Endbericht zum Forschungsprojekt
der Fachsektion für Integrative Gestalttherapie im ÖAGG

Evaluationsstudie zur Integrativen Gestalttherapie: Wirkung und Wirkfaktoren

aus katamnestischer Sicht ehemaliger KlientInnen

von
Dr. Brigitte Schigl

unter Mitarbeit von
Mag. Claudia Höfner (qualitative Inhaltsanalyse)
Harald Brix (statistische Analyse)

Wien im Mai 1998

Ich danke jenen, die mich bei der Planung und Durchführung des Forschungsprojekts unterstützt haben:

- Den KollegInnen aus der Fachsektion für Integrative Gestalttherapie im ÖAGG, die durch ihre Mitarbeit durch Versenden der Fragebögen an ihre ehemaligen KlientInnen dieses Projekt erst möglich gemacht haben.

- Dem Sekretariat der Fachsektion für Integrative Gestalttherapie, besonders dem Koordinator Dr. Egon Urban und Frau Moraitis, für ihre unkomplizierte, schnelle und freundliche Unterstützung.

- Prof. Martin Seligman, der mir den Fragebogen der Consumer-Reports-Study zugänglich machte.
- Prof. Rudolf, der mir seinen Vortrag zur Psychotherapieforschung vorab zur Verfügung stellte.
- Prof. Hansruedi Ambühl, Universität Bern, für die Fragebögen des Instituts von Prof. Grawe.
- Dr. Rupert Laireiter, Universität Salzburg, für seine Hilfe bei der Suche nach ähnlichen Fragebögen, wie den in der Studie verwendeten.
- Dr. Wolfgang Freidl, Universität Graz, für seine Unterstützung bei der Suche nach Forschungsinstrumenten.

Weiters Dr. Günther Schiepek (Universität Münster) und Dr. Volker Tschuschke (Universität Ulm) für ihre Informationen in der Vorbereitungsphase der Studie.

Zur Schreibweise in diesem Forschungsbericht:
Meist wurde statt der langen Form Integrative Gestaltpsychotherapie nur Gestalttherapie oder Psychotherapie verwendet, ebenso statt Integrative/r GestaltpsychotherapeutIn nur GestaltpsychotherapeutIn oder PsychotherapeutIn.

Inhaltsverzeichnis:

0. Einleitung 9
0.1. Zielsetzung des Forschungsvorhabens 9
0.2. Das Konzept des Forschungsprojekts 10
0.3. Ausblick 10

I.Theoretische Grundannahmen dieser Untersuchung 11
1.1. Grundlagen der Evaluationsforschung 11
1.2. Zum Stand der Diskussion in der Psychotherapieforschung 11
1.2.1 Varianten der Psychotherapieforschung 12
1.2.2 Psychotherapieforschung als Qualitätsmanagement 14
1.2.3 Psychotherapie- Ergebnisforschung 16
1.2.4 Psychotherapieprozeßforschung 18
1.2.5 Consumer Report- Study 19
1.3.Überlegungen zur Meßmethodik 21
1.4.Conclusio: Anforderungen an Psychotherapie-Forschungsprojekte 25

II Die Durchführung der Studie 27
2.1. Das Forschungsdesign dieser Untersuchung 27
2.2. Datenschutz 29
2.3. Zeitlicher Ablauf 31
2.4. Zusammensetzung der Stichprobe 31
2.5. Der Fragebogen 32
2.6. Das Datenmaterial 33

III.Auswertung und Ergebnisse 34
3.0. Vorbemerkungen 34
3.1. Die Antworten auf die kategorisierten Fragen 34
3.1.1 Zur Methodik 34
3.1.2 Darstellung der Ergebnisse der einzelnen Fragen 35
3.2. Die Antworten auf die offenen Fragen 65
3.2.1 Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse 65
3.2.2 Vorgangsweise bei vorliegender Untersuchung 65
3.2.3 Darstellung der Ergebnisse der einzelnen Fragen 67
3.3. Verknüpfungen des Datenmaterials 138
3.3.1 Zur Methodik 138
3.3.2 Ergebnisse 140
3.3.2.0 Zufriedenheit und soziografische Daten 140
3.3.2.1 Zufriedenheit und Settingvariable 142
3.3.2.2 Zufriedenheit und und TherapeutInnenvariable 144
3.3.2.3 Zufriedenheit und Zugangsvariable 146
3.3.2.4 Zufriedenheit und Status prae 150
3.3.2.5 Zufriedenheit und therapeutischer Prozeß 158
3.3.2.6 Zufriedenheit und therapeutische Beziehung 163
3.3.2.7 Zufriedenheit und Wirksamkeit (Status prae/ Status post Differenzen) 165

3.3.2.8 Zufriedenheit und Kontextvariable 173
3.3.2.9 Zufriedenheit und Rückfälle bzw. Symptomverschiebungen 176
3.3.2.10 Zufriedenheit und neuerliche professionelle Hilfe....180
3.3.2.11 Zusammenhänge mit den normierten Skalen 181
3.3.2.12 TherapeutInnenvariable und therapeutische Beziehung....184
3.3.2.13 KlientInnenvariable: Symptomgruppen 193
3.3.2.14 Therapeutischer Prozeß 204

IV. Zusammenschau der Ergebnisse 207
4.0. Vorbemerkungen....207
4.1. Stichprobenbeschreibung: soziografische Daten 208
4.2. Zugang zur Therapie 208
4.3. Therapeutisches Setting....211
4.4. KlientInnenvariable....213
4.4.1 Diagnose und Status prae....213
4.4.2 Kontextvariable....216
4.4.3 Symptomkomplexe 217
4.5. TherapeutInnenvariable....219
4.6. Therapeutischer Prozeß und therapeutische Beziehung....221
4.7. Wirkung der Therapie 227
4.7.1 Erfüllung von Zielen und Erwartungen an die Therapie 227
4.7.2 Status prae/Status post Differenzen 230
4.7.3 Symptom- und andere Veränderungen durch die Therapie, Rückfälle 234
4.7.4 Außere Hinweise auf Veränderungen durch die Therapie....236

V.Literatur....239

VI. Anhang....243

Tabellenverzeichnis:

Tab. A Faktorenladungsmatrix TherapeutInnenverhalten (3.3.1) 139
Tab. B Ladungsmatrix Veränderung durch Psychotherapie (3.3.1) 140

Tab. 1 Angegebene Diagnosenanzahl (3.1.2.17, 3.3.2.4) 43, 151
Tab. 2 Psychopharmakakonsum vor/während/nach der Therapie/aktuell (3.1.2.36ff)52, 233
Tab. 3 Zufriedenheit / Geschlecht der KlientInnen (3.3.2.0).....141
Tab. 4 Zufriedenheit/ Lebensform der KlientInnen (3.3.2.0) 141
Tab. 5 Zufriedenheit/ Schulbildung der KlientInnen (3.3.2.0) 142
Tab. 6 Zufriedenheit/ Wohnort der KlientInnen (3.3.2.0) 142
Tab. 7 Zufriedenheit/Art der Therapie (3.3.2.1) 143
Tab. 8 Zufriedenheit/ Beeinflussung durch Krankenkassa bzügl. Wahl, Frequenz, Dauer der Therapie (3.3.2.1) 143
Tab. 9 Zufriedenheit/ Frequenz der Sitzungen (3.3.2.1).....144
Tab. 10 Zufriedenheit/Geschlecht der behandelnden Person (3.3.2.2).....145
Tab. 11 Zufriedenheit/ Alter des/der TherapeutIn (3.3.2.2) 145
Tab. 12 Zufriedenheit/ Wahrnehmen des /der Therapeutin (3.3.2.2) 146
Tab. 13 Zufriedenheit/ Idee zur Psychotherapie (3.3.2.3) 146
Tab. 14 Zufriedenheit/ Überweisung durch FachärztIn (3.3.2.3) 147
Tab. 15 Zufriedenheit/ Lösungsversuche vor der Gestalttherapie (3.3.2.3) 147
Tab. 16 Zufriedenheit /Art der Wahl dieses/dieser GestalttherapeutIn (3.3.2.3).....148
Tab. 17 Zufriedenheit/ Vorabklärung des Therapievertrags (3.3.2.3) 149
Tab. 18 Zufriedenheit/ Inanspruchnahme anderer Psychotherapien (3.3.2.3).....149
Tab. 19 Zufriedenheit/Zeitpunkt der Inanspruchnahme anderer Psychotherapien (3.3.2.3) 150
Tab. 20 Zufriedenheit/Anzahl der absolvierten Psychotherapien (3.3.2.3).....150
Tab. 21 Zufriedenheit/Anzahl der angegebenen Diagnosen (3.3.2.4) 151
Tab. 22 Zufriedenheit/ selbstgenannte Diagnosen (3.3.2.4) 152
Tab. 23 Zufriedenheit/ Selbstbeschreibung der Beschwerden (3.3.2.4).....153
Tab. 24 Zufriedenheit/ vorgegebene Problembenennung (3.3.2.4) 154
Tab. 25 Zufriedenheit/ Phobien&Zwänge (3.3.2.4).....154
Tab. 26 Phobien&Zwänge/ Rückfallshäufigkeit (3.3.2.4).....155
Tab. 27 Zufriedenheit/ Depression (3.3.2.4).....155
Tab. 28 Depression/Rückfallhäufigkeit (3.3.2.4).....156
Tab. 29 Zufriedenheit/Beeinträchtigung verschiedener Lebensbereiche vor Therapiebeginn (3.3.2.4) 156
Tab. 30 Zufriedenheit/Status prae (3.3.2.4) 157
Tab. 31 Zufriedenheit/ Ziele und Erwartungen zu Beginn Therapie (3.3.2.4) 158
Tab. 32 Zufriedenheit/wodurch wurde Veränderung bewirkt (3.3.2.5).....159
Tab. 33 Zufriedenheit/Kritisierte Therapieelemente (3.3.2.5).....160
Tab. 34 Zufriedenheit/ Besonders positive Therapieelemente (3.3.2.5).....161
Tab. 35 Zufriedenheit/ Verbesserter Zustand als Beendigungsgrund (3.3.2.5).....162
Tab. 36 Zufriedenheit/ Weitere Behandlung sinnlos als Beendigungsgrund (3.3.2.5)..162
Tab. 37 Zufriedenheit/ TherapeutInnenwechsel als Beendigungsgrund (3.3.2.5).....163
Tab. 38 Zufriedenheit/ Zweifel an TherapeutIn als Beendigungsgrund (3.3.2.5) 163
Tab. 39 Zufriedenheit/ KlientInnenverhalten im Therapieprozeß (3.3.2.6) 164
Tab. 40 Zufriedenheit / Beziehung zum/r TherapeutIn (3.3.2.6).....164
Tab. 41 Zufriedenheit/ Weitere Übertragungsvariable (3.3.2.6) 165
Tab. 42 Zufriedenheit/ Körperliche Gesundheit Prae - Post (3.3.2.7) 165
Tab. 43 Zufriedenheit/ Seelische Gesundheit Prae - Post (3.3.2.7) 166

Tab. 44 Zufriedenheit/ Lebensqualität Prae - Post (3.3.2.7) 166
Tab. 45 Zufriedenheit/ Zurechtkommen mit Anforderungen des Alltags Prae - Post (3.3.2.7) 166
Tab. 46 Zufriedenheit/ Erledigung beruflicher Pflichten Prae-Post (3.3.2.7) 167
Tab. 47 Zufriedenheit/ Verhältnis zur sozialen Umwelt Prae-Post (3.3.2.7) 167
Tab. 48 Zufriedenheit/ Verhältnis zu nahestehenden Menschen Prae-Post (3.3.2.7) 168
Tab. 49 Zufriedenheit/ Allgemeine Lebenszufriedenheit Prae-Post (3.3.2.7) 168
Tab. 50 Zufriedenheit/ Beeinträchtigung versch. Lebensbereiche Prae-Post (3.3.2.7) 168
Tab. 51 Zufriedenheit/ Beeinträchtigung der Partnerschaft vor und nach Therapie (3.3.2.7) 169
Tab. 52 Zufriedenheit/ Beeinträchtigung Beruf vor und nach der Therapie (3.3.2.7) 169
Tab. 53 Zufriedenheit/ Beeinträchtigung Freizeit vor und nach Therapie (3.3.2.7) 169
Tab. 54 Zufriedenheit/ Beeinträchtigung Kontakt vor und anch Therapie(3.3.2.7) 169
Tab. 55 Zufriedenheit/ Differenz Prae-Post in 4 Lebensbereichen (3.3.2.7) 170
Tab. 56 Zufriedenheit/Auftreten von Veränderungen durch Therapie (3.3.2.7) 170
Tab. 57 Zufriedenheit/ Ebenen der Veränderung durch Therapie (3.3.2.7) 171
Tab. 57b Signifikanzen der Bereiche der Veränderungen durch Therapie (3.3.2.7) 171
Tab. 58 Zufriedenheit/ Ausmaß der Veränderung in 10 bestimmten Lebensbereichen (3.3.2.7) 172
Tab. 59 Zufriedenheit/ Signifikanz der Veränderungen in 10 bestimmten Lebensbereichen (3.3.2.7) 172
Tab. 60 Zufriedenheit/ Geheimhaltung der Therapie (3.3.2.8) 173
Tab. 61 Zufriedenheit/ Hilfreiche Faktoren außerhalb der Therapie (3.3.2.8) 174
Tab. 62 Rückmeldungen über Symptome vor/ Verhaltensänderung nach der Therapie (3.3.2.8) 175
Tab. 63 Zufriedenheit/ Rückmeldungen über Symptome vor Therapie (3.3.2.8) 175
Tab. 64 Zufriedenheit/ Rückmeldungen über Verhaltensänderung nach der Therapie (3.3.2.8) 176
Tab. 65 Zufriedenheit/Auftrittshäufigkeit Symptome vor Therapie (3.3.2.9) 176
Tab. 66 Zufriedenheit/Auftrittshäufigkeit Symptome nach Therapie (3.3.2.9) 177
Tab. 67 Veränderungen bei Auftittshäufigkeit der Symptome (3.3.2.9) 177
Tab. 68 Zufriedenheit/ Neue Symptome nach Therapie (3.3.2.9) 178
Tab. 69 Zufriedenheit/ Geburt eine Kindes (3.3.2.9) 178
Tab. 70 Zufriedenheit/ Ausbildung abgebrochen (3.3.2.9) 179
Tab. 71 Zufriedenheit/ Neuer Arbeitsplatz (3.3.2.9) 179
Tab. 72 Zufriedenheit/ Wohnungswechsel (3.3.2.9) 180
Tab. 73 Zufriedenheit/Beginn neuer Therapien (3.3.2.10) 180
Tab. 74 Zufriedenheit/ Inanspruchnahme von Beratungsstellen (3.3.2.10) 181
Tab. 75 Zufriedenheit/ SF 36-Skalen (3.3.2.11) 181
Tab. 76 Zufriedenheit/ Signifikanz der Unterschiede in den SF 36-Skalen (3.3.2.11) 182
Tab. 77 Zufriedenheit/ Soziale- und Alltagslebensqualität-Skala (3.3.2.11) 182
Tab. 78 Ausmaß der Veränderung in verschiedenen Lebensbereichen / Soziale und Alltagslebensqualität (3.3.2.11) 183
Tab. 79 Ausmaß der Veränderung in versch. Lebensbereichen / SF 36 (3.3.2.11) 183
Tab. 80 SF-36 Skalen: Vergleich Stichprobe mit Normpopulation (3.3.2.11) 184
Tab. 81 Geschlecht KlientIn/ Geschlecht TherapeutIn (3.3.2.12) 185
Tab. 82 Geschlecht KlientIn /Alter TherapeutIn (3.3.2.12) 185
Tab. 83 Mittelwerte Alter der KlientInnen (3.3.2.12) 186
Tab. 84 Alter/Geschlecht der TherapeutInnen/ Wahrnehmen des TherapeutInnenverhaltens (3.3.2.12) 187

