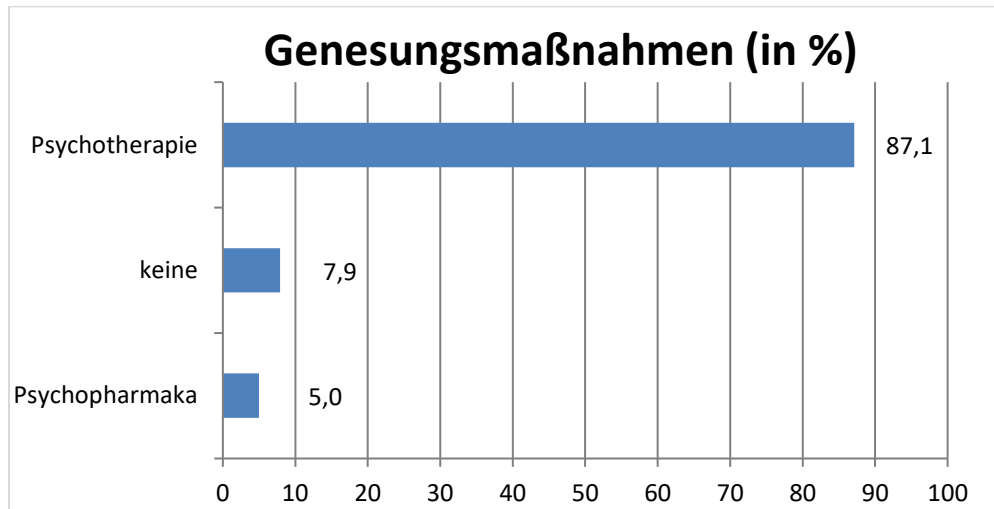


Abbildung 28: Effektive Genesungsstrategien (n=101, von uns erstellt)

Die Befragten bewerten im Durchschnitt die Effektivität von Psychopharmaka bei psychischen Erkrankungen positiv, was 38,8% der Befragten entspricht. Die Bewertung erfolgte auf einer Skala von 1 („sehr wirksam“) bis 4 („überhaupt nicht wirksam“), und der Durchschnittswert beträgt $M=2,41$ (Standardabweichung $SD=1,06$).

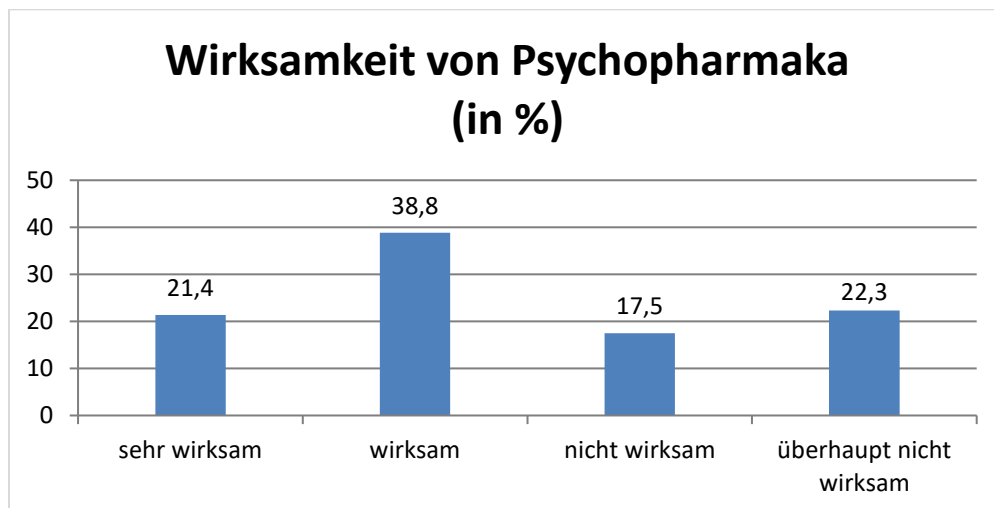


Abbildung 29: Effizienz von Psychopharmaka bei psychischen Erkrankungen (n=103, von uns erstellt)

Im Durchschnitt bewerten die Teilnehmenden die Wirkung von Psychopharmaka bei psychischen Erkrankungen. Dies entspricht 103 Personen. Die Bewertung erfolgte auf einer Skala von 1 („sehr wirksam“) bis 4 („überhaupt nicht wirksam“) und zeigte einen Durchschnittswert von $M=2,11$ (Standardabweichung $SD=0,87$).

Die Fähigkeit der TeilnehmerInnen, mit ihrer persönlichen Krankheit umzugehen, wird im Durchschnitt als zufriedenstellend betrachtet. Auffallend ist, dass kein einziger Teilnehmer bzw. keine Teilnehmerin angab, überhaupt nicht gut mit seiner/ihrer eigenen Krankheit umgehen zu können (siehe Abbildung 8). Die Bewertung erfolgte auf einer Skala von 1 („sehr gut“) bis 4 („überhaupt nicht gut“) und der Durchschnittswert liegt bei $M=2,11$ (Standardabweichung $SD=0,87$).

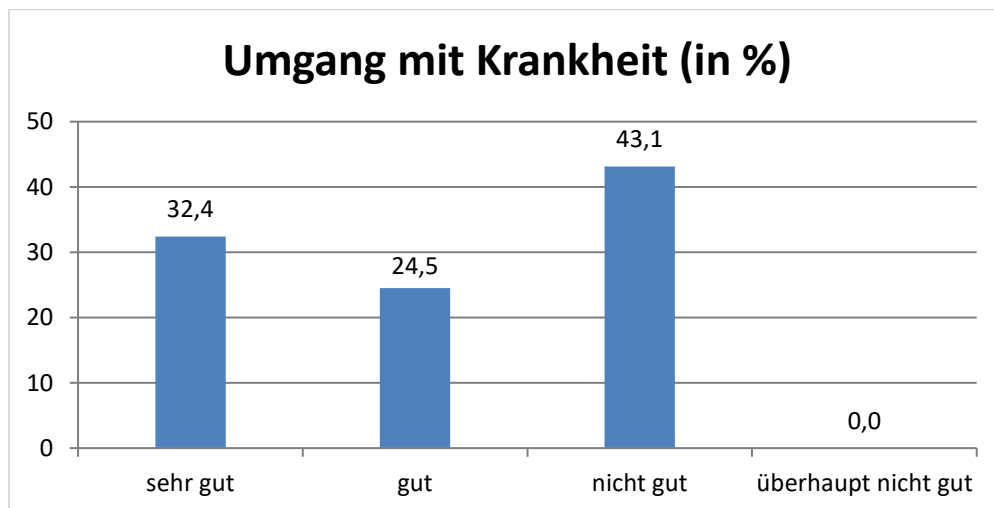


Abbildung 30: Individueller Umgang mit der gegenwärtigen Krankheit (n=102, von uns erstellt)

Bezüglich der offenen Frage zum aktuellen Gesundheitszustand (siehe Anhang 1, Frage 16) wurden insgesamt 105 Antworten erhalten. Diese decken eine Bandbreite von Zuständen ab, von sehr gutem Wohlbefinden über zufriedenstellende oder verbesserungsfähige Zustände bis hin zu schlechtem Gesundheitszustand mit aktuellen starken Beschwerden. Um die Informationsdichte zu reduzieren, erfolgte gemäß der Methodik von Mayring (2010) eine Kategorisierung (siehe auch Anhang 2, Auswertungstabelle Frage 16). Dieser Kategorisierungsprozess erfolgte in zwei Phasen, wie nachfolgend dargestellt. In der ersten Phase wurden 10 Kategorien erstellt. Anschließend wurden in einer zweiten Phase diese Kategorien zu 5 übergeordneten Kategorien zusammengeführt (siehe Tabelle 3).