Tab. 85 Alter und Geschlecht der TherapeutInnen/Veränderung durch Therapie (3.3.2.12) 189
Tab. 86 KlientInnenverhalten/Wahrnehmen des TherapeutInnenverhaltens (3.3.2.12) .190
Tab. 87 Therapeutische Beziehung/Wahrnehmen des TherapeutInnenverhaltens (3.3.2.12) 191
Tab. 88 Korrelation Wahrnehmen d. TherapeutInnenverhaltens/ Prae-Post Differenzen in verschiedenen Lebensbereichen (3.3.2.12).....192
Tab. 89 Korrelation KlientInnenverhalten/Prae-Post Differenzen in verschiednen Lebensbereichen (3.3.2.12).....192
Tab. 90 Korrelation Beziehung z. TherapeutIn/ Prae-Post Differenzen in verschiedenen Lebensbereiche (3.3.2.12).....193
Tab. 91 Symptomkomplex: Depressive Verstimmung mit somatischen Beschwerden (3.3.2.13) 194
Tab. 92 Symptomkomplex: Soziale und Beziehungs - Problematik durch neurotische Störung (3.3.2.13) 194
Tab. 93 Symptomkomplex: Depressive Symptomatik ohne somatische Beschwerden (3.3.2.13) 195
Tab. 94 Symptomkomplex: Substanzmißbrauch (3.3.2.13) 195
Tab. 95 Symptomkomplex: neurotisches Angstsyndrom (3.3.2.13) 196
Tab. 96 Symptomkomplex: Eßstörung (3.3.2.13).....196
Tab. 97 Symptomkomplex: Trauer- und Belastungsreaktion (3.3.2.13) 197
Tab. 98 Symptomgruppen/Mittelwerte des Allgemeinen Gefühlszustands vor Therapie (3.3.2.13) 197
Tab. 99 Symptomgruppen/Korrelationen des Allgemeinen Gefühlszustands vor Therapie (3.3.2.13) 198
Tab. 100 Symptomgruppen/Lösungsversuche vor Beginn d. Gestalttherapie (3.3.2.13) .199
Tab. 101 Symptomgruppen/Veränderungsausmaß in verschiedenen Lebensbereichen (3.3.2.13) 199
Tab. 102 Symptomgruppen (Soziale Problematik herausgehoben)/ Veränderungsausmaß in verschiedenen Lebensbereichen: Mittelwerte (3.3.2.13).....200
Tab. 103 Symptomgruppen (Soziale Problematik Herausgehoben)/Veränderungsausmaß in verschiedenen Lebensbereichen: Signifikanzen (3.3.2.13) 201
Tab. 104 Soziale Problematik/ Veränderungsausmaß in verschiedenen Lebensbereichen: Mittelwerte (3.3.2.13).....201
Tab. 105 Soziale Problematik/ Veränderungsausmaß in verschiedenen Lebensbereichen Signifikanzen (3.3.2.13).....202
Tab. 106 Symptomgruppen/ globale Veränderung durch Therapie Mittelwerte (3.3.2.13).202
Tab. 107 Symptomgruppen/ Dauer des Hilfesuchens vor einer Psychotherapie (3.3.2.13) 203
Tab. 108 Symptomgruppen/ Gesamtwahrnehmen des/der TherapeutIn (3.3.2.13).....204
Tab. 109 Häufigkeiten positiver Therapieelemente/Häufigkeit kritisierter Therapieelemente (3.3.2.14) 204
Tab. 110 Zufriedenheit/ Keine Veränderung durch Therapie (3.3.2.14).....205
Tab. 111 Ebenen der Veränderung durch Therapie/ Erreichung von Ziele durch Therapie (3.3.2.14) 205

Grafik-Verzeichnis

Graf. 1 Zugang zur Gestalttherapie (3.1.2.8) 38
Graf. 2 Problemlösungsversuche vor der Gestalttherapie (3.1.2.9) 39
Graf. 3 Therapievertrag - Besprechung vor Beginn der Gestalttherapie(3.1.2.13)....41
Graf. 4 Therapiedauer in Wochen (3.1.2.14) 42
Graf. 5 Problemarten, die Anlaß für Beginn der Gestalttherapie waren (3.1.2.19....43
Graf. 6 Gefühlszustand vor Beginn der Gestalttherapie (3.1.2.21)....44
Graf. 7 Veränderungen der Symptome durch die Gestalttherapie (3.1.2.26) 47
Graf. 8 Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen (Prae-Post) Vergleich (3.1.2.27-34) 51
Graf. 9 Gründe für die Beendigung der Behandlung (3.1.2.46) 54
Graf. 10 Vergleich SF 36 Skalen Stichprobe und Normpopulation (3.1.2.62)....61
Graf. 11 Lebensqualitätsskala v. Bullinger: Mittelwerte der Zufriedenheiten (3.1.2.63)..64
Graf. 12 Alter und Geschlecht TherapeutInnen/ Verständnis für Probleme (3.3.2.12) ...188
Graf. 13 Alter und Geschlecht TherapeutInnen/ zu kindheitsbezogen (3.3.2.12) 188
Graf. 14 Alter und Geschlecht TherapeutInnen/ Gesamtwahrnehmung (3.3.2.12) 189
Graf. 15 Alter und Geschlecht TherapeutInnen/Gesamtveränderung durch Therapie (3.3.2.12) 190

O. Einleitung

0.1 Zielsetzung des Forschungsvorhabens

In der hier vorliegenden Arbeit sollen die Wirkung und Wirksamkeit von Integrativer Gestalttherapie durch eine katamnestische Befragung von KlientInnen, die sie in Anspruch genommen haben, evaluiert werden.
Eine solche Untersuchung liegt bislang für die Gestalttherapie nicht vor, unsere Studie hat daher den Charakter einer pilot study. Sie stellt unserer Recherchen nach auch die von der Stichprobe her größte Studie dar, die je an KlientInnen der Gestalttherapie durchgeführt wurde. (Strümpel 1991, Jandl-Jager, Springer-Kremser 1994). Mit unserem Forschungsprojekt wollen wir Psychotherapie als Dienstleistung am Menschen, wie dies etwa auch die medizinische Versorgung ist, durchschaubar machen. Unsere Absicht ist es, mit wissenschaftlichen Mitteln Zufriedenheit und Kritik an der Integrativen Gestaltherapie aus Sicht der KlientInnen zu erheben. Die Studie möchte damit einen Beitrag zur Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsnachweises von Psychotherapie liefern.

Die Idee zu dieser Studie entstand einerseits aus dem Wunsch der psychotherapeutischen PraktikerInnen, den Erfolg der psychotherapeutischen Behandlung bei ihren KlientInnen katamnestisch zu erfassen und der Idee, so etwas wie die US-amerikanische Consumer reports-study als (Psychotherapie)konsumentInnenbefragung auch in Österreich durchzuführen.

Zuerst wurde in der Literatur nach ähnlichen Studien bzw. den dabei verwendeten Fragebögen und anderen Instrumenten recherchiert. Aus diesen - soweit zugänglichen - Instrumenten wurde ein eigener, auf die Situation unserer Studie angepaßter Fragebogen entwickelt, der sowohl statistisch-quantitativ als auch inhaltsanalytisch-qualitativ (multitrait-multimethod-matrix) ausgewertet werden konnte: Die Daten wurden sowohl deskriptiv statistisch nach Häufigkeiten als auch qualitativ nach Kategorien zu den offenen Fragen ausgewertet und beide Datenarten soweit sinnvoll, mithilfe statistischer Instrumente verknüpft.

Die Ergebnisse bilden die subjektiven Wahrnehmungen und Erfahrungen von KlientInnen der Integrativen Gestalttherapie und ihre Angaben über ihre Lebensumstände vor und nach der Psychotherapie ab. Sie stellen somit eine Evaluation ex post des Prozesses und der Ergebnisse der Integrativen Gestaltpsychotherapie durch ihre KonsumentInnen dar, erweitert um Verknüpfungen und Interpretationen zu diesen Angaben.

Unser Forschungsprojekt läßt sich in die Diskussion um neu entstehende psychosoziale Berufsbilder und deren gesetzliche Verankerung (Psychotherapiegesetz in Österreich, 1992) einordnen. Das Berufsbild des/der PsychotherapeutIn ist erst seit kurzem etabliert. Die gesetzliche Verankerung von Psychotherapie als selbständiger Heilberuf und der damit verbundene Auftrag an die Sozialversicherungsträger Psychotherapie breiteren Bevölkerungskreisen zugänglich zu machen, wirft für die VerwalterInnen der Versorgung die Frage nach Sinn und Nutzen psychotherapeutischer Heilbehandlung für die Betroffenen auf. Ebenso geht die Studie für das Berufsbild und Selbstverständnis der PsychotherapeutInnen wichtigen Fragen nach und liefert katamnestische Daten, die in der Arbeit in der freien Praxis so breit nicht erhoben werden (können). Diese Arbeit soll einen Beitrag zur Überprüfung bzw. Bestätigung der eigenen Berufspraxis liefern.

Eine weitere gesellschaftspolitische Zuordnung unserer Arbeit ließe sich wohl in die Bemühungen um Qualitätsmanagement und der Qualitätssicherung treffen, die vor allem für den Dienstleistungs- und Sozialbereich in den letzten Jahren vermehrte Bedeutung erlangten.

0.2. Konzept des Forschungsvorhabens

Das Design skizziert eine summative Evaluationsarbeit, eine Effektivitätsstudie, bei der gesamthaft die Wirkung einer Maßnahme, eines Pozesses gemessen wird. Sie ist als eine consumer-Studie angelegt, bei der Konzeption des Fragebogens wurden einzelne Fragen der US-amerikanischen Consumer Reports Studie (Seligman, 1995) übernommen.

Die Forschungsarbeit folgt den Anforderungen, die an einen neuen Typus von Psychotherapiestudien gestellt werden (Rudolf 1996):
- Sie berücksichtigt die Praxisbedingungen von ambulanter Psychotherapie.
- Sie untersucht Psychotherapie so, wie sie durchgeführt wurde, d.h. in der Variabilität des therapiebedingten Entwicklungsprozesses (keine Manuale).
- Sie beachtet die qualitativen Aspekte von psychischen Störungen und und ihrer Therapie stärker, als durch eine bloße eindimensionale Symptommessung.
- Sie berücksichtigt subjektive Aussagen über ihr Empfinden seitens der Betroffenen.
- Die Methoden der Erfassung und Messung konform sind konform zum Konzept des psychotherapeutischen Verfahrens (phänomenologisch-hermeneutisch).

Die Methodik des Designs stammt einerseits aus der empirischen quantitativen Sozialforschung ebenso wie den Ansätzen der phänomenologischen, qualitativen Forschung (multitrait-multimethod-matrix).

0. 3. Ausblick

Ich möchte das so umfangreiche Fragebogen-Material nach Fertigstellung meines Berichts noch für weitere Auswertungen und Bearbeitungen zur Verfügung stellen und anregen, daß sich interessierte KollegInnen in Absprache mit der AusbildungsleiterInnenkonferenz der Fachsektion für Integrative Gestalttherapie im ÖAGG, etwa im Rahmen einer Gradiuerungsarbeit sich noch detaillierter mit einzelnen Fragestellungen (etwa Einzelfallauswertungen, Vergleich der Ergebnisse mit der Gestaltliteratur etc.) beschäftigen.

I. Theoretische Grundannahmen dieser Untersuchung

1.1. Grundlagen der Evaluationsforschung

"...so verstanden wäre Evaluation der Versuch, die Kluft zwischen Wissenschaft und Praxis aufzuheben. Die Diskursivität der Handlungsprogramme aller Beteiligten (v.Kardorff, 1988), wie sie in der qualitativen Evaluationsforschung stattfindet, könnte dann, konzeptuell integriert in die organisatorische Praxis, idealerweise kollektive Lernprozesse ermöglichen, mindestens jedoch verfestigte Strukturen aufbrechen ..." (zit nach Kraus, 1991, S 415)

Evaluierung meint eine Beurteilung über den Wert einer Sache: Jemand prüft und wägt ein Phänomen gegen ein explizites oder implizites Maß ab (Weiss 1974). In der Forschung heißt Evaluierung nach wissenschaftlichen Maßstäben Informationen über ein zu evaluierendes Phänomen zu sammeln, zu dokumentieren und auszuwerten. Die Anforderungen an Planung, Datenerhebung, Analyse etc. sind dieselben wie in anderen wissenschaftlichen Bereichen. Darüberhinaus hat Evaluierung oft jedoch auch einen expliziten oder impliziten Auftrag: Evaluierungsforschung entwickelte sich seit Beginn der `70iger Jahre in den USA, wo soziale Reformprogramme auf ihre Effizienz hin untersucht und bewertet wurden.
Die meisten Evaluationsstudien beschäftigen sich seitdem mit der Messung von Effekten auf Personen, die mit einem bestimmten Programm, einer bestimmten Maßnahme in Kontakt kommen. Diese Maßnahme kann im intrapsychischen, im sozialen oder im ökonomischen Bereich angesiedelt sein. Selten werden dabei die Beteiligten selbst über die von ihnen wahrgenommen Auswirkungen des sie betreffenden Programms befragt.

Evaluationsforschung wurde anfangs mit den Methoden der empirischen Sozialwissenschaften (vor allem der Soziologie) durchgeführt. In den 80`iger Jahren entdeckte sie im deutschsprachigen Raum dann auch die Methoden der qualitativen Sozialforschung für sich.
Die Evaluationsforschung unterscheidet zwei Untersuchungsschwerpunkte:
- In der summativen Evaluation sollen Ergebnisse eines zu untersuchenden Phänomens beschrieben werden und geprüft, inwieweit voher postulierte Ziele oder angekündigte Veränderungen auch wirklich eingetroffen sind.
- In der formativen Evaluation geht es in erster Linie darum, einen Prozeß zu beschreiben und die Veränderungen während der Zeit festzuhalten (Fitz-Gibbon & Morris 1978).

Evaluationsforschung beschäftigt sich mit lebensweltlichen Situationen und will Effekte von Maßnahmen in der Praxis überprüfen. Qualitative Evaluationsforschung geht dabei von der Grundannahme aus, daß soziale Wirklichkeiten und lebensweltliche Situationen durch Experimente allein grundsätzlich nicht adäquat wiedergegeben werden können und wendet andere Methoden an. Die Praxisprobleme dieser Art von Evaluationsforschung ergeben sich aus dem Bemühungen, multiple Realitäten abzubilden, was in der Regel die Verarbeitung von riesigen Datenmengen mit sich bringt.

1.2 Zum Stand der Diskussion in der Psychotherapieforschung

Auf die in der Literatur diskutierten Aspekte der Psychotherapieforschung im allgemeinen einzugehen, würde den Rahmen dieses Berichts sprengen. Im folgenden seien nur einige der neueren Überlegungen zur Dokumentation des Outcomes von psychotherapeutischen Prozessen dargestellt, die für die hier vorliegende Arbeit von Bedeutung sind.

Wir unterscheiden in der Psychotherapieforschung generell eine Untersuchung der
- Wirkung unter Forschungsbedingungen, die die Wirksamkeit abgegrenzter Einzelfaktoren des therapeutischen Handelns messen soll, der E f f i z i e n z forschung
- Wirkung unter Praxisbedingungen, die die Gesamtwirkung der Therapie, deren E f f k t i v i t ä t messen soll.

1.2.1 Varianten der Psychotherapieforschung

Psychotherapie ist mit herkömmlichen naturwissenschaftlichen Methoden nur ungenügend erforschbar, da es dabei um hochkomplexe, nicht lineare Prozesse geht. In der Psychotherapieforschung stehen einander empirisch-naturwissenschaftliches und phänomenologisch-hermeneutisches Forschungsverständnis gegenüber (Mückstein, Patera et al. 1996).

Der größte Teil der Psychotherapieforschung ist institutionell ausgerichtet, an Universitäten, vor allem an medizinischen Fakultäten und Kliniken beheimatet. Große Psychotherapie- und Versorgungsforschungsprojekte werden favorisiert. So gibt etwa der EU Fonds "Biomed" Gelder für "medizinische" Forschung, unter die nach diesem Ansatz auch die Psychotherapieforschung fällt. Quantitativ-statistische Forschung ist d i e Psychotherapieforschung schlechthin (Fäh-Barwinski 1996). Die klinische Relevanz der Psychotherapieforschung jedoch wird oft auf dem Altar der methodischen Rigorosität geopfert: Praxisferne kontrollierte Therapievergleichsstudien, standardisierte Therapie nach Manual, auf Symptome künstlich homogenisierte KlientInnengruppen entsprechen zwar methodischen Anfordernisssen des empirisch-statistischen Wissenschaftsbetriebs aber nicht dem Subjekt in seiner Lebenswelt mit der Varianz der PatientInnen und Behandlungsmerkmale (Talley, Strupp, Butler 1994)
PraktikerInnen in der privaten, ambulanten Praxis haben ein anderes Setting, als in herkömmlichen klinischen Studien untersucht wird. Es erhebt sich so die Forderung nach einer adäquaten Berücksichtigung der Situation der niedergelassenen PsychotherapeutInnen, die die Qualität für adäquate Forschung als PraktikerInnen mitdefinieren und einer differenzierten Outcome Forschung nicht ausweichen, sondern sie auch selbst in die Hand nehmen sollten (Schlegel 1996, Fäh-Barwinski 1996).