3.7 Tabelle 3: Kategorisierung des gegenwärtigen Gesundheitszustands

Erster Schritt		Anzahl
A	sehr gut	5
B	gut	20
C	befriedigend	11
D	hat sich verbessert	17
E	gesund	4
F	stabil	6
G	beschwerdefrei	2
H	verbesserungswürdig	2
I	schlecht	2
J	akute Beschwerden	26

Zweiter Schritt		vorherige Kategorien
A	sehr gut bis gut	Kategorie A, B
B	hat sich verbessert	Kategorie D
C	gesund, stabil und beschwerdefrei	Kategorie E, F, G
D	befriedigend	Kategorie C
	Schlecht, akute Beschwerden und	Kategorie H, I, J
E	verbesserungswürdig	

3.1 Wahrnehmung von Psychotherapie und psychoanalytischer Behandlung

Im Kontext psychischer Störungen gaben 99 PatientInnen an, dass sie Psychotherapie und psychoanalytische Behandlung als nützlich empfinden. Lediglich eine einzelne Person erachtet diese Maßnahmen als nicht hilfreich (siehe Abbildung 31).

3.8 Abbildung 31

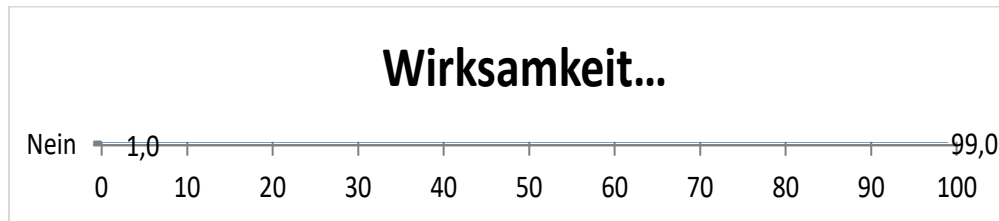


Abbildung 31: Effektivität von Psychotherapie und psychoanalytischer Behandlung bei psychischen Störungen (n=100, von uns erstellt)

Zusätzlich wurden die PatientInnen nach ihrer Meinung zur Übernahme der Kosten für Psychotherapie gefragt. Über 75% sprechen sich für eine vollständige Übernahme der Therapiekosten durch die Krankenkasse aus (siehe Abbildung 10).

3.9 Abbildung 10

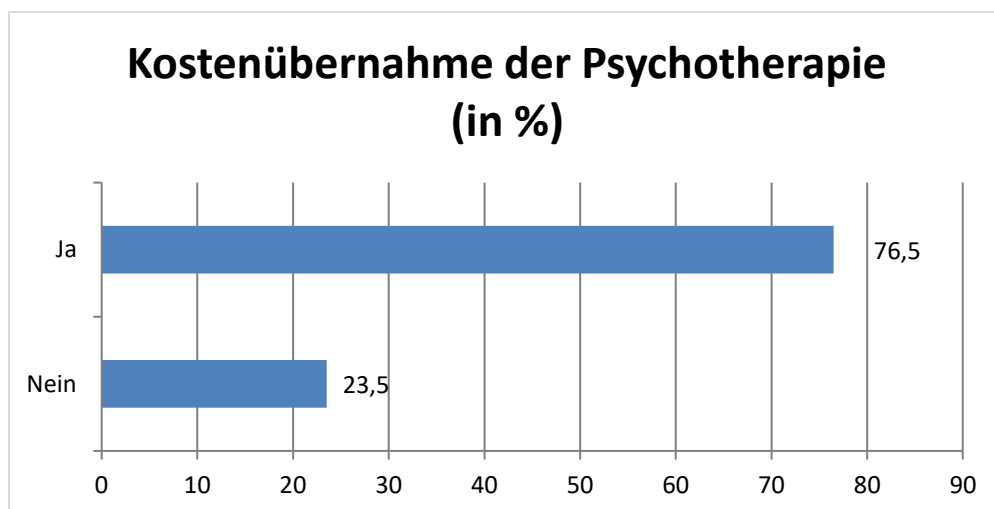


Abbildung 32: Übernahme der Kosten für Psychotherapie durch die Krankenkasse (n=98, von uns erstellt).

3.10 Bedeutung von Psychotherapien

Die Frage nach der Bedeutung von Psychotherapien (siehe Anhang 1, Frage 18) wurde von 100 PatientInnen beantwortet. Die Antworten reichten von "sehr hilfreich" und "sehr wichtig", über "geringe bis moderate Bedeutung" bis hin zu "keine Bedeutung". Um die Informationsfülle zu reduzieren, wurde eine Kategorisierung nach der Methode von Mayring (2010) durchgeführt (siehe auch Anhang 3, Auswertungstabelle Frage 18). Dieser Prozess erfolgte in zwei Schritten, wie im Folgenden beschrieben. Zunächst wurden 9 Kategorien gebildet, die in einem zweiten Schritt zu 4 übergeordneten Kategorien zusammengeführt wurden (siehe Tabelle 4). Die Mehrheit der Teilnehmer schätzte den Stellenwert der Psychotherapien als hoch bis sehr hoch ein.

3.11 Tabelle 4: Kategorisierung der Bedeutung von Psychotherapien

Erster Schritt		Anzahl
A	Hilfreich	1
B	hilfreich und hoher Stellenwert	2
C	mittlerer Stellenwert	6
D	unklar, kommt darauf an	3
E	hoher Stellenwert	23
	sehr hilfreich und sehr hoher	
F	Stellenwert	7
G	sehr hoher Stellenwert	39
H	hilfreich und hoher Stellenwert	5
I	keinen Stellenwert	2
Zweiter Schritt		vorherige Kategorien
	sehr hilfreich oder sehr hoher	
A	Stellenwert	Kategorie F, G, J, L
B	hilfreich oder hoher Stellenwert	Kategorie A, E, H
C	geringer bis mittlerer Stellenwert	Kategorie C, D, K
D	kein Stellenwert	Kategorie I

Spezifische Untersuchung der Fragestellungen

3.12 Glaube an eigene Selbstheilungskräfte

Etwas mehr als 80% der teilnehmenden PatientInnen geben an, dass sie an ihre eigenen Selbstheilungskräfte glauben (siehe Abbildung 11).