Als Repräsentant der klassisch-empirischen Herangehensweise der Psychotherapieforschung wird häufig die große Meta-Analyse von Grawe et al.(1994) zitiert. Seine Aussagen zum Therapiesetting, der Wirkungsspezifität einzelner psychotherapeutischer Verfahren und vor allem zur Dauer der Psychotherapie sind jedoch in Frage gestellt worden. So kritisiert etwa Tschuschke (1996) Grawes Selektion von 897 aus 3500 verfügbaren Studien und bezeichnet die Schlußfolgerungen als methodisch-statistisch angreifbar - nicht Vergleichbares wurde verglichen. Bei derartigen Studien besteht die Gefahr des Mißbrauchs durch Interpretationen der Ergebnisse durch dritte: Versicherungen etwa favorisieren aufgrund des Spardrucks Kurzzeittherapien (Talley, Strupp, Butler 1994) und die Ergebnisqualität interessiert in Zeiten der Mittelknappheit als Beweis, wovon Erfolg und Mißerfolg einer Therapie abhängen.

Es gibt jedoch bis dato in der Psychotherapie keine abgesicherte eindeutige und einseitige Ursache-Wirkungsrelation, deshalb sind Substanz-, Eingriffs-, Dosis-, Wirkungsanalogien wie in der pharmakologischen Effektivitätsforschung unbrauchbar. Psychotherapie ist eine spezielle Art zwischenmenschlicher Beziehung, von deren Qualität das Therapieergebnis in entscheidener Weise abhängt. Dies ist die empirisch bestgestützte Aussage der Therapieforschung überhaupt (Schiepek 1995).

KlientInnen und TherapeutInnen finden einander durch Informationskanäle des sozialen Netzes. Diese Informationen sind für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen verschieden - Psychotherapie wird von bestimmten Subkulturen mehr in Anspruch genommen: Das für Krankheiten angebotene Behandlungsmodell der Psychotherapie ist nicht für alle Bevölkerungsschichten gleich attraktiv. Mitbeeinflussende Faktoren sind hier Wert- und Sinnvorstellungen und die Verfügung über finanzielle Mittel, sowie die subjektiven Krankheitstheorien der PatientInnen. Dies ist weit komplexer als die in der Psychotherapieforschung meistuntersuchte Frage: Welche klinischen Diagnosen können mit welcher psychotherapeutischen Methode effektiv behandelt werden (Rudolf 1996)?

Psychotherapeutische Techniken wirken nur auf einer Beziehungsgrundlage, das Geschehen zwischen TherapeutIn und KlientIn ist Rahmenbedingung, Kontext und Agens der Veränderung zugleich, die "Beziehungsarbeit" das Medium des change, sind doch psychische Störungen im wesentlichen Beziehungsstörungen zu sich und zur Umwelt.
Insofern ist es ein schwieriges bis hoffnungsloses Unterfangen, spezifische und unspezifische Faktoren in der Wirkweise unterscheiden zu wollen (Schiepek 1995). Wichtiger als einzelne Faktoren sind Bedingungen und Prozesse in diesem komplexen zwischenmenschlichen Geschehen. Spezifische Technikvariablen sind weniger wesentlich als der Kontext, in dem das psychotherapeutische Geschehen stattfindet.

Psychotherapeutische Effizienzforschung ist folglich eine Prozeßforschung mit komplexen Kreiskausalitäten und nichtlinearen dynamischen Effekten. Für das Verstehen der Prozeßvariablen sind oben genannte Kontextbedingungen wesentlich. Psychotherapie ist ein komplexer sozialer Interaktionsprozeß und soziale Variable haben keine kontextunabhängige Bedeutung - in ihrem dynamischen Zusammenwirken entstehen die Mikro- und Makroeffekte der Psychotherapie (Shoham-Salomon 1990). Die Veränderungsprozesse der KlientInnen geschehen im Kontext von deren allgemeinen Lebensbedingungen und Lebensgeschichte. Diese bestimmen die persönlichen und methodischen Bedingungen des therapeutischen Vorgehens, durch welche die Veränderung angeregt werden soll. Eine weitere Kontextvariable ist die institutionelle und formale Organisation als Rahmenbedingung der Psychotherapie (Bastine, Fiedler, Kommer 1989).
Experimentelle Kontrollanforderungen wie an Manuale gebundenes, standardisiertes TherapeutInnenverhalten behindern die Erkenntnisgewinnung mehr, als daß sie sie fördern: Einzelepisoden haben für sich genommen ohne Kontextbeachtung wenig Bedeutung, ebenso die Analyse isolierter Interventionswirkungen. Therapien haben ihre eigene zeitliche Struktur, ihren eigenen persönlichen Rhythmus und typischen Verlauf, das TherapeutInnenverhalten ist zugleich Produkt wie Katalysator der Interaktionen.

Eine Literaturuntersuchung und -bewertung der Veröffentlichungen zur Psychotherapieforschung der letzten 10 Jahre (Jandl-Jager, Springer-Kremser et al. 1993) erbrachte u.a. folgende Ergebnisse:
Gruppenstudien wie jene von Grawe (1994) sind nur zum Nachweis der globalen Effektivität geeignet, nicht für unterschiedliche Effekte der einzelnen Schulen.
Kontroll- oder Placebogruppen sind in der Psychotherapieforschung unsinnig, die Homogenität zwischen diesen Gruppen kann nicht hergestellt werden. Eine Parallelisierung ist aufgrund der Vielzahl von Umwelteinflüssen nicht möglich, eine einheitliche Symptomatik wie in klinischen Studien gefordert ist in der Praxis selten, meist handelt es sich um ein Ineinandergreifen von Problemen.
Schwierig abzuschätzen ist der optimale Katamnesezeitpunkt: Ebenso ob nach einer Symptombeseitigung, Leidensverringerung oder Verhaltensänderung gefragt wird. Dabei ist

nicht klar zu trennen, wo die Grenze von Therapieeffekten liegt, und was Reifungs -bzw. Umwelteinflüsse sind.
Bestimmt durch Menschenbild und Zeitgeist liegen die untersuchten Wirksamkeitskriterien von Psychotherapie in den einzelnen Studien auf unterschiedlichem Niveau: Wird nach der Alkoholabstinenz oder der Lebensqualität, der Veränderung im sozialen Verhalten und Umfeld, oder nach Außenkriterien wie Arbeitsfähigkeit gefragt?
Bezüglich der Meßinstrumente schneiden Goal-Attainment-Skalen am besten ab. Dabei werden Therapieziele bei Beginn der Behandlung festgelegt und durch Selbsteinschätzung der PatientInnen oder Fremdeinschätzung von TherapeutInnen untersucht, inwieweit diese erreicht wurden.
TherapeutInnenvariable wie Alter, Geschlecht, Ausbildung sind durchwegs sehr wenig untersucht. Auch bezüglich PatientInnenvariablen gibt es nur grobe Maße, Informationen über das Verhalten in der therapeutischen Situation werden bisher nicht berücksichtigt.
Behandlungsprozeß, TherapeutIn, KlientIn, Problematik der Störung und Setting bilden eine multidimensionale Matrix, ein bisher ungelöstes konzeptionelles Problem (Bastine, Fiedler, Kommer 1989). Wichtig zu untersuchen wäre in diesem Zusammenhang auch das Zustandekommen von Abbrüchen der Psychotherapie und Rückfällen.

Bezüglich der Effizienz, also der Wirksamkeit unter Kosten/Nutzen - Gesichtspunkten lassen sich zur Zeit aus den Studien keine eindeutigen und globalen Aussagen machen: Zuviele unterschiedliche Variable auch innerhalb der einzelnen Therapieschulen wirken hier beeinflussend mit. Durch die fehlende oder zu geringe Fassung und Miteinbeziehung der TherapeutIn/PatientIn- Beziehung fehlt es den meisten Studien an praxisnaher Aussagekraft, wobei anzumerken gilt, daß auch anerkannte Beobachtungsinstrumente und Methoden dazu fehlen. Eine heilende Wirkung der Psychotherapie wird jedoch meist herausgefunden, aber das Spezifische dieser Heilkraft ist nicht befriedigend abbildbar.

Bezüglich der Gestalttherapie (Strümpfel 1991): ergab die Literaturrecherche: 316 Psychotherapieforschungs-Veröffentlichungen insgesamt, davon 13 Arbeiten zur Evaluation, davon eine deutschsprachige in den letzten 10 Jahren. Grawe (1994) verwendet bei seiner großen Vergleichsstudie sieben Gestaltherapeutische Studien in denen insgesamt 240 KlientInnen untersucht wurden.
Zur Zeit läuft am EAP eine Studie zur Evaluation von Integrativer Therapie, bei der drei bis vier Erhebungen während der Psychotherapie und Katamnesebefragungen vorgesehen sind. Erhoben werden u.a. der Ausbildungshintergrund der PsychotherapeutInnen, Qualität der therapeutischen Beziehung in der Wahrnehmung von KlientInnen und TherapeutInnen, sowie Erfolg der Therapie, ebenfalls durch Einschätzung beider.

1.2.2 Psychotherapieforschung als Qualitätsmanagement

In Österreich steigen die Ausgaben für Gesundheit: 1993 wurden 9-10% des Bruttonationalproduktes für gesundheitliche Verbesserungsmaßnahmen aufgewendet, die Tendenz ist steigend.
Die Qualität eines Produktes, ebenso einer Dienstleistung ist in unserer Gesellschaft ein wesentlicher konsumbestimmender Faktor. Dabei wird die Qualität nicht nur von der Summe der Eigenschaften eines Objekts sondern ebenso die Summe von Erwartungen des Einzelnen und der Gesellschaft an ein Produkt (ISO 9000) bestimmt.
Die Sicherstellung und Gewährleistung der Qualität einer Ware oder Dienstleistung ist somit ein wesentliches Bestreben; dieser Trend zeigt sich zunehmend auch im Sozial- und Gesundheitswesen und ist auch in Hinblick auf PatientInnenrechte und

KonsumentInnenschutz relevant: Die Entwicklung einer Berufsethik, die Sicherstellung und Verbesserung der Ausbildungsqualität, gesundheitsversorgungspolitische Aspekte (Strukturqualität), die Legitimation der Leistung auf dem Gesundheitsmarkt, und "Routineüberwachung" (aus pharmakologischen Forschung) der Interventionen und ihres Outcomes im Feld wird angestrebt (Laireiter 1995).

Bevor vor diesem Hintergrund der Nutzen von Forschung für die Qualitätssicherung von psychotherapeutischer Dienstleistung erläutert wird, möchte ich auch einen kritischen Aspekt dieser Forschungsrichtung ins Gedächnis rufen: Ist effizienzorientiertes Qualitätsmanagement nicht auch ein "Kotau" (Fäh-Barwinski 1996) vor GeldgeberInnen und unserer Leistungsgesellschaft, in der alles meßbar sein muß? Die ein Mann/Frau/Firma Psychotherapeutische Praxis muß sich erfolgreich bemühen, die Qualität ihres Produktes und ihrer täglichen Arbeit darzustellen, zu sichern und zu verbessern, sonst hat sie kein Bestehen im hart umkämpften "Gesundheitsmarkt".

Die PsychotherpeutInnen als AnbieterInnen erbringen mit der Psychotherapie eine Leistung, um implizite und explizite Erwartungen der KlientInnen zu erfüllen. - Die Festlegung der Qualität dieser Dienstleistung erfolgt b e i d s e i t i g (customer-supplier-relationship) (Piribauer, 1995).
Auch Erwartungen der Gesellschaft, die Psychotherapie mitbezahlt, spielen dabei eine Rolle, eine Verschwendung von Geld und Zeit soll hintangehalten werden.
Um Qualität sicherzustellen, sollten somit die Bedürfnisse der KlientInnen regelmäßig erhoben werden (Therapieziele) und die psychotherapeutische Leistungserbringung an deren Bedürfnisse angepaßt werden.
KlientInnen wollen "geheilt" werden, d.h. besser "liebes- und arbeitsfähig" (Freud 1969) werden. Die individuelle und gesellschaftliche Erwartung an Psychotherapie ist eine Gesundheitsverbesserung der KlientInnen, wobei sich hier die Frage stellt, wie Gesundheit definiert und gemessen wird. Ist damit biologisch normal, physisch unbehindert, psychisch vital, sozial aktiv, arbeits- und genußfähig gemeint?

Bezüglich der Psychotherapieforschung als Qualitätssicherung können wir folgende Forschungsbereiche unterscheiden:

1. Strukturqualität: Ist die Qualität der Rahmenbedingungen der psychosozialen Versorgung etwa der ausreichende Verfügbarkeit der TherapeutInnen, der Ausstattungsqualität der Praxen, der Ausbildung der Personen, die Psychotherapien durchführen.
2. Behandlungsqualität: ist die Prozeßqualität im psychotherapeutischen Geschehen. Sie wird in der Psychotherapieprozeßforschung, meist am Einzelfall untersucht. Dabei geht es um die Einhaltung eines zielgerichteten heilenden Handelns, das für die jeweilige psychische Störung der Menschen sinnvoll ist. Dieses Forschungsfeld ist ein besonders diffiziles, da sich psychotherapeutisches Handeln kaum standardisieren läßt. Studien liegen außer in Form von Einzelfalldarstellungen, nur für wenige, abgegrenzte Teilbereiche vor, z.b. Verhaltenstherapie bei Panikstörungen. Qualitätszirkel, Supervision, Intervision für PraktikerInnen entsprechen viel eher der Sicherung der Behandlungsqualität, sind allerdings kaum systematisiert darstellbar.
3. Ergebnisqualität: Ist die Evaluation des Outcomes, bezieht sich auf die Ziele der Psychotherapie und beschreibt, ob diese in der individuellen Behandlung errreicht worden sind.

1.2.3 Psychotherapie- Ergebnisforschung

Alle Psychotherapien brauchen Legitimation - aber welchen Standards soll diese Erfolgsmessung genügen?
Es herrscht weitgehend Einigkeit, was Kriterien einer erfolgreichen Psychotherapie sind, aber es ist nicht klar, wie sie gemessen werden können, zu multifaktoriell ist der Prozeß und das Ergebnis psychotherapeutischen Handelns.

So sind folgende Dimensionen von Heilung denkbar:
- Wurde das Symptom beseitigt oder eine positive Norm erreicht?
- Wer sind die Beurteilungsquellen der Heilung ? (TherapeutIn, KlientIn, BeobachterIn)
- Was sind deren Beurteilungsmethoden (Außenbeobachtung, Selbstrating, Fremdrating, Tests, psychophysiologische Messungen, Sozialdaten)?
- Findet eine direkte Veränderungseinschätzung (abschließende Einschätzung mit Ende der Therapie bezüglich der Lebensqualität, der Symptomänderung, bezüglich eingangs definierter Ziele) oder indirekt: durch einen Vorher/Nachher Vergleich statt?
- Wie definiert man die Signifikanz der Ergebnisse: wie groß müssen Unterschiede sein, damit Signifikanz erreicht wird? (Abhängig von der Größe der Stichprobe); wobei zwischen "Klinischer Relevanz" (= hohe Differenz zwischen PatientInnen und NichtpatientInnen) und "Statistischer Signifikanz" (= überzufälliger Zusammenhang gemessen an der Zufallswahrscheinlichkeit) unterschieden wird?

Im folgenden seien einige Studien angeführt, deren Ziel die Erhebung der Ergebnisqualität von Psychotherapie ist und die diese Fragen auf unterschiedliche Art lösten:

Grawe, Donati & Bernauer (1994) führten eine Metaanalyse zur Effizienz von verschiedenen psychotherapeutischen Schulen durch. Sie fanden dabei, daß kognitiv-behaviorale Therapien eine sehr positive Bewertung der Wirksamkeit haben und folgerten aus der Metaanalyse, daß eine durchschnittliche Therapiedauer von 40-50 Sitzungen ausreicht, um einen guten Therapieerfolg zu erzielen. Bei einer Nachanalyse stellte sich jedoch heraus, daß manche KlientInnen erheblich kürzer, andere erheblich länger Psychotherapie in Anspruch nahmen. Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieergebnis. Dreistellige Sitzungszahlen führen aber nicht automatisch zu signifikant besseren Ergebnissen als zweistellige. Für realistische Studien ist es wichtig, daß die KlientInnen jene Therapiedauer bekommen, die sie brauchen, nicht von experimentellen Vorgaben genormt, wie es bei der Hauptzahl der von Grawe et al. verwendeten Studien der Fall war. Daß Verhaltenstherapie so gut abschneidet ist möglicherweise ein Artefakt der Methode der Metaanalyse: Die Ergebnisse von Metaanalysen hängen sehr von einzelnen Arbeitsschritten wie Studienauswahl, Art der Effektstärkenberechnung sowie Design und Meßmittelaspekten zusammen, erläutert Grawe (1995) selbst. Die Meßvoraussetzungen der verschiedenen Therapien sind unterschiedlich und es gibt keine bedeutsamen Unterschiede in der mittleren Wirksamkeit der verschiedenen Therapieformen.