3.13 Abbildung 11

Abbildung 11

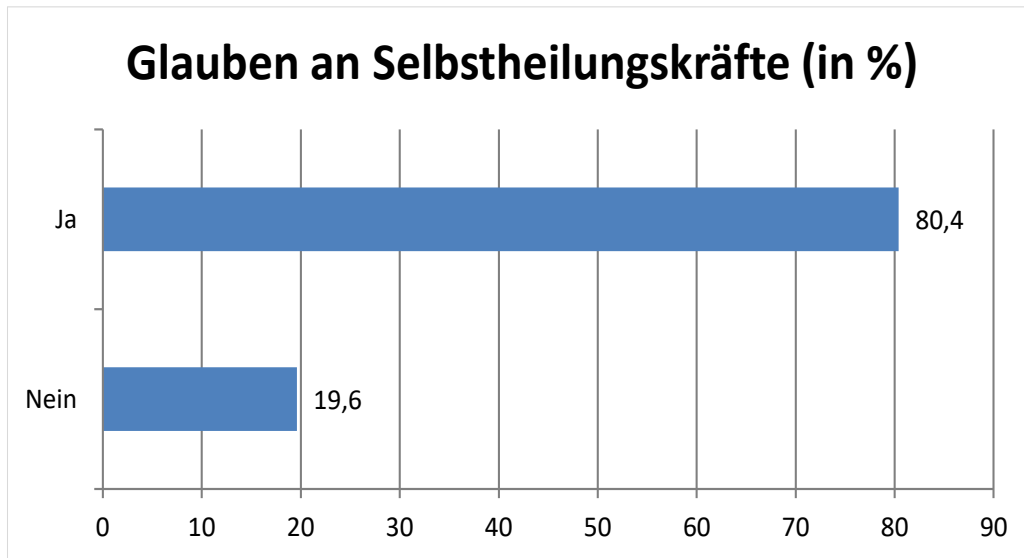


Abbildung 33: Glaube an die eigenen Selbstheilungskräfte (n=102, von uns erstellt)

3.14 Offene Frage

Die offene Frage nach der Bedeutung der Psychoanalyse und der christlichen Glaubenshaltung im Heilungsprozess (siehe Anhang 1, Frage 20) wurde von 95 PatientInnen beantwortet. Die Antworten reichten von "Der Glaube spielt eine (sehr) wichtige Rolle", "Die Psychoanalyse hat eine bedeutende Rolle", "Beide spielen eine (sehr) wichtige Rolle" bis hin zur Auffassung, dass der Glaube zur Psychoanalyse oder zu einem qualifizierten Therapeuten führt. Um die Informationsmenge zu reduzieren, wurde eine Kategorisierung nach der Methode von Mayring (2010) durchgeführt (siehe auch Anhang 4, Auswertungstabelle Frage 20). Dieser Prozess erfolgte in drei Schritten, wie im Folgenden beschrieben. Zunächst wurden 11 Kategorien erstellt, die in einem zweiten Schritt auf 7 Kategorien reduziert und schließlich in 4

übergeordnete Kategorien zusammengeführt wurden (siehe Tabelle 5). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass beiden Faktoren eine bedeutende Rolle zugeschrieben wird.

3.15 Tabelle 5

Tabelle 5. Kategorisierung der Rolle von Psychoanalyse und christlicher Glaubenshaltung auf den Heilungsprozess

Erster Schritt		Anzahl
A	Glaube spielt eine sehr große Rolle	5
B	Beide spielen eine sehr große Rolle	16
C	Glaube spielt eine große Rolle	13
D	Beide spielen eine große Rolle	16
E	Psychoanalyse spielt eine große Rolle	9
F	Beide spielen eine große Rolle in Kombination	8
	Glaube unterstützt, beide spielen eine große Rolle	
G	Beide spielen eine sehr große Rolle in Kombination	2
H	Glaube wird zu Psychoanalyse (gutem Therapeuten) führen	10
I	Glaube unterstützt, Psychoanalyse spielt eine große Rolle	4
J		9
		2
K	keinen Einfluss	

Zweiter Schritt	vorherige Kategorien
-----------------	----------------------

A Glaube spielt eine (sehr) große Rolle	Kategorie A, C
B Psychoanalyse spielt eine große Rolle	Kategorie E
C Beide spielen eine (sehr) große Rolle	Kategorie B, D, G
Beide spielen eine (sehr) große Rolle in	Kategorie F, H
D Kombination	
Glaube unterstützt, Psychoanalyse spielt eine	Kategorie J
E große Rolle	
Glaube führt zu Psychoanalyse (gutem	Kategorie I, L
F Therapeuten) führen	
G keinen Einfluss	Kategorie K

Dritter Schritt	vorherige Kategorien
-----------------	----------------------

A Glaube spielt eine (sehr) große Rolle	Kategorie A
B Psychoanalyse spielt eine große Rolle	Kategorie B, E
C Beide spielen eine (sehr) große Rolle	Kategorie C, D
Glaube führt zu Psychoanalyse (gutem	Kategorie F
D Therapeuten)	

Im Durchschnitt gaben die Teilnehmer an, dass sie davon überzeugt sind, dass ihre persönlichen Glaubenserfahrungen einen Einfluss auf den Heilungsprozess haben. In Bezug auf mögliche Unterschiede zwischen institutionellem Glauben und persönlichem Glauben stimmten 85,1 % dieser Vorstellung zu. Etwa jede/r Sechste gab an, keinen Beitrag des Glaubens zur Genesung

wahrzunehmen. Dennoch bestätigten 84 % der Befragten diesen Zusammenhang (siehe Tabelle 6).