"Menningerstudie" (Wallerstein 1986): Hierbei wurden Gruppenstatistik und Einzelfallanalyse verbunden und Katamnesen von bis zu 30 Jahren durchgeführt. Einen Beweis, daß die Veränderungen tatsächlich auf Spezifika der jeweiligen Therapieform zurückzuführen sind, gelang allerdings nicht.

Blomberg et al. (1996): führte in Stockholm eine Studie zu Langzeiteffekten von Psychoanalyse und psychoanalytischen Psychotherapien durch, bei der er als Ergebnis fand,

daß die "klassische" Psychoanalyse in dieser Studie den anderen analytischen Therapien hinsichtlich der Langzeitwirkungen überlegen war.

Europäische Untersuchung zur Behandlung von Eßstörungen laut einem Bericht vom Kongress der Europasektion der Society for Psychotherapy Research (1996) fand hierbei eine differenziertere Messung der Symptome und Leidenszustände in Hinblick auf Arbeit, Beziehungen, und allgemeine Lebenszufriedenheit statt, wobei sich bei all diesen Parametern durch die psychotherapeutische Behandlung eine Verbesserung ergab.

Schiepek (1995) führte eine Mikroanalyse der TherapeutIn-KlientIn - Interaktion mittels sequentieller Plananalyse durch. Das Meßinstrument war eine 74 Items Beschwerdeliste: Dabei zeigte sich eine Reduktion der Symptome ("sehr stark") von 24 auf 8 am Ende der Therapie und nach 6 Monaten Follow-up. Bezüglich der Einschätzung der Lebenszufriedenheit mittels Fragebogen ergab sich nur wenig Änderung.

Rudolf (1991): führte eine Untersuchung über Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapien in Berlin durch: Dabei wurden bei 20 niedergelassenen und 20 stationär arbeitenden PsychoanalytikerInnen über mehrere Jahre 700 PsychotherapiepatientInnen mit 300 Behandlungen auf Verlauf und Ergebnis hin studiert.

Senf und Schneider-Gramann (1990) nahmen in ihrer Untersuchung die Subjekt-Sicht der KlientInnen im Rückblick auf ihre Therapie als Maß und führten nach mindestens 2 Jahren nach Therapieende eine Katamnese durch. In den Fragebögen und Interviews wurden folgende Gesichtspunkte angesprochen:

1) Die Beziehungserfahrung mit dem/der Therapeuten/in: Dabei zeigte sich eine Tendenz zur Wiederholung und Neuerfahrung problematischer Beziehungsinhalte, das Bild vom Therapeuten/in änderte sich im Lauf der Therapie.
2) Ein verändertes Verhältnis der KlientInnen zu ihrem Symptom: Ein Begreifen und Verstehen des Symptoms statt irrational und fremd erlebte Beschwerden durch veränderungsrelevante emotionale Neuerfahrungen fand statt.
3) Die Lernerfahrungen im Verhältnis zur Mitwelt: Soziale Kontakte waren nicht mehr so sehr mit Angst und Scham besetzt, Rückzug und Isolation nahmen ab, Krankheit wurde nicht mehr als Stigma betrachtet. Besonders die Gruppentherapie zeigte sich hier hilfreich, es gelang zumeist ein Umsetzen der neuen Erfahrungen in die Lebensrealität .
4) Die Veränderung des Selbstgefühls: Dieses wurde positiver.

Frank & Fiegenbaum (1994) berichten von Auswertungen der routinemäßige Katamnese in Christoph-Dornier-Stiftung für klinische Psychologie Marburg. 6-8 Wochen sowie 5 Jahre nach Therapieende wurden dabei Nachuntersuchungen durchgeführt. Die PatientInnen waren durchschnittlich bis zu 2 Wochen stationär und den ganzen Tag in Behandlung, Es überwog Einzel-Verhaltenstherapie mit kognitiven Elementen von ca. 40 Behandlungseinheiten. Die Stichprobe betrug 461 KlientInnen.
Ergebnisse: Die globalen Erfolgseinschätzungen spiegelten sich deutlich in den symptomspezifischen wie auch den symptomübergreifenden Werten wieder, es gab keine Hinweise auf Symptomverschiebungen. 30% der KlientInnen konnten bei ersten Kontaktaufnahme wieder erreicht werden, in anderen Fällen war ein höherer Nachforschungsaufwand nötig, manche Befragungen erst nach einem Jahr möglich.
PatienInnen, die im Rahmen von Katamnesestudien nicht erreicht werden können, sind zu einem hohen Prozentsatz weniger erfolgreich behandelte Patienten. Je erfolgreicher und je

überzeugender eine Therapie für eine/n Patienten/in, desto eher nimmt er/sie an der Katamnese teil.

Dührssen & Jorswieck (1965) führten eine Kontrollgruppenuntersuchung von psychoanalytischen Patienten in Berlin durch. Die Objektivierung der katamnestischen Untersuchung wurde durch eine unbehandlete Kontrollgruppe von der Warteliste gewonnen. 1004 PatientInnen wurden 5 Jahre nach Abschluß der Therapiebefragt, davon 125 nach dem Zufallsprinzip.
Ergebnisse: Bei den behandelten PatientInnen fand sich ein starkes Absinken der Krankenhausaufenthalte im Vergleich zur unbehandelten Gruppe.
In einem Vergleich mit einer dritten Gruppe von "normalen" Versicherten aus Allgemeinen Ortskasse Berlin (nach dem Zufallsprinzip) zeigte sich zwischen den behandelten PatientInnen vor der Therapie und wartenden PatientInnen der Kontrollgruppe kein signifikanter Unterschied. Bei diesen beiden Patientengruppen fand sich aber ein signifikant höherer (1%-Signifikanz) Krankenhausaufenthalt als bei Normgruppe. Nach Ende der Psychptherapie zeigte sich ein statistisch signifikanter Rückgang der Krankenhausaufenthalte bei den behandelten PatientInnen, bei den unbehandelnden Patienten war kein Absinken festzustellen. Psychotherapeutisch behandelte PatientInnen hatten nach der Therapie auch signifikant weniger Krankenhausaufenthalte als die Normgruppe. Dührssen folgerte daraus, daß chronisch erkrankte Neurotiker mit Mitteln einer langfristigen Therapie in ihrem gesundheitlichen Befinden gebessert werden können: Dies sowohl nach deren eigenen Angaben, den Befunden der behandelnden ÄrztInnen und objektiv durch Zahl der Krankenhausaufenthalte. Die Besserung war so groß, daß die Krankenhausaufenhalte unter denen der Normpopulation liegen.

1.2.4. Psychotherapieprozeßforschung

In dieser Forschungsrichtung wird der Frage nachgegangen, wie und durch welche Faktoren Psychotherapie wirkt, mit welchen Modellen sich dieser Prozeß angemessen konzeptualisieren läßt. Die Psychotherapieprozeßforschung steht noch ziemlich am Anfang, und widmet sich hauptsächlich einem vertieften phänomenologischen Verstehen. Einzelfallforschung ist dabei die Methode der Wahl.
Es geht dabei meist um die Erfassung der Vollzeit des psychotherapeutischen Prozesses (was eben meist nur am Einzelfall möglich ist), wobei Mikroanalysen der TherapeutIn/KlientIn Beziehung mit Makrodaten kombiniert werden.

So führten etwa Barwinski, Fäh & Schneider (1994) eine Dokumentation langfristiger Veränderungsprozesse in längeren Therapien durch: Betrachtet wurde ein 1-Jahres-Ausschnitt aus einer Psychoanalyse und dabei wurde ein Raster aus der Theorie der selbstorganisierten Prozesse zur Abbildung der Therapie verwendet.
Urs Weibel (1996) führte eine videogestützte Dokumentation von Therapiesequenzen durch.

Weitere Untersuchungen verwendeten Methoden wie Prozeßanalyse von Gesprächssequenzen Bill Stiles et al. (1996), oder machten Mikroanalysen von Videoaufnahmen des verbalen und nonverbalen Verhaltens der TherapeutIn/KlientIn Interaktion (Bänninger-Huber et al. 1996), sowie mittels sequentieller Plananalyse (Schiepek 1995).

1.2.5 Die Consumer reports Study

Als weitereren Punkt der Darstellung verschiedener Aspekte in der gegenwärtigen Psychotherapieforschung sei nun auf jene Studie eingegangen, die als ursprüngliches Modell und Ideengeberin für die hier vorliegende Arbeit fungierte.

In herkömmlichen klinischen Effizienzstudien wird die Wirksamkeit von Einzelfaktoren der Psychotherapie unter Laborbedingungen beobachtet. Nötig ist dazu die
- Zuordnung der PatientInnen zu Versuchsgruppe (mit Behandlung) und Kontrollgruppe (ohne/ mit anderer Behandlung) nach dem Zufallsprinzip (randomisiert).
- Die Behandlung der Kontrollgruppe mit Placebos der unspezifischen Therapiefaktoren wie Rapport, Erfolgserwartung und teilnahmsvolle Aufmerksamkeit (sogenannten Nonspezifika).
- Die psychotherapeutische Behandlung ist für alle PatientInnen standardisiert, es gibt hochgradig detaillierte explizite Therapievorgaben (Manuals).
- Die Sitzungsanzahl ist von vornherein festgelegt.
- Die Therapie-Ziele sind operationalisiert (klinisch diagnostizierte DSM-IV-Störungen, Zahl der Panikattaken...)
- PatientInnen dürfen nur eine einzige diagnostizierte Störung haben.
- Vor Beginn der Behandlung sowie nach Behandlungsende wird eine umfangreiche Testbatterie angewendet.

Die so erzielten Ergebnisse nennt man dann "empirisch validiert". Ob eine bestimmte Methode jedoch unter streng kontrollierten Bedingungen einer anderen Methode oder einer Kontrollgruppe überlegen ist heißt nicht, daß diese in der Praxis ebenso wirkt.
Außerdem widersetzen sich langfristige Psychotherapien in der Praxis einer empirischen Validierung, weil sie das Paradigma der Effizienzstudien sprengen:
- Es ist unmöglich, eine Kontrollgruppe einzurichten, die über Jahre hinweg nicht behandelt wird, oder eine Vergleichsbehandlung mit unspezifischen Faktoren erhält,
- Therapie-Standardisierungen der Interventionen bei verschiedenen KlientInnen über hunderte Sitzungen durchzuführen,
- eine zufällige Zuordnung zu Behandlungen/ Schulen/ TherapeutInnen zu treffen, ohne die PatientInnen miteinzubeziehen,
- die Monosymptomatik der Beschwerden (d.h. nur e i n e klinische Diagnose, keine weiteren Beeinträchtigungen) bei KlientInnen als Maß zu nehmen.

Das, was in der Praxis der tatsächlich angebotenen Langzeittherapien wirkt, ist oft nicht "empirisch validiert" also unter den Anforderungen klinischer Studien nicht untersucht, das heißt deshalb aber nicht wirkungslos.
Diese Lücke zu schließen und die Wirkung von Langzeittherapien unter Praxisbedingungen repräsentativ zu untersuchen, war Anliegen der "consumer report-study": Klassische Effizienzstudien (deren Design aus der Pharmaforschung kommt) sind wie schon mehrfach ausgeführt, für die empirische Validierung von Psychotherapie die falsche Methode, weil sie zuviele entscheidende Elemente aus der Praxis nicht berücksichtigen:
- Psychotherapie hat meist keine festgelegte Dauer.
- Selbstkorrektur: Techniken und Verfahren, die nicht wirken, werden von Therapeuten/in während der Therapie durch andere ausgewechselt.
- Psychotherapie ist für die KlientInnen eine aktive Entscheidung und aktive Suche nach PsychotherapeutInnen (Motivation).
- KlientInnen haben meist multiple Probleme und Symptome.

- Nicht nur eine Linderung oder Verschwinden der aktuellen Symptome, sondern eine Verbesserung der Lebnensqualität wird beabsichtigt. Darunter fällt auch der Umgang mit Rückfällen oder neu auftretenden Lebenskrisen.

All diese Kritikpunkte an traditioneller Psychotherapieeffizienzforschung veranlaßten Seligman (1994) zusammen mit der Zeitschrift "Consumer Reports" eine Praxisüberprüfung von Psychotherapie durch eine breite Befragung ehemaliger KlientInnen durchzuführen. Consumer reports ist eine US-amerkanische Zeitung zum Testen von Produkten (Geräten und Dienstleistungen) durch eigene Tests und Befragung der Lesererfahrungen. Dieser Zeitschrift wurde nun ein eigens konzipierter Fragebogen zur seelischen Gesundheit und der Inanspruchnahme von professionellen HelferInnen in diesem Bereich beigelegt, sodaß jede/r HeftabonenntIn auch einen Fragebogen erhielt.

Die Stichprobe: Die Umfrage zur Psychotherapie und zum Psychopharmaka-Konsum wurde 1994 an 180.000 Leser ausgesandt.
22.000 füllten den Fragebogen aus,
7.000 äußerten sich auch zur psychischen Gesundheit,
3000 davon hatten bei ihren Problemen nur mit Freunden, Verwandten, Pfarrer (also nichtprofessionellen HelferInnen) geprochen,
4100 suchten mit ihren Problemen professionelle Helfer und Selbsthilfegruppen auf,
2900 davon konsultierten PsychologInnen, PsychiaterInnen, SozialarbeiterInnen, EheberaterInnen,
1300 Selbsthilfegruppen,
1000 HausärztInnen.
Die Befragten hatten ein hohes Ausbildungsniveau, gehörten mehrheitlich der Mittelschicht an, waren zur Hälfte weiblich, mit einem Durchschnittsalter von 46 Jahren.

Der Fragebogen: 26 vorskalierten Fragen des Fragebogens befaßten sich mit den professionellen HelferInnen.
- Art der TherapeutInnen,
- vorhandene Probleme,
- psychischer Zustand vor Beginn der Behandlung,
- gegenwärtiger psychischer Zustand,
- Setting: Gruppen/Einzeltherapie,
- Dauer und Frequenz der Sitzungen,
- Ausrichtung der Therapie (Schule),
- Kosten,
- Versicherungsanteil und Kostenbeschränkungen,
- (vermutete) Kompetenz der TherapeutInnen,
- Grad der Hilfe durch Psychotherapie generell und in welchen Bereichen,
- Therapiezufriedenheit,
- Grund für Beendigung der Therapie.

Die Messung: Zur Bestimmung der Effektivität wurden 3 Subskalen (0-300) eingerichtet:
- Spezifische Verbesserung beim Problem, das Anstoß für Aufnahme der Therapie war.
- Zufriedenheit mit der Therapie insgesamt.
- Globale Verbesserung im Befinden zur Zeit der Umfrage im Vergleich zu Beginn der Therapie.

Die Ergebnisse: Behandlungen durch professionelle HelferInnen waren in der Wahrnehmung der KlientInnen wirksam, wobei Langzeitbehandlungen wirksamer als Kurzzeitbehandlungen beschrieben wurde.
Es gab keine Unterschiede zwischen KlientInnen die ausschließlich mit Psychotherapie und solchen, die mit Psychotherapie und Medikamentation behandelt wurden.
Alle professionellen HelferInnen boten wirksame Behandlung an, am wenigsten wirksam wurden die Interventionen von EheberaterInnen eingeschätzt.
Die HausärztInnen waren bei Kurzzeitbehandlungen gleich wirksam wie PsychotherapeutInnen, bei Langzeitbehandlungen aber weniger wirksam.
Von den Selbsthilfegruppen zeigten die Anonymen Alkoholiker besonders gute Ergebnisse.
Aktive KlientInnen gaben größere Verbesserungen in ihrer Lebenssituation an.
Keine Therapiemethode wurde bei einer bestimmten Strörung von den KlientInnen besser als die anderen eingestuft.
KlientInnen, die durch Krankenversicherungs-Vorschriften nicht selbst ihre TherapeutInnen aussuchen oder die Dauer der Behandlung bestimmen konnten, hatten geringere Verbesserungs- werte.