3.16 Tabelle 6: Relevante Aspekte des Glaubens

	Häufigkeit	Prozent
Glaubenserfahrungseinfluss auf Heilung	99	
Ja	91	91.9
Nein	8	8.1
Unterschied Institution und Glaube	101	
Ja	86	85.1
Nein	15	14.9
Beitrag des Glaubens zur Genesung	100	
Ja	84	84.0
Nein	16	16.0

3.4 Die Analyse der offenen Frage bezüglich des Einflusses des Glaubens auf die Genesung

Gemäß Anhang 1, Frage 24, wurde diese Frage von 80 PatientInnen beantwortet. Die Antworten decken ein breites Spektrum ab, von Selbstbestimmung und Selbstheilung über den Glauben an Heilung bis hin zu seelischem und körperlichem Gleichgewicht. Ebenso wurden der Glaube als Ort der Zuflucht, der Hoffnung und der Zuversicht genannt. Um den Informationsgehalt präzise zu strukturieren, wurde eine Kategorisierung nach der Methode von Mayring (2010) durchgeführt (vgl. Anhang 5 Auswertungstabelle Frage 24). Der Kategorisierungsprozess fand in zwei Schritten statt, die wie folgt beschrieben werden können: Zunächst wurden 7 Kategorien erstellt, welche anschließend in einem zweiten Schritt zu 4 übergeordneten Kategorien zusammengeführt wurden (vgl. Tabelle 7). Die Analyse zeigt, dass der Glaube einen bedeutenden Beitrag zur Genesung leistet und von einem Großteil der PatientInnen als maßgeblich für den Heilungsprozess und die Genesung betrachtet wird. b

3.17 Tabelle 7: Kategorisierung des Einflusses des Glaubens auf die Genesung

Erster Schritt		Anzahl
	Durch Selbstbestimmtheit und	
A	Selbstheilung	5
B	Durch Glaube an Heilung	37
	Durch seelisches Gleichgewicht	
C	(Friede, innere Stimme, Sicherheit)	8
	Durch überzeugten Glauben an	
D	Heilung	13
	Durch Glaube als Zuflucht, Hoffnung	
E	und Zuversicht	6
	Durch Glaube an Heilung und	
F	Therapien	10
	Durch seelisches und körperliches	
G	Gleichgewicht	1
Zweiter Schritt		vorherige Kategorien
	Durch Selbstbestimmtheit und	Kategorie A
A	Selbstheilung	
	Durch (überzeugten) Glauben an	Kategorie B, D, F
B	Heilung	
	Durch seelisches und körperliches	Kategorie C, G
	Gleichgewicht (Friede, innere Stimme,	
C	Sicherheit)	
	Durch Glaube als Zuflucht, Hoffnung	Kategorie E
D	und Zuversicht	

3.18 Zwischenmenschliche Beziehungen nach Überwindung von Traumata

Die Befragung gemäß Anhang 1, Frage 25, wurde von insgesamt 105 Personen beantwortet. Die überwiegend positiven Rückmeldungen spiegeln eine Vielzahl von Verbesserungen in den zwischenmenschlichen Beziehungen wider. Diese reichen von allgemeiner Besserung bis hin zu gesteigerter Kommunikation und positiveren Interaktionen untereinander. Ebenfalls wurde betont, dass die Überwindung von Traumata einen Neuanfang ohne Belastungen ermöglicht. Um die Informationen klarer zu strukturieren, wurde eine Kategorisierung nach der Methode von Mayring (2010) durchgeführt (vgl. Anhang 6 Auswertungstabelle Frage 25). Der Kategorisierungsprozess erfolgte in zwei Schritten, welche folgendermaßen beschrieben werden können: Zuerst wurden 14 Kategorien erstellt, aus denen in einem zweiten Schritt 8 übergeordnete Kategorien abgeleitet wurden (vgl. Tabelle 8).