1.2.6 Überlegungen zur Meßmethodik

Psychotherapie hat eine heilende und aufklärende Funktion, sie soll PatientInnen die Bedingtheit ihrer Leiden erklären und sie von diesen befreien. Ob dieses Ziel auch erreicht wird, soll in der Evaluation gemessen und abgebildet werden. Oft wurde in der herkömmlichen Psychotherapieforschung dem Subjekt des Geschehens, den betroffenen KlientInnen und ihrem individuellen Erleben aber kein Gehör geschenkt. Eine darauf Bezug nehmende Messung sollte deshalb eine Kombination von qualitativen und quantitativen Methoden und eine offene Vorgehensweise (Senf 1990) beinhalten. Therapieerfolg heißt, daß Therapieziele erreicht wurden. Dabei sind sowohl Endziele wie auch Teilziele (vermittelnde Ziele, mediating goals) bzw. Zwischenstufen interessant. Für die Evaluation von Einzelfällen ist die Skalierung der Erreichung von individuell festgelegten Zielen sinnvoll. Verschiedene Therapieschulen haben jedoch auch unterschiedliche Therapieziele. Allen gemeinsam ist jedoch die Heilung oder Besserung von Zuständen, die im juristischen Sinn als Krankheit (oder Behinderung) zu bezeichnen ist bzw. denen Krankheitswert zuzusprechen ist.
Die Validität der Meßinstrumente und die statistische Reliabilität der Messungen ist unter praxisnahen Bedingungen nur schwer herzustellen. Die Schwierigkeit mit naturwissenschaftlichen Forschungsparadigmen ist jene, die besagt, daß Wirkungen quantitativ erfaßt werden müssen oder wie etwa in der Pharmakologie Dosis-Wirkungsmessungen covarieren.
Dagegen hat aber Psychotherapie mehr Ähnlichkeit mit Pädagogik, der Zuneigung für das sich Entwickelnde, das Engagement für KlientInnen: Wie in der Pädagogik geht es um umfassende menschliche Entwicklungsprozesse, die mit Effektivität und Wirtschaftlichkeit nur schwer zu fassen sind.
Denn unter Alltagsbedingungen entscheiden sich die KlientInnen selbst für eine bestimmte Therapie. Die KlientInnen, die untersucht werden können, sind nicht symptomhomogen, ihre Therapieziele und die Dauer der Therapie sind nicht vorhinein festgelegt bzw. verändern sich im Therapieprozeß auch. Ebenso werden Setting und Behandlungstechniken nach Bedarf variiert. Die Ziele von Psychotherapie sind auch Wertsetzungen und je nach Methode sind theorie- und menschenbildimmanente utopische Ziele möglich. Gesundheit als vollständiges bleibendes körperliches und seelisches Wohlbefinden ist wohl nicht herstellbar. Ist es dann auch legitim von Erfolg zu sprechen, wenn es möglich ist, mit Beschwerden umzugehen und erträglich zu leben? Zu bedenken gilt es auch, ob in Therapie eigene oder die Erwartungen

anderer erfüllt wurden. Die Operationalisierung von Therapieerfolg wurde bisher immer als Mehr oder Weniger in Bezug auf eine Dimension gesehen, jede Variable wird für sich ausgewert und ihre Interdependenz oft nicht genügend beachtet. Eine Metaanalyse von 475 Therapiestudien von Smith,Glass& Miller (1980) ergab nur etwas über 2 Erfolgsmaße pro Studie.

Bei der Psychotherapieergebnisforschung unterscheiden wir generell drei Arten von Datenquellen:
1. klinische Beobachtungen der TherapeutInnen (Fallberichte),
2. kontrollierte Studien: Hierbei wird die Korrelation zwischen Prozeßmerkmalen und Therapieergebnissen untersucht - DatengeberInnen können Bezugspersonen, unabhängige BeobachterInnen, standardisierte Meßinstrumente oder institutionelle, sozialdemografische oder bio-somatische Daten sein,
3. Erfahrungsberichte ehemaliger KlientInnen, deren subjektive Sichtweisen und Erfahrungen.

Bezüglich der Bestimmung der Qualität der Psychotherapie insgesamt kommen folgende Aspekte zum Tragen:
1. Strukturqualität (Ausstattung Organisation der Institution, Ausbildung u. Qualifikation des/der BehandlerIn)
2. Prozeßqualität (Qualität der Maßnahmen, war Durchführung lege artis?)
3. Ergebnisqualität (Resultat der Maßnahmen, Therapieerfolg) können gemessen werden.

In Metaanalysen wie der Grawes´(1994) werden die inhaltlichen Fragen des Therapieerfolgs nicht berücksichtigt. Das Kriterium der "Effektstärke" ist lediglich der Grad der erzielten Veränderung, gleichgültig, in welchen Dimensionen der Veränderung gemessen wird.
Bei der Klassifikation von Erfolgsmessungen sind deshalb multiple Kriterien auf verschiedenen Dimensionen, die mit verschiedenen Methoden und auf verschiedenen Ebenen gemessen werden, empfehlenswert (Schulte 1993).

Meßzeitpunkt: Hier sind globale retrospektifische post-treatment Einschätzung, prae-post Differenzen oder prozeßbegleitende Datenerhebung Meßmöglichkeiten.
Zu beachten ist, daß eine Generalisierung über Zeit, das bedeutet eine Dauerhaftigkeit der Veränderung durch späte Katamnesemessungen, unerläßlich zur Erhebung der tatsächlichen praktischen Psychotherapiewirksamkeit ist.
Die untersuchte Veränderung kann bezogen auf eine bis alle Sitzungen bezogen werden. Wichtig zu bemerken ist, daß der Meßzeitpunkt die Erfolgsschätzung beeinflußt (timing/delay). Der optimale Katamnesezeitpunkt ist unklar, ebenso wie die Trennnung in Behandlungseffekte, Reifungsprozesse, Umwelteinflüsse. Tatsache ist, daß der Katamnesezeitpunkt die rückblickenden Darstellungen beeinflußt. Allerdings ist nicht eindeutig feststellbar, bei welchen Personen diese nachträgliche Gewichtung wie und in welche Richtung wirkt.

Eine weitere Meßfrage ist die nach der Heilung oder Besserung von Krankheit. Dabei ist die Beschreibung folgender Dimensionen denkbar: Breite und Dauerhaftigkeit der erzielten Veränderungen, Prozentsatz der gebesserten PatientInnen, PatientInnenzufriedenheit und ethische Angemessenheit. usw. sind alles weitere Aspekte und Möglichkeiten der Abbildung von Therapieerfolg und -qualität. Hierbei sind folgende Dimensionen einer Messung möglich und sinnvoll:
Datenebenen: Bereiche des Erlebens, Verhaltens, Leistung, sowie bio-somatische Daten.
Funktionsbereiche: Gefühlszustand, Wohlbefinden, soziales Funktionieren (soziale Effektivität), Selbstbewußtsein und Persönlichkeitsstruktur der KlientInnen.

Krankheitsursachen können intra,- interpersonell: biologisch, psychologisch, soziologisch betrachtet werden. Die klassische Psychiatrie und Psychoanalyse sieht dabei den Defekt in der Person; Verhaltenstherapie und humanistische Therapien lehnen medizinische Modell ab, sie sehen in äußeren Gegebenheiten die Ursachen der Krankheitgenese.
Auf der Ebene der Ursachen und der Definition der Krankheit lassen sich also keine schulenübergreifende Vereinheitlichungen der Erfolgsmessung erreichen - hier ist ein schulenspezifisches Eingehen auf das jeweils immanente Menschenbild notwendig.
Krankheit: Definition des Defektes (in der Person), "Diagnose".
Kranksein: Symptome, Beschwerden, Befunde sind der soziale Sachverhalt dieser Ebene. Hier sind störungsspezifische Erfolgsmaße angezeigt. Die Meßinstrumente sollten auch breit genug sein, um Symptomverschiebungen erfassen zu können.
Krankheitsfolgen: Krankenrolle, Einschränkungen des erwarteten Normalverhaltens, etc.. Hier sind allgemeine schulenübergreifende und störungsübergreifende Messungen möglich. Betrachtet kann etwa die Beeinträchtigung der normalen Rolle bezüglich der Arbeit/Leistung, den sozialen Aktivitäten und den Beziehungen werden. Auch eine Verminderung der Demoralisation im subjektiven Erleben der Krankenrolle (Erklärung für Leidenszustand, Kontrolle über Befindlichkeit, Selbstwert) ist abfragbar.

Der Therapieerfolg ist somit eine Besserung oder Heilung auf allen oder Teilen dieser vier Ebenen: Ein/e geheilte PatientIn übernimmt keine Krankenrolle mehr, hat keine Einschränkungen des normalen Rollenverhaltens, keine Symptome und Auffälligkeiten, keinen Krankheitsdefekt und/oder gegebenenfalls keine Krankheitsursachen mehr.
Jeder Therapieerfolg sollte daher auf zumindest auf 2 bis 3 dieser Ebenen gemessen werden:
- Krankheitsdefekt und Ursachen (schulenspezifisch)
- Symptome und Beschwerden (störungsspezifisch und umfasssend für andere Symptomatik)
- Krankheitsfolgen: allgemeine, störungs- und schulenübergreifende Maße sind Mittel der Wahl.

Erfassung des Grades der Veränderung:
Die Datengewinnung ist möglich durch:
- subjektive, globale retrospektive Schätzungen zu Therapieende durch die KlientInnen
- Differenz zwischen mindestens 2 Werten: der Prae-Post-Messung, einem Vergleich mit Ausgangszustand vor Therapiebeginn, oder nach Therapieende mit einem definierten Zielwert
- statistischer Vergleich: Position der KlientInnen zu Therapieende bezogen auf Vergleichswerte einer Norm.
- Spezieller statistischer Index für reliable Veränderungen von Prae nach Post- Messung.

Erfassung des Grades der Zielerreichung:
- Zufriedenheit als globales Urteil zu Therapieende (wieweit ein zu Beginn nicht explizit definierter Zielzustand nach Therapieende erreicht wurde) oder auch eine soziale Validierung, das ist Bewertung des Therapieerfolgs durch Bezugspersonen der KlientInnen.
- Zielerreichung: z.B. durch GAS (Goal-attainment-scales) als Ausmaß der Annäherung an vorher für den Einzelfall definierten Zielzuständen von TherapeutInnen, KlientInnen oder Dritten eingeschätzt.

Erhoben kann auch werden, ob eine Norm (Ideal oder statistisch) erreicht wurde. Dabei kann im statistischen Vergleich die Position der/s Klienten/in zu Therapieende auf die Werte einer Norm bezogen werden.

- Klinische Relevanz: liegt KlientIn jetzt in der Meßwertverteilung der Normpopulation oder außerhalb der Meßwerte der dysfunktionalen Population. Hier ist die Norm die statistische Norm.

Interessant ist dabei, daß die subjektive Zufriedenheit von PatientInnen oft nur gering mit Prä/Postmessungen korriliert.
Dies alles ist Effektivität der Behandlung. Durch zusätzliche Berücksichtigung weiterer Variablen kann auch die Effizienz beurteilt werden (in Bezug setzen zu Aufwand und Kosten der Therapie).

(Normierte) Meßinstrumente:
In einer Studie von Jandl-Jager, Springer-Kremser et al. (1993) wurden Veränderungsbereiche, die in Evaluationsstudien gemessen, katalogisiert und bewertet:
Im Persönlichkeitsbereich sind dies: Allgemeine Befindlichkeit, Erleben, Bewältigung, Einstellungen durch Selbst- und Fremdeinschätzung
Bezüglich der subjektiven Beschwerden und Symptome werden Beschwerdebögen und Symptomlisten ebenfalls durch Selbst- und Fremdbeurteilungen herangezogen.
Somatische Messungen wie physiologische Maße, Gewicht etc. sind vor allem in klinischen Studien im Einsatz.
Soziales Verhalten soll durch Interaktionskategorien, Beobachtungssysteme, äußere Daten wie Scheidung, Delinquenz, aggressives Verhalten gemessen werden.
Leistungsbereich stehen Parameter wie Konzentration, kognitive Leistungen, Aufmerksamkeit im Mittelpunkt der Forschungsbemühungen.
Bezüglich der störungsbezogenen Veränderungen sind harte Daten wie: Häufigkeit der Arbeitsunfähigkeit, Dauer stationärer Behandlung, Medikamentenverbrauch, Therapieabbrüche, Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zu finden.

Weitere Effektivitätsmaße sind: Behandlungsdauer, PatientInnenzufriedenheit, von TherapeutIn/KlientIn wahrgenommene Veränderungen, in der Therapie definierte Behandlungsziele, momentane Lebensqualität, Wohlbefinden der KlientInnen nach Therapie (Laireiter 1995).

Zur Operationalisierung von Störung und Therapieziel eignen sich etwa die OPD von Rudolf (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) in der die Persönlichkeits- bzw. Störungsstruktur durch 6 psychoanalytische Kriterien beschrieben wird und die die Erfassung der inneren Veränderungen versucht.
SF-36 Health Survey: (M. Bullinger): In diesen Skalen wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität an 1500 Personen im deutschsprachigen Raum normiert.
VLB Veränderungsfragebogen für Lebensbereiche (Grawe, Ambühl) soll Veränderungen in Beziehungen zur Familie (Vater, Mutter, PartnerIn, Kinder), andere enge Beziehungen, den allgemeinen Kontakt und Umgang, Beruf, Freizeit, Therapie, sowie die allgemeine Stimmung und Zukunftserwartungen der KlientInnen messen. In 23 Items (von +4 bis -4 skaliert) wird gefragt, ob eine jeweilige Änderung auf eigenes Verhalten oder Umweltänderung zurückgeführt wird. .
VPB Veränderungsprozeßbogen (Grawe, Ambühl) ist für Veränderungen in den letzten drei bis vier Tagen konzipiert. Er mißt die allgemeine Zufriedenheit (-4 bis +4) und pro Lebensbereich Änderungen bezüglich der Gefühle, des Verhaltens und der Einsicht (von 0 bis 4) bezüglich der Lebensbereiche: Familienangehörige, andere enge Beziehungen, allgemeiner Kontakt, Beruf und Arbeit, Freizeit und Therapie (vgl. VLB). Er begleitet den Therapieprozeß und soll 2mal wöchentlich ausgefüllt werden. Dabei bezieht sich der VPB explizit auf Veränderungen - d.h. nicht ein Status sondern ein Vergleich mit dem letzten Mal und Aussagen über Zusammenhänge von Veränderungen wird angestrebt.

Der VEV Veränderungsfragebogen für Erleben und Verhalten ist ähnlich konzipiert.

Die drei letztgenannten Fragebögen wurden aus der Erkenntnis entwickelt, daß Therapieerfolg keine eindimensionale Beschreibung zuläßt, sondern in mehreren Bereichen Auswirkungen hat - somit muß es mehrere Erfolgskriterien für psychotherapeutische Behandlung geben. Alle diese Fragebögen sind sehr allgemein aufgebaut und führen zu eher positiven Einschätzungen des Therapieerfolgs. Es fehlt ein Verfahren, das die Veränderungen spezifischer und differenzierter mißt und auch kriterienbezogenes Vorgehen beinhaltet (Laireiter 1996).

SCL 90-R Symptomcheckliste von Derogatis: Beinhaltet Fragen zu vorhandenen Beschwerden im Bereich Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus bezogen auf die letzten sieben Tage.

IIP-C Inventory of Interpersonal Problems Horowitz, Strauss & Kordy (1994): Ist ein Fragebogen zu interpersonellen Beziehungen und Problemen des/der Patienten/in. Er unterteilt 4 Pole: autokratisch-unterwürfig, streitsüchtig-ausnutzbar, abwesend-fürsorglich, introvertiert-expressiv.

Allgemeines Psychotherapiedokumentationssystem PSYCHO-DOK (Laireiter, Lettner& Baumann 1997) ist derzeit in Erprobung und Ausarbeitung. Es gibt dazu aber noch keine Reverenzwerte, da es erst seit etwa einem Jahr (Frühjahr 1997) in derzeitigen Form in Verwendung ist.

1.4 Conclusio: Anforderungen an Psychotherapieforschung

Tracey Shea (1996) stellte auf der Tagung der Europasektion der Society for Psychotherapeutic Research weitreichende Forderungen an Forschungsinstrumente und Ergebnisse von Langzeitverläufen in der Psychotherapie: Eine Fülle von differenzierten Informationen zur Lebensführung eines Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt und einem bestimmten Zeitraum ist zu erheben nötig, will man den Erfolg von Psychotherapie messen. Dabei ist die Erfassung der Symptome ebenso wichtig wie die Erhebung von Daten zur Berufsbewältigung, Beziehung, Zufriedenheit etc.. Meist begnügen sich Therapie-Erfolgsstudien mit einer Messung zum Zeitpunkt des Behandlungsendes und zu einem Zeitpunkt einige Zeit danach durch Momentaufnahmen bestimmter Variablen und PatientInneneigenschaften. Es sollte aber der gesamte Zeitraum zwischen Behandlungsende und dem Katamnsese-Interview gescannt werden, um ein genaues Bild über die Schwankungen und den tatsächlichen Verlauf des Befindens der KlientInnen zu erhalten und auch zwischenzeitliche Rückfälle zu erheben. Der Umgang mit diesen ist ebenso wichtig wie eine Symptomreduktion.

All diese (offenen) Anforderungen zeigen, daß eine naturalistische, praxisnahe Psychotherapie - Forschung erst in den Anfängen (Fäh-Barwinski, Schlegel, Schneider 1996) steht. PraktikerInnen sollten auch zu ForscherInnen werden (Schigl 1998) - so der Tenor auf Psychotherapiekongressen (Schweiz 1996, Österreich 1997). Es fehen weitgehend Untersuchungen zur prozeßorientierten Verlaufskontrolle (Jäger et al. 1992). Auch Therapeutenvariable, Verhalten der PatientInnen in der Therapie, TherapeutIn/PatientIn - Beziehung, und die Analyse von Rückfällen und Abbrüchen stellen weitgehend weiße Flecken auf der Landkarte der Psychotherapieforschung dar. Zu ihrer Operationalisierung wären jedoch multidimensionale Meßinstrumente nötig.

Ähnliche zusammenfassende Überlegungen postuliert Rudolf (1996,1997) als Anforderungen an einen neuen, praxisgerechteren Typus von Psychotherapieforschung:
- Offenlegung der Motive für die Forschung
- Eine Berücksichtigung des Subjektiven im psychotherapeutischen Prozeß (statt bloßer Quantifizierung etwa durch Befragung der KonsumentInnen
- Die Beschreibung von Qualitäten (statt ausschließlicher Quantifizierung) der Veränderungen
- Fokussierung auf die therapeutische Beziehung (statt allein auf die Diagnose der KlientInnen)
- Eine Berücksichtigung der situativen Kontexte der psychotherapeutischen Behandlung
- Eine Untersuchung des Zusammenhanges von Symptombesserung, Umstrukturierung der Persönlichkeit der KlientInnen, sowie deren subjektivem Befinden und Krankheitsverhalten - Effektivität
- Eine Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Therapieaufwand und Auswirkungen auf den Lebensalltag - Effizienz

Das alles bedeutet wissenschaftstheoretisch einen Einklang von Forschungskonzept und Therapieansatz herzustellen. Welche Breite der Sicht der Veränderung wird analog diesem hergestellt:
- Wurde bloß ein Symptom beseitigt oder etwas Positives oder eine Norm erreicht?
- Wer sind die Beurteilungsquellen (TherapeutIn, KlientIn, BeobachterIn)?
- Welche Beurteilungsmethoden (Außenbeobachtung, Selbstrating, Fremdrating, Tests, psychophysiologische Messungen, Sozialdaten) werden angewandt?
- Wurde eine direkte Veränderungseinschätzung (abschließende Einschätzung mit Therapie, der Lebensqualität, der Symptomänderung, bezüglich eingangs definierter Ziele) oder indirekte Messung etwa durch einen Vorher/Nachher - Vergleich durchgeführt?
- Wie wird die Signifikanz der Ergebnisse festgelegt? Wie groß müssen die Unterschiede sein, damit ein Ergebnis als signifikant bezeichnet werden darf, wie groß die Stichprobe? Ist eine klinische Relevanz (= hohe Differenz zwischen PatientInnen und Nicht-PatientInnen) oder eine statistische Signifikanz das Maß?
- Wird der Grad der Zielerreichung durch den Vergleich mit einem Zielzustand oder einer Norm hergestellt? Hierzu ist allerdings ein Werturteil oder eine patientInnenunabhängige Durchschnittsnorm Voraussetzung. Welche Norm wird dabei verwendet?

Die eingesetzten Methoden zur Erfahrungsgewinnung sollen somit dem Gegenstand, den PatientInnen als Menschen in ihrer komplexen psychosozialen Realität angemessen sein. Deshalb ist es sinnvoll, verschiedene Forschungsansätze integrativ zu verbinden. Die Betroffenen sollen direkt befragt werden, um ihre subjektiven Erfahrungen mit den subjektiven Erfahrungen der TherapeutInnen zu vergleichen. Diese können sich so mit dem Rückblick ihrer KlientInnen konfrontieren und prüfen, ob deren subjektive Erfahrungen mit den eigenen klinischen und theoretischen Überlegungen kontrastieren oder übereinstimmen.

Wir haben in der Konzeption und Durchführung unserer Studie versucht, diesen Anforderungen soweit als möglich gerecht zu werden.

II . Die Durchführung der Studie

2.1 Das Forschungsdesign dieser Untersuchung

In der hier vorliegenden Forschungsarbeit wurden KlientInnen, die seit Inkrafttreten des Psychotherapiegesetzes 1992 eine Integrative Gestaltpsychotherapie begonnen und diese bis Ende 1996 abgeschlossen oder abgebrochen haben, über Ihre Erfahrungen und nachträgliche Einschätzung der Therapie befragt. Es wurden auch KlientInnen befragt, die nur wenige (ab einer Anzahl von fünf) Sitzungen absolviert haben (Abbrüche).
Die Konzeption der Forschungsarbeit ging gemäß den Anforderungen an die neue Generation von Psychotherapieforschung (vgl. Kapitel 1.3) von folgenden Zielen aus:

- Die Untersuchung sollte möglichst praxisnah, d.h. in der interessierenden sozialen Wirklichkeit, durchgeführt werden.
- In den Ergebnissen sollte nicht nur die Sicht von Fachleuten einfließen, sondern vor allem die Sicht von jenen, die die zu untersuchende Maßnahme in Anspruch nehmen. D.h. die KonsumentInnen sollten ihren Nutzen beurteilen.
- Die Art des Vorgehens sollte den strengen Datenschutzanforderungen von sehr persönlichen Aussagen gerecht werden
- Die Forschungsergebnisse sollen an die am Prozeß Beteiligten, zurückgespielt und für sie wieder nutzbar gemacht werden, d.h. der Forschungsprozeß soll den Beforschten zugute kommen.

Durch diese Zielsetzungen ist klar, daß der Rahmen der Untersuchung über ein der traditionellenn naturwissenschaftlichen Empirie zuzuordnendes Design hinausgehen muß. Wie mehrfach ausgeführt, setzt ein solches an biologischer und physikalischer experimentaler Forschung angelehntes Paradigma, dem auch weitgehend die herkömmliche medizinisch-psychologische Forschung verpflichtet ist, Laborbedingungen voraus, die die Komplexität der menschlichen Realität nicht abbilden können und von einem zu manipulierenden Forschungsobjekt ausgehen. Die traditionellen Forderungen an psychologische Untersuchungen bezüglich der Variierbarkeit, der Wiederholbarkeit, der Zufallsauswahl, Versuchs- und Kontrollgruppe, etc. lassen sich in einer solch komplexen Evaluation jedenfalls nicht umsetzen und benötigen andere lebensweltlich verankerte Designs (Schigl, Petzold 1996).

Wir verzichten aus diesem Grund nach dem Prinzip der Offenheit (Hoffmann-Riem 1980) auf eine detaillierte Hypothesenbildung ex ante, wie sie eher einer naturwissenschaftlichen Erkenntnistheorie zuzuordnen wäre (Schneewind 1977). Es geht uns nicht um eine Falsifizierung von Einzelhypothesen, sondern um das Herausarbeiten von Zusammenhängen (Legewie 1991) einer beobachteten lebensweltlichen Wirklichkeit. Dieser Ansatz der Grounded Theory (Strauss 1987) räumt im Gegensatz zur naturwissenschaftlich-empirisch-orientierten Sozialforschung den gewonnen Daten aus dem Untersuchungsfeld Vorrang gegenüber einem abgehobenen Theorem ein: Erst in der Auseinandersetzung mit dem Material sollen Erklärungs- und Sinnzusammenhänge aufgedeckt werden.

Die Rückmeldung an die vom Forschungsprozeß Betroffenen ist eine weitere zentrale Annahme der Paradigmen qualitativer Sozialforschung, die diesem Design unterlegt sind. Dies schafft für die, die Forschung Ausführenden Verbindlichkeiten (Flick 1991b), nicht nur was den sorgfältigen Umgang mit dem Datenmaterial (Stichwort Datenschutz) angeht,

sondern auch bezüglich des Nutzens, der aus der Arbeit für die Betroffenen erwachsen soll. Diese in der Handlungsforschung (Haag 1972) besonders klar zum Ausdruck kommende Umgangsweise soll im Rückspielen des Endberichts an die gestalttherapeutischen PraktikerInnen sowie durch die (erhoffte) Rezeption der Fachleute für die Praxis nutzbar gemacht werden.

Die Konzeption dieser Forschungsarbeit ist somit einer primär phänomenologisch-hermenteutisch orientierten qualitativen Sozialwissenschaft zuzuordnen.

Methodische Stärken der Umfrage:

- Die Größe der Stichprobe: Die 431 ehemaligen KlientInnen, die antworteten sind für Menschen, die Psychotherapie konsumieren, prototypisch. Die Stichprobe ist die größte, die bei einer Forschungsarbeit zur Gestalttherapie je untersucht wurde.
- Die Behandlungsdauer reichte von einem Monat bis mehr als 4 Jahre. Das Behandlungsende wurde entweder durch Besserung/Keine Besserung/ finanziell nicht mehr leistbar herbeigeführt, was eine Spiegelung der Praxis bedeutet.
- Der Katamnesezeitpunkt ist nicht für alle Befragten gleich, die absolvierte Gestalt-psychotherapie lag für die KlientInnen unterschiedlich weit zurück. Die so bewirkte Streuung kann systematische Verzerrungen in eine Richtung beheben helfen.
- Im Prozeß der Psychotherapie gab es eine Selbstkorrektur der Behandlung durch den Prozeß der Therapie (nicht wie bei normierten Effizienzstudien Manuals)
- Die KlientInnen klagten durchwegs über eine multiple Symptomatik und Problematik zu Beginn der Therapie.
- Es wurden Veränderungen auf verschiedenen Ebenen der Heilung bezüglich der Symptomatik, und Aspekten der Lebensqualität Differenzen von Status prae und post erhoben.
- Die KlientInnen selbst wurden als Quelle der Beurteilung herangezogen, sie können am besten abschätzen, was ihnen die gestaltpsychotherapeutische Behandlung gebracht hat.

Methodische Schwächen der Umfrage:

- Eine Verzerrung ist aufgrund der Rücksendung von hauptsächlich zufriedenen KlientInnen möglich.
- Die KlientInnen haben ihre PsychotherapeutInnen selbst gewählt und waren überzeugt, daß sie helfen können. Es ist durch diese Studie somit nicht bewiesen, daß Gestaltpsychotherapie für Menschen, die nicht an sie glauben, genauso sinnvoll ist.
- Fehlen einer Kontrollgruppe: Vielleicht wären auch Menschen mit einer "Behandlung" durch Gespräche mit Freunden oder durch Reifungsprozesse im Laufe der Zeit geheilt worden.
- Selbstauskunft: nicht von außen verifizierbare Angaben als Grundlage der Interpretationen der ForscherInnen. Es gibt eine potentielle Ungenauigkeit durch fehlerhafte Beschreibung des emotionalen Zustandes vor/nach der Therapie durch die KlientInnen. (Jedoch ist im allgemeinen Korrelation zwischen Selbstauskunft und Diagnose hoch: Selbstauskünfte sind ja auch die Basis jeder klinischen Diagnose.)
- Retrospektive Auskunft ist möglicherweise fehlerbehaftet: Diese Ungenauigkeit kann aber auch für Ernüchterung und nicht nur für Verschönerung sprechen. Weiters ist der Katamnesezeitpunkt nicht für alle gleich, seine Länge wurde aber nicht eigens berücksichtigt.
- Es ist nicht sicher, ob die an der Studie mitarbeitenden PsychotherapeutInnen den Fragebogen tatsächlich an alle ihre in Frage kommenden KlientInnen - und nicht nur solche, die sie als zufrieden einstufen würden - geschickt haben.

Der Fragebogen soll retrospektiv die Zielerreichung und Veränderung durch die Gestaltpsychotherapie mittels direkter Einschätzungen der KlientInnen erheben. Dabei wurden die Fragen von offenen Antworten zu strukturierten Antwortkategorien abgestuft, um sowohl eine qualitativ- inhaltsanalytische als auch eine quantitativ-statistische Auswertung zu ermöglichen.
Zusätzlich wurden 2 normierte Skalen zur Gesundheit und Alltags-Lebensqualität verwendet (Siehe Anhang).
Erhoben wurden dabei Faktoren wie:
Symptome/ Diagnose/Lebensumstände zu Beginn der Therapie,
Motivation/Überweisungsmodus zur Gestalttherapie,
Ziele der Therapie und wieweit wurden sie erreicht,
Abrechungsmodus und Zuschußmodalitäten durch die Krankenkasse,
Dauer/Frequenz der Therapie,
Person des/r Therapeuten/in und Beziehung zu ihr/ihm,
Durch die Therapie bewirkte Veränderungen,
Wirkfaktoren aus Sicht der KlientInnen,
Lebensumstände der KlientInnen nach Beendigung der Therapie,
Kritikpunkte an der Therapie.

In der Auswertung wurden die 32 geschlossenen Fragen rein quantitativ-statistisch sowie die 30 offenen Fragebeantwortungen inhaltsanalytisch ("qualitative Inhaltsanalyse" durch Clusterbildung nach Meyrink) bearbeitet. Weiters hat sich bei der Sichtung der Antworten die Möglichkeit gezeigt, die inhaltsanalytisch gewonnen Cluster der offenen Fragen zum Teil mit den statistisch-quantitativ bearbeiteten in Verbindung zu bringen: Dabei werden einzelne Antwort-Kategorien nochmals codiert und als Variable bei der statischen EDV-Bearbeitung mitgerechnet.

2.2 Zum Datenschutz

Besonderen Wert muß in dieser Untersuchung auf den Datenschutz gelegt werden: Der Kontakt zu den KlientInnen konnte nur via die sie behandelnden TherapeutInnen erfolgen.

Folgende Vorgangsweise wurde dabei gewählt: Zuerst wurden die Mitglieder der Sektion Integrative Gestalttherapie im ÖAGG durch eine Mitteilung im Rundbrief der Fachsektion, eine Veröffentlichung in der Zeitschrift "Feedback", eine Vorstellung beim Jour fixe der Wiener Gestaltsektion und den Gestalttagen 1997 über die Konzeption des Forschungsprojekts informiert. Sodann wurden alle Mitglieder der Fachsektion für Integrative Gestalttherapie im ÖAGG, die in die Psychotherapeutenliste des BM f. Gesundheit eingetragen sind, in zwei Ausschreibungen zur Mitarbeit aufgerufen (siehe Anhang).

Im Laufe von 2 Monaten meldeten sich insgesamt 75 TherapeutInnen (eingetragene PsychotherapeutInnen mit und ohne Zusatzbezeichnung, die seit mindestens 3 Jahren mit KlientInnen in freier Praxis arbeiteten) durch zwei Aufrufe.
Diese gaben bekannt, wieviele ihrer Ex-KlientInnen für die Untersuchungspopulation infrage kämen und erhielten dann die entsprechende Anzahl Fragebögen.

Die TherapeutInnen schrieben die Adressen ihrer ehemaligen KlientInnen, die der Zielgruppe entsprachen auf die schon vorfrankierten Kuverts und gaben diese zur Post. Diese Adressen wurden von den PsychotherapeutInnen aber nicht ans Projekt weitergegeben.

In jedem KlientInnen-Kuvert lag neben dem Fragebogen und dem schon vorfrankierten Rückkuvert an das Gestaltsekretariat auch ein Brief bei, der über das Forschungsprojekt und seinen Ablauf und den Datenschutz informierte. Falls die TherapeutInnen es für notwendig erachteten, wurde es Ihnen freigestellt, einige Zeilen an die KlientInnen hinzufügen.

Die TherapeutInnen wurden eigens darauf hingewiesen, die Fragebögen nicht zu kennzeichnen oder die KlientInnen zu bitten, ihnen eine Kopie des ausgefüllten Fragebogens zu schicken. Dies alles hätte den im Beibrief an die KlientInnen zugesicherten Datenschutz durchbrochen.
Die Anonymität der Menschen, die den Fragebogen beantworteten und zurückschickten blieb völlig gewahrt. Der Fragebogen ging direkt ans Sekretariat, keiner der mit der Auswertung der Antworten Beschäftigten, konnte die hereinkommenden Fragebögen dem ehemaligen Klientel eines/einer bestimmten Therapeuten/Therapeutin zuordnen. Auch die TherapeutInnen wußten natürlich nicht, welche von ihren ehemaligen KlientInnen, an die sie die Fragebögen verschickten, sich die Mühe machte, diese zu beantworten und zurückzuschicken. Die TherapeutInnen sahen die hereinkommenden ausgefüllten Fragebögen gar nicht mehr. Es ist unmöglich zuzuordnen, welche Antworten von wem kommen.