3.19 Tabelle 8: Verbesserungen in den zwischenmenschlichen Beziehungen nach Überwindung von Traumata

1. Schritt	Anzahl
verbesserte Kommunikation	5
harmonisch(er)	7
Unbelastet	8
Offener	2
friedliches Miteinander	22
Glücklicher	4
sehr gut	1
Neuanfang möglich	5
respektvoll(er)	0
liebevoll(er)	3
Unverändert	2
nicht beantwortbar	8
besser als zuvor	10
verständnisvoll(er)	4
2. Schritt	vorherige Kategorien
sehr gut bzw. besser als zuvor	Kategorie G, M
friedliches und harmonisches Miteinander	Kategorie B, E
unbelastet, Neuanfang möglich	Kategorie C, H
verbesserte und offenere Kommunikation	Kategorie A, D
glücklicher, liebevoll(er)	Kategorie F, J
respektvoll(er), verständnisvoll(er)	Kategorie I, N
unverändert, nicht beantwortbar	Kategorie K, L

a

3.20 Antwort auf die Forschungsfrage

Die vorliegende Studie hat aufgezeigt, dass die christliche Glaubenshaltung einen erheblichen Einfluss auf den Heilungsprozess ausübt. Dieser Glaube unterstützt die psychoanalytischen Verfahren und trägt zu einem verbesserten Verlauf der Genesung bei. Infolgedessen wurden auch eine höhere Anzahl von Therapiesitzungen, eine verkürzte Krankheitsdauer und eine kürzere Therapiedauer erreicht. Die Glaubenshaltung hat eine äußerst positive Wirkung auf die Ebene des Vertrauens.

3.21 Antwort auf ergänzende Fragen

Was bedeutet die Überwindung frühkindlicher Verdrängungen durch Psychoanalyse, und welche Rolle spielt die christliche Glaubenshaltung beim Heilungsprozess?

Dies impliziert, dass Menschen auf der Ebene zwischenmenschlicher Beziehungen durch Selbstreflexion, Empathie, gesunde Kommunikation und ein besseres Verständnis für ihre Mitmenschen Fortschritte erzielt haben. Die verdrängten Traumata haben tatsächlich einen schädlichen, kindlichen Einfluss auf Verhaltensmuster, der sich durch Einschränkungen manifestiert, wodurch zwischenmenschliche Beziehungen leiden. Hierzu wird auf Kapitel I verwiesen.

3.22 Verständnis von Verdrängung-Glaube-Heilung

Verdrängung bezieht sich auf alle frühkindlichen Traumata, sowie auf aktuelle Lebensereignisse, die unbehandelt und verdrängt wurden, und sich in Form von pathologischen Symptomen manifestieren. Dies wirkt sich vielfältig auf die Lebensqualität aus. Der Glaube ermöglicht den Menschen Hoffnung auf Heilung und durch die natürliche Quelle des Glaubens Vertrauen in sich selbst. Dadurch wird die Widerstandskraft gestärkt und negative Einflüsse werden verringert. Heilung entsteht durch Glauben und Psychoanalyse, beide spielen eine bedeutende Rolle im Heilungsprozess.

3.23 Das verdrängte Unbewusste

Alle verdrängten menschlichen Traumata, meistens aus der Kindheit, spiegeln sich in zwischenmenschlichen Beziehungen wider, indem sie unbewusst auf Mitmenschen projiziert werden. Dies kann verletzend auf den Mitmenschen wirken und unangenehme Gefühle auslösen. Dadurch werden gesunde zwischenmenschliche Beziehungen beeinträchtigt.