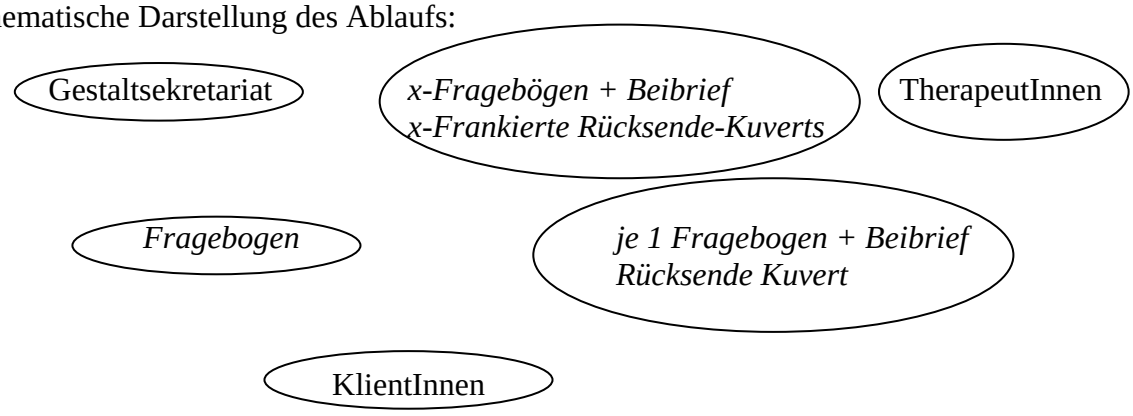
Die Anonymität bezog sich auf beide PartnerInnen in der therapeutischen Beziehung: Die Fragen sind so konzipiert, daß keinerlei Rückschluß auf den/die behandelnde(n) PsychotherapeutIn möglich ist, ebenso wie die Anonymität der KlientInnen völlig gewahrt bleibt.

Die TherapeutInnen wurden in den Instruktionen zur Mitarbeit am Projekt auch gebeten, sollten sie nicht alle Fragebögen, die sie angefordert hatten, verschicken, dies rückzumelden, um die Gesamtzahl der Aussendungen und somit die Rücklaufquote berechnen zu können.

Die Aufrufe zur Mitarbeit an die TherapeutInnen sowie die Versendung der Fragebögen an diese wurde zeitlich so konzipiert, daß die KlientInnen etwa zwei bis vier Wochen Zeit haben sollten, die Fragebogen auszufüllen und rückzusenden.

Die von den KlientInnen augefüllten Fragebögen wurden im beiliegenden Kuvert ("Postgebühr beim Empfänger einheben") direkt in das Gestaltsekretariat geschickt und dort gleich geöffnet, sodaß auch keine Poststempel-Zuordnung möglich war.

Schematische Darstellung des Ablaufs:



Auswertung

Es erreichte uns eine Anfrage einer KlientIn bezüglich des Datenschutzes über das Gestaltsekretariat, die brieflich ausführlich in diesem oben dargestellten Sinn beantwortet

wurde. Viele KlientInnen äußerten sich in Randbemerkungen zu den Fragebögen sehr angetan von der Studie, zwei KlientInnen gaben in diesem sogar ihre Adresse und Telefonnummer für Rückfragen an - worauf natürlich nicht zurückgegriffen wurde.

2.3 Zeitliche Übersicht über den Projektablauf

Dezember 1996	Konzepterstellung
Jänner 1997	Vorstellung des Projekts bei den Gestalttagen in Graz
Feber - April 97	Erstellung eines genauen Designs, Literaturarbeit, Erstellung des Fragebogens
April 97	Information über Projekt bei Gestalt Jour-fixe in Wien, Informationsabend über Projekt im Gestaltsekretariat Fertigstellung des Fragebogens: 62 Fragen und 3 normierte Skalen zum Gesundheitszustand und zur Lebensqualität Aussendung des 1. Aufrufs zur Mitarbeit an TherapeutInnen
Mai 1997	Aufgrund der geringen Zahl der Antworten 2. Aufruf zur Mitarbeit an TherapeutInnen
Juni 1997	Beginn der Aussendung der Fragebögen an die TherapeutInnen (insgesamt 2066 an insgesamt 75 mitmachende TherapeutInnen)
Juli -Aug. 97	Rücklauf der Fragebögen: Insgesamt 431 brauchbare (124 aufgrund falscher Adressen retour, ca. 30 ausgefüllte auf Postweg unverwendbar zerstört.)
Aug.-Okt. 97	Verschriftlichung der Antworten auf die 30 offenen Fragen aller 431 Fragebögen
Nov. 97	Neue Assistenzkraft
Dez.97- März 98	Qualitative Inhaltsanalyse der Antworten auf die offenen Fragen
Jänner 98	Bericht auf den Gestalttagen in Salzburg
März - April 98	EDV-Eingabe der Daten und Statistische Auswertung und Verknüpfung
Mai 1998	Erste Ergebnisse bei Wiener Gestalt-Jour fixe vorgestellt
April-Juni 1998	Endbericht

2.4 Die Zusammensetzung der Stichprobe:

Bei den befragten KlientInnen handelt es sich um Menschen, die:

- Nach der Eintragung des/der jeweiligen TherapeutIin die Psychotherapeutenliste des BM f. Gesundheit (also frühestens mit 1.2.1992) eine Integrative Gestalttherapie begonnen haben,
- diese bis zum 31.12.1996 abgeschlossen haben,
- **oder** auch die Therapie bis zum 31.12.1996 nach mindestens 5 Stunden regelmäßiger Sitzungen abgebrochen haben
- die zum Zeitpunkt der Therapie mindestens 15 Jahre alt waren,
- die an "krankheitswertigen" Zuständen litten, d.h. in unserer Definition ein "die Lebensqualität subjektiv sehr beeinträchtigender Leidensdruck" war gegeben. Ausbildungs- bzw. reine Selbsterfahrungs-KandidatInnen waren somit von der Stichprobe ausgeschlossen;
- in Gruppe, Einzel- und Paarsetting (wobei bei Paaren jeder Partner einen Fragebogen erhielt) Gestalttherapie machten;

- sowohl mit als auch ohne Inanspruchnahme des Krankenkassen-Zuschusses die Therapie in Anspruch nahmen.

2.5 Der Fragebogen

Der Fragebogen besteht aus 67, zum Großteil mehrteiligen Fragen, davon 5 (Frage 63 - Frage 67) normierte Skalen zur Erfassung der Lebensqualität und der seelischen Gesundheit/Befindlichkeit.
F 63 - 66: SF-36 Fragebogenskalen zur seelischen und gesamtheitlichen Gesundheit
F 67: Lebensqualitätsskala von M. Bullinger

Die Fragen 1 - 62 sind eine Zusammenschau aus in der Forschungsliteratur zugänglichen Fragebögen, u.a wurden aus dem VLB Veränderungsfragebogen für Lebensbereiche (Grawe, Ambühl) und VPB Veränderungsprozeßbogen (Grawe, Ambühl) einzelne Fragen abgeleitet. Weiters übernahmen wir Fragen zur positiven und regressiven Beziehungserfahrung in der Psychotherapie aus der Untersuchung von Senf (1990). Ebenso stammen Anregungen zu Fragen aus der mehrmals erwähnten Consumer Reports-Study (Seligman, 1995) sowie aus weiteren durch die Literatur zugänglichen Forschungsberichten.

Die Fragen 1 - 62 folgen im wesentlichen dem Prozeß der Psychotherapie mit den Themen:
- Setting
- Zugang zur Therapie / Verhandlungsphase
- Akzeptanz der Therapie im sozialen Umfeld
- Symptombild, Art der Beschwerden und Beeinträchtigungen
- Ziele und Erwartungen zu Beginn der Therapie
- Grad und Bereiche der Zielerreichung in der Therapie, eingetretene Veränderungen
- Psychopharmakakonsum vor/während/nach/ der Therapie und zur Zeit
- Wirkfaktoren in der Therapie/ im Umfeld
- Zufriedenheit mit Therapie
- Gründe für Beendigung
- Nach der Therapie: Wiederaufnahme einer neuen Therapie oder psychosozialen Beratung
- Rückfälle und Umgang damit, Symptomverschiebungen
- derzeitige Beeinträchtiung durch seelische Probleme
- kritische Lebensereignisse nach der Therapie
- Rückmeldungen zum Verhalten des/der TherapeutIn, Regression und KlientInnen-Verhalten in Therapie = Beziehungsqualität zum/r TherapeutIn.

Die einzelnen Fragen lassen sich zu verschiedenen komplexen Feldern zuordnen, die die Multidimensionialität der psychotherapeutischen Behandlung im wesentlich zu erfaßen versuchen:
1. Zugang zur Therapie (6 Fragen)
2. Setting (9 Fragen)
3. KlientInnenvariable (4 Fragen + demografische Angaben)
4. TherapeutInnenvariable (3 Fragen)
5. Therapeutischer Prozeß und therapeutische Beziehung (12 Fragen)
6. Wahrgenommene Wirkung/ subjektive Zufriedenheit mit der Therapie (17 Fragen)

Zur Skalierung:
Die Fragen teilen sich in:
a- offen (nur frei formulierte Beantwortung) - 9 Fragen

b- gemischt kategorisierte (Fragen zum Ankreuzen) und eine Restkategorie offen zur freien Beantwortung - 20 Fragen
c- geschlossen: nur Kategorien (Zahlen oder vorformulierte Sätze ankreuzen) - 33 Fragen
d- standardisierte Instrumente zur Messung der Lebensqualität und seelischen Gesundheit - ebenfalls geschlossene Fragen

Ausgehend von der Annahme, daß es für die BeantworterInnen leichter und bequemer ist, Kategorien anzukreuzen, als eigene Formulierungen zu finden, ist der Fragebogen so aufgebaut, daß durch die geschlossenen Fragen eine gewisse Mindestinformation zu allen interessierenden Bereichen gegeben wird. Bei vielen aber ist jedoch unter der Restkategorie "anderes" die Möglichkeit gegeben, eigene Anmerkungen und Erfahrungen rückzumelden. Jene Fragen, die ausschließlich offen zu beantworten sind, haben auch ihre Entsprechungen in skalierten oder vorkategorisierten Fragen.
Schließlich ist die Abfolge der Fragen so aufgebaut, daß zuerst meist die offenen Fragen zu einem Thema gestellt werden und erst danach die geschlossenen, um eine Beeinflussung durch vorgegebene Kategorien möglichst gering zu halten. Ebenso jenen BeantworterInnen, die offene Fragen nicht beantworten können/wollen, zumindest durch Ankreuzen von vorgegebenen Kategorien in einer nächsten Frage zu dem jweiligen Thema eine Antwortmöglichkeit zu geben. Somit sind viele Fragen "doppelt" gestellt, was auch eine Korrektur bzw. Überprüfung von Verständnisfehlern bzw. Vergleichbarkeit ("Lügenskala") möglich macht.

Bei den normalskalierten Einschätzungsfragen wurde zumeist nach dem gängigen Schulnotensystem vorgegangen (1 = sehr gut bis 5 = nicht zufriedenstellend)

Das Ausfüllen des Fragebogens, der zuvor einer Reihe von Probe-Probandinnen vorgegeben wurde, dauert in etwa 50 bis 70 Minuten.

2.6 Rücklauf der Fragebögen - das Datenmaterial:

Zahl der zur Mitarbeit aufgerufenen PsychotherapeutInnen: 304
Zahl der mitmachenden PsychotherapeutInnen (2 Aufrufe): 75 (ca. 25%)
Zahl der verschickten Fragebögen: 2066 (zw. 1 und 180 pro PsychotherapeutIn)
Zahl der FB die aufgrund einer falschen KlientInnenadresse retourgeschickt wurden: 124 (ca.6% von 2066)
Zahl der FB, die bei KlientInnen angekommen sind: 1942
Zahl der ausgefüllten FB retour ans Sekretariat: 467 (ca. 24% von 1942)
Zahl der zerstörten, unbrauchbaren FB: 36
Zahl der zur Auswertung herangezogenen FB: 431 (ca. 22% von 1942)

Der sehr hohe Rücklauf von Fragebögen hat unsere Erwartungen übertroffen, wir hatten in unserer Planung mit etwa 300 Fragebögen gerechnet.

Das qualitative Material ist sehr inhaltsreich, sehr viele KlientInnen antworteten ausführlich auf die offenen Fragen.
Die geschlossenen Fragen wurden fast zur Gänze beantwortet.

III. Auswertung und Ergebnisse

3. 0 Vorbemerkungen

Bei der nun folgenden Darstellung der Antwortfrequenzen der geschlossenen Fragen und der inhaltsanalytisch erstellten Kategorien der offenen Fragen möchte ich eingangs folgendes zu bedenken geben:

Während in der herkömmlichen KonsumentInnenbefragung der empirischen Sozialforschung die grobe Regel gilt, daß eher sehr zufriedene und eher sehr unzufriedene KonsumentInnen auf Fragebogenuntersuchungen zur Beurteilung eines Produkts antworten, zeigt sich in der Psychotherapieforschung ein anderer Trend: PatienInnen, die im Rahmen von Katamnesestudien nicht erreicht werden können, sind zu einem hohen Prozentsatz weniger erfolgreich behandelte Patienten. Je erfolgreicher und je überzeugender eine Therapie für eine/n Patienten/in, desto eher nimmt er/sie an der Katamnese teil. Auch bei unserer Studie können tendentiell eher zufriedene KlientInnen geantwortet haben, ist doch auch die Mühe des Ausfüllens eines ausführlichen Fragebogens möglicherweise nur dann gerechtfertigt, wenn man von der Behandlung profitiert hat - etwas zu geben für das, was man bekommen hat.

Nicht erhoben wurde im Fragebogen, wie lange die Therapie zum Zeitpunkt der Befragung schon beendet war, was bedeutet, das es keinen einheitlichen Katamnesezeitraum in der Stichprobe gibt. Dieser könnte nach Anforderungen an die Zusammensetzung der Zielgruppe zwischen 5 Jahren und einem halben Jahr liegen. Nachdem wissenschaftlich nicht bekannt ist, in welcher Weise ein längeres oder kürzeres Zurückliegen einer Behandlung die katamnestischen Angaben beeinflußt (Glorifizierung versus Ernüchterung und Kritik) nehmen wir an, daß die Streuung der verschiedenen Katamnesezeitpunkte sich hier zu einer Korrektur der Angabenverzerrung ausmittelt.

Nicht klar ist, ob die an der Studie mitmachenden TherapeutInnen wirklich allen ihren KlientInnen, die in die Stichprobe fielen (siehe 2.1 und 2.4) einen Fragebogen sandten, d.h. sowohl in ihren Augen "geglückte" wie auch nicht so gut gelaufene oder abgebrochene psychotherapeutische Prozesse, wie es Intention dieser Studie ist, untersuchen ließen.

Beim Vergleich von Psychotherapieforschungsergebnissen wird bemerkt, daß die subjektive Zufriedenheit von PatientInnen nur gering mit Prä/Postmessungen korriliert.

3.1. Die Antworten auf die vorskalierten und geschlossenen Fragen

3.1.1 Zur Methodik der deskriptiv-statistischen Auswertung

Im folgenden werden als erster Schritt der computerisierten Datenverarbeitung die Antworthäufigkeiten auf die Fragen dargestellt. Diese Frequenzanalyse ist Grundlage der weiteren statistischen Berechnungen läßt für sich jedoch ebenfalls schon interpretierbare Trends erkennen.
Die folgenden Ergebnisse aus den skalierten Fragen sind mit Ausnahme der demografischen Daten, die vorangestellt wurden, in der im Fragebogen erscheinenden Reihenfolge dargestellt.

Die offenen Fragen wurden nur bezüglich ihrer Antworthäufigkeiten aufgenommen, die inhaltliche Analyse zeigt das nächstfolgende Kapitel 3.2.3.

3.1.2 Darstellung der Ergebnisse der einzelnen Fragen

3.1.2.0 Die Beschreibung der Stichprobe - demografische Angaben zu den BeantworterInnen

Das Alter der KlientInnen, die an der Befragung teilnahmen, reichte von 18 Jahren bis 76 Jahren. 8 Personen beantworteten die Frage nach ihrem Alter nicht.

- 18 - 20 Jahre: 6 Personen
- 21 - 25 Jahre: 19 Personen
- 26 - 30 Jahre: 64 Personen
- 31 - 35 Jahre: 106 Personen
- 36 - 40 Jahre: 98 Personen
- 41 - 45 Jahre 52 Personen
- 46 - 50 Jahre: 33 Personen
- 51 - 55 Jahre: 22 Personen
- 56 - 60 Jahre: 15 Personen
- 61 - 65 Jahre: 3 Personen
- 66 - 70 Jahre: 3 Personen
- über 71 Jahre: 2 Personen

Die Alterskurve der Antwortenden ist in etwa normalverteilt und erreicht ihre höchste Ausprägung in der Alterskategorie von 30 bis 40 Jahren (170 Personen, das sind ca. 40% der Gesamtstichprobe). Von den 20 - 30`Jährigen haben 83 KlientInnen, von den 41- 50 `Jährigen 85 KlientInnen geantwortet.