3.24 Die Rolle der Amygdala bei der Heilung in zwischenmenschlichen Beziehungen

Die Amygdala, ein Kerngebiet im limbischen System, kann als eine Art "6. Sinn" betrachtet werden. Sie repräsentiert den Sitz von Emotionen, einschließlich Angst, die eine erhebliche Rolle in zwischenmenschlichen Beziehungen spielen kann, wenn Angst im Spiel ist.

3.25 Ableitung präventiver Maßnahmen aus den Forschungsergebnissen

Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen, dass die Glaubensgrundhaltung und die Psychoanalyse zu einer Reduktion der Medikamenteneinnahme geführt haben. Die Glaubenshaltung hat zudem den Behandlungszeitraum der generalisierten Angststörung verkürzt. Beim Borderline-Typ führten Therapie und Glaube in kurzer Zeit zu einer Wiederherstellung der Arbeits-, Sozial- und Beziehungsfähigkeit. Frühzeitige Therapie konnte einen chronischen Krankheitsverlauf verhindern. Die Ergebnisse zeigen auch die starke Zustimmung zur Kostenübernahme der Therapie durch die Krankenkasse. Dies wäre aus gesundheitspolitischen Gründen ein wichtiger Beitrag zur Prävention schwerwiegender Folgen wie Arbeitsunfähigkeit und anderen Problemen (ebd.).

4 Literaturverzeichnisse

Abel P, (2009): Spirituelle Wege aus dem Burnout, Vier-Türme Verlag.

Anderssen-Reuster U, (2011): Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik: Haltung und Methode, Schattauer Verlag.

Bürgin D, Resch F, Schulte-Markwort M, (2009): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung, 2., überarbeitete Auflage, Verlag Huber.

Beck M, (2003): Seele und Krankheit: psychosomatische Medizin und theologische Anthropologie, Verlag Schöningh.

Beck M, (2013): Glauben Wie geht das? Weg zur Fülle des Lebens, Verlag Styria Premium.

Bonelli RM, Pfeifer S, Utsch M (2014) Psychotherapie und Spiritualität: Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen, Springer Verlag.

Bonelli RM (2014) Religiosität in der wissenschaftlichen Forschung. in: Claudia Schmidt-Hahn (Hrsg.): ORIENTierung: Disputationes Ouvertüre spirituelle.

Lammers C H, (2007): Emotionsbezogene Psychotherapie, Schattauer Verlag.

Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, 8. Auflage, Verlag Hans Huber.

Deter H C, (Hrsg.): Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Chancen einer biopsychosozialen Medizin, Verlag Hans Huber. Bern. 1. Auflage.

Deister A, (2005): Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, In: Möller H J, Laux G, Deister A, Psychiatrie und Psychotherapie. Thieme Verlag. Stuttgart. 3. Auflage.

Deister A, (2005) Somatoforme Störung, In: Möller H J, Laux H, Deister A, Psychiatrie und Psychotherapie. Thieme Verlag. Stuttgart.3. Auflage.

Deter H C, (2011): Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Chancen einer biopsychosozialen Medizin, Verlag Hans Huber.

Filipp S H, Aymanns P, (1997): Subjektive Krankheitstheorien, In: Schwarzer R, (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Hogrefe Verlag.

Mayring P, (2010): Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken, 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage, Beltz Verlag.

Rudolf G, (2000): Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Verlag Thieme.

Schedlowski M, & Tewes U, (1996): Psychoneuroimmunologie. Akad. Verlag Spektrum.

Schubert C, (2015): Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie, Verlag Schattauer.

Zepf S, (2000): Allgemeine psychoanalytische Neurosenlehre, Psychosomatik und Sozialpsychologie, Psychosozial Verlag.

Andrawis A, 2018