Von den Antwortenden waren 307 Frauen und 116 Männer. 8 Personen beantworteten die Frage nach ihrem Geschlecht nicht.

Die Haushaltsgröße der Antwortenden (Wieviele Menschen leben Sie eingeschlossen in Ihrem Haushalt?) bewegte sich zwischen einer Person (89 Nennungen) und 7 Personen (2 Nennungen).

- Eine Person 92 Nennungen 21,9% der Stichprobe
- Zwei Personen 118 Nennungen 28,7% der Stichprobe
- Drei Personen 88 Nennungen 21,4% der Stichprobe
- Vier Personen 79 Nennungen 19,2% der Stichprobe
- Fünf Personen 25 Nennungen 6,1% der Stichprobe
- Sechs Personen 7 Nennungen 1,7% der Stichprobe
- Sieben Personen 2 Nennungen 0,5% der Stichprobe

20 Personen antworteten nicht auf diese Frage.

Davon lebten in Haushalten mit Kindern (unter 18 Jahren):

Ohne Kinder	221 Nennungen	55,1% der Stichprobe
1 Kind	83 Nennungen	20,7% der Stichprobe
2 Kinder	75 Nennungen	18,7% der Stichprobe
3 Kinder	18 Nennungen	4,5% der Stichprobe
4 Kinder	4 Nennungen	0,9% der Stichprobe

30 Personen antworteten nicht auf diese Frage.

Etwa die Hälfte der Antwortenden lebt ohne Kinder unter 18 Jahren, zu je einem Viertel allein oder mit einer weiteren Person in einem Haushalt. Etwa ein Fünftel der Befragten hat 1 Kind, etwa ein Fünftel 2 bis 3 Kinder.

Auf die Frage nach dem höchsten Schulabschluß verteilten sich die Antworten :

· Volksschule	8 Nennungen	1,9% aller Befragten
· Hauptschule	14 Nennungen	3,2% aller Befragten
· Berufsschule	76 Nennungen	17,6 % aller Befragten
· Gymnasium	184 Nennungen	42,7 % aller Befragten
· Universität	140 Nennungen	32,5% aller Befragten

9 Personen antworteten nicht auf diese Frage.
Somit haben 75 % aller Befragten Maturaniveau.

Die Berufsangaben liegen, wie sich aus den Angaben zur Schulbildung schon vermuten läßt, mehrheitlich im Angestelltenbereich und streuen breit vom Dienstleistungs- und Sozialen über den Naturwissenschaftlich-Technischen und Administrativen Sektor. Handwerkliche und landwirtschaftliche Berufe sind wenig vertreten.

Der Erwerbsstatus der Antwortenden war dabei:

· in Ausbildung	67 Nennungen	15% aller Befragten
· arbeitslos	18 Nennungen	4,2% aller Befragten
· in Pension	25 Nennungen	5% aller Befragten
· in Karenz	14 Nennungen	3,2% aller Befragten

Die 307 Personen (71,2%), die nicht in diese Kategorien fallen, stehen im Berufsleben.

Die Antwortenden gaben bezüglich ihres Wohnortes bzw. Wohnortgröße an:
- 217 Personen (52%) leben in der Großstadt
- 91 Personen (21%) leben in einer Klein/ und Mittelstadt
- 109 Personen (26,1%) leben in einem Landbezirk

14 Personen gaben dazu keine Antwort.

3.1.2.1 Welcher Art war die von Ihnen gemachte Therapie? (Frage 1)
Von den 431 befragten Personen antworteten nur 6 nicht auf diese Frage.
- 332 KlientInnen, das sind 77% der Gesamtstichprobe waren in Einzeltherapie,
- 49 KlientInnen, das sind 11,4 % in Gruppentherapie,
- 44 KlientInnen, das entspricht 10,2 % der Gesamtstichprobe in gestalttherapeutischer Paar-bzw. Familientherapie.

3.1.2.2 Wo fand die Therapie überwiegend statt? (Frage 2)
- 407 KlientInnen, das sind 94,4% der Gesamtstichprobe wurden in einer Privatpraxis behandelt.
- 16 KlientInnen, das entspricht 3,7% suchten ambulant eine Institution (Ambulanz, Beratungsstelle . ..) auf, in der sie gestalttherapeutisch behandelt wurden.
- 5 KlientInnen, das sind 1,2% waren zur Therapie stationär in einer Institution (Krankenhaus,..).

3 Mal wurde diese Frage nicht beantwortet.

3.1.2.3 Wie wurde Ihre Therapie finanziert ? (Frage 3)

- 247 KlientInnen, das sind 63% gaben an, daß ihre Gestalttherapie teilweise durch die Krankenkasse bezahlt wurde.
- 121 KlientInnen , das sind 29% gaben an, daß die Psychotherapie zur Gänze privat von ihnen bezahlt wurde.
- 9 KlientInnen, das sind 2,1 % erhielten ihre Therapie zur Gänze durch die Krankenkasse bezahlt.
- 5 KlientInnen das sind 1,2% gaben an, daß die Therapie von einer Institution bezahlt wurde.
- 2 KlientInnen, das sind 0,5 % wurden die Kosten von ihren Angehörigen bezahlt wurde.

3.1.2.4. Im Fall der (teilweisen) Finanzierung durch die Krankenkasse wurde gefragt, ob die Zuschuß-Regelung der Krankenkasse eine der folgenden Entscheidungen beeinflußt habe. (Mehrfachantworten waren möglich) (Frage 4)
Laut der vorangehenden Frage erhielten 256 KlientInnen eine zumindest teilweise Finanzierung durch die Krankenkassa.
Bei 94 KlientInnen davon beeinflußte diese Tatsache die Dauer der Therapie,
bei 74 KlientInnen die Häufigkeit der Sitzungen und
bei 29 von diesen KlientInnen die Wahl des/der Therapeuten/in.

Die Zuschußregelung der Krankenkasse scheint also bei zumindest der Hälfte der KlientInnen die Dauer der Therapie und die Frequenz der Sitzungen zu beeinflussen .

Auf die Frage, wie sie mit dem Abrechnungsmodus, dem Zuschuß der Krankenkasse zufrieden waren (Schulnotenskalierung von 1 bis 5), vergaben

- 84 KlientInnen, das sind 28,4% der hier Antwortenden die Note 3 - was eine durchnittliche Zufriedenheit bedeutet,
- 77 KlientInnen, das sind 26% der Antwortenden die Note 2- und drückten damit eine gute Zufriedenheit aus,
- 58 KlientInnen, das sind 19,6% der hier Antwortenden die Note 4 - waren also recht unzufrieden,
- 49 KlientInnen, das sind 16,6% die Note 1- diese waren sehr zufrieden und
- 28 KlientInnen, das sind 9,5% der hier Antwortenden die Note 5- diese waren absolut unzufrieden.

3.1.2.5. Auf die Frage, wieviel sie persönlich insgesamt pro gestalttherapeutischer Sitzung bezahlt hätten (Frage 5), antworteten 376 Personen, 12% der Gesamtstichprobe machten keine Angaben.
Im Durchschnitt wurden pro Sitzung 582 Schillung bezahlt. Rund 2,9% gaben an, selbst nichts zu ihrer Gestalttherapie dazugezahlt zu haben. Der höchste finanzielle Betrag betrug 1600 Schilling. 25 % zahlten weniger als 380 Schilling, 25 % bezahlten mehr als 800 Schilling. Die Standardabweichung betrug 268 Schilling.

3.1.2.6. Auf die Frage nach dem Geschlecht ihrer BehandlerInnen gaben an: (Frage 6)

- 246 KlientInnen, das sind 57,1 % bei einer weiblichen Therapeutin,
- 160 KlientInnen, das sind 37,1% bei einem männlichen Therapeuten in Psychotherapie gewesen zu sein.

· 25 Personen, das entspricht 5,1% gaben beides an. Diese besuchten eine Gruppen- oder Paartherapie mit einem behandelnden Therapeutenpaar.

3 Mal wurde diese Frage nicht beantwortet.

3.1.2.7. Auf die Frage, wie alt sie ihren/e Therapeuten/in (zum Zeitpunkt ihrer Therapie) jeweils einschätzten (Frage 7) gaben

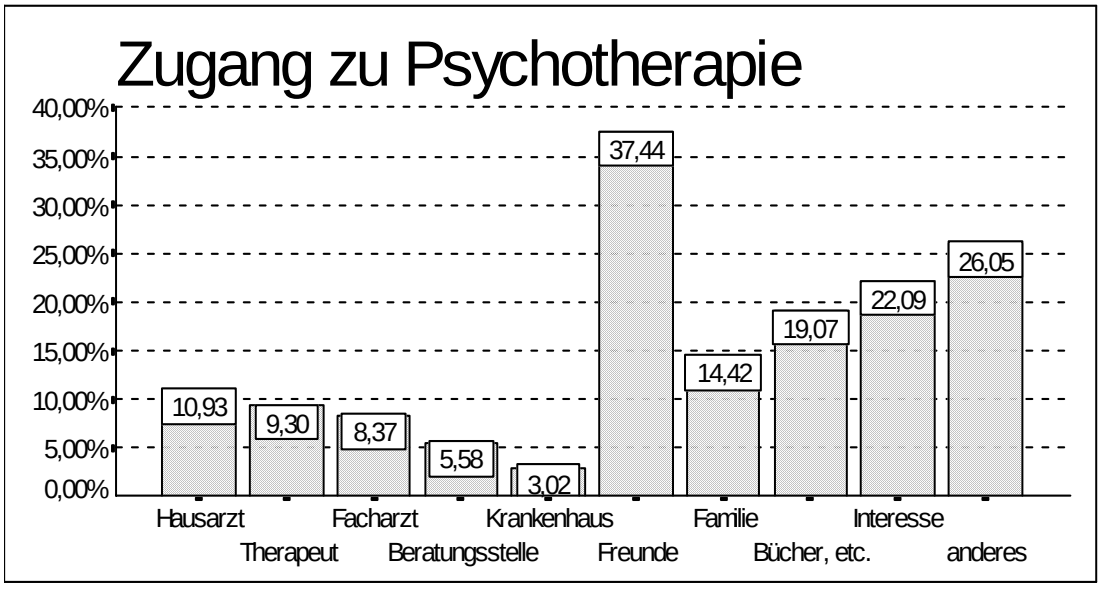
· 217 KlientInnen (50,3%)an, bei einem/r Therapeuten/in zwischen 40 bis 49 Jahren,
· 176 KlientInnen (40,8%) bei einem/r Therapeuten/in unter 40 Jahren,
· 30 KlientInnen (7%) bei einem/r Therapeutin zwischen 50 und 59 Jahren und
· 4 KlientInnen (0,9%) bei einem/r Therapeutin von über 60 Jahren gewesen zu sein.

3 mal wurde diese Frage nicht beantwortet.

3.1.2.8. Wodurch/durch wen kamen Sie überhaupt auf die Idee, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben? (Frage 8) (Mehrfachantworten waren möglich):

· 161 KlientInnen (37,4%) waren über Empfehlung von FreundInnen, Bekannten oder KollegInnen in Therapie gekommen.
· 95 KlientInnen (22%) gaben an, daß sie Psychotherapie schon immer hätten machen wollen, sie schon immer interessiert hat.
· 82 KlientInnen (19%) kamen durch Bücher, Berichte, Vorträge oder Artikel,
· 62 KlientInnen (14,4%) über Anregung von Familienmitgliedern,
· 47 KlientInnen (10,9%) waren vom praktischen ÄrztInnen bzw. HausärztInnen,
· 40 KlientInnen (9,3%) durch einen/e anderen/e PsychotherapeutIn,
· 36 KlientInnen (8,4%) über einen/e Facharzt/ärztin,
· 24 KlientInnen (5,6%) durch Vermittlung einer Beratungsstelle,
· 13 KlientInnen (3 %) von einem Krankenhaus zu einem/r GestalttherapeutIn überwiesen.

Diese Antworten zeigen, daß der bedeutendste Teil der KlientInnen durch private Kontakte oder Informationen auf die Idee zur Psychotherapie gebracht wird. Nicht einmal die Hälfte aller KlientInnen wird über ärztliche Vermittlung zur Therapie angeregt (siehe Grafik 1).



Graf. 1

3.1.2.9. Auf die Frage, ob sie vor ihrer Gestaltpsychotherapie versucht hätten, ihr Problem mit Hilfe anderer Menschen zu lösen und ihren Zustand zu verbessern (Mehrfachantworten waren möglich) (Frage 9), antworteten

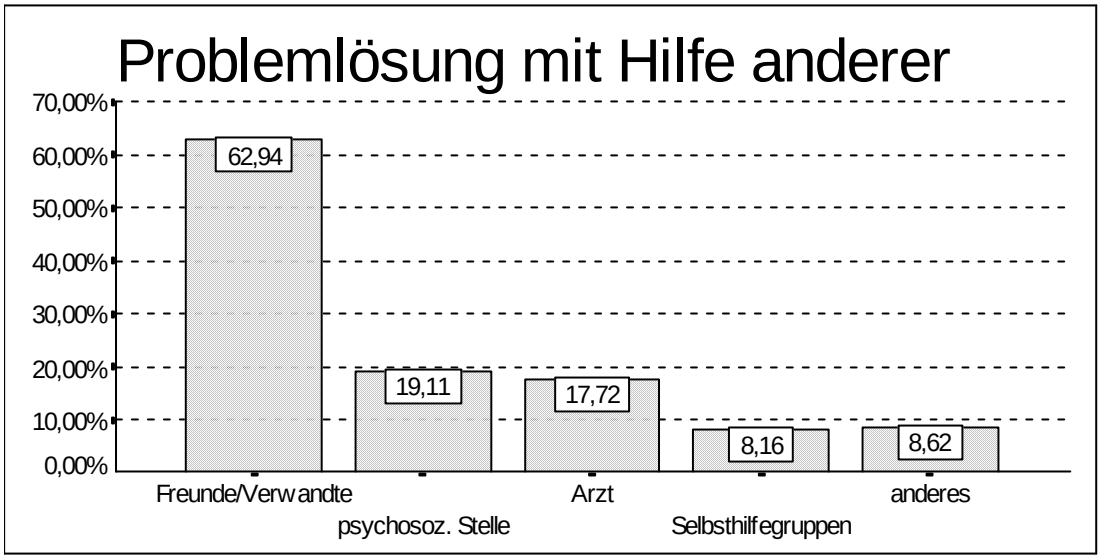
- 349 KlientInnen (81%) mit ja,
- 75 (17,4%) mit nein.

7 Mal wurde diese Frage nicht beantwortet.

Sofern die KlientInnen zuvor andere Hilfe in Anspruch genommen hätten, wurde gefragt, mit wem sie versucht hätten ihre Situation zu verändern (Mehrfachantworten waren möglich):

- 271 KlientInnen, das sind 62,9% der Gesamtstichprobe gaben an, daß sie das mit Hilfe von Freunden und Verwandten versucht hätten;
- 82 KlientInnen, das sind 19 % mit Hilfe von anderen BeraterInnen oder psychosozialen Stellen,
- 76 KlientInnen, das sind 17,6% mit Hilfe von ÄrztInnen,
- 35 KlientInnen, das sind 8,1% durch Selbsthilfegruppen.

Die weitaus überwiegende Zahl der KlientInnen hat Psychotherapie nicht sofort als Ausweg angesehen, sondern zuerst versucht, ihre Probleme mit Hilfe des Freundeskreises bzw. der Familie zu lösen. Professionelle Hilfe von ÄrztInnen und psychosozialen BeraterInnen stehen mit je ca 20% weit hinter diesen Hilfeangeboten.
37 KlientInnen, das sind 8,6% fügen unter der freien Kategorie "anderes" noch weitere Versuche Hilfe zu holen hinzu (siehe Grafik 2).



Graf. 2

3.1.2.10. Die Frage, ob sie in Ihrem Leben schon mehrere (andere) Psychotherapien gemacht hätten (Frage 10), beantworteten

- 255 KlientInnen, das sind 59,2%der Stichprobe mit nein,
- 172 das sind 39,9% der Stichprobe mit ja.

4 Personen machten darüber keine Angabe.

Die Frage nach der numerischen Anzahl der anderen Therapien wurde von insgesamt 166 Personen beantwortet, das sind 38,5% der Gesamtantwortenden. Diese hatten zwischen einer und sieben Psychotherapien mit folgender Verteilung absolviert:

- 80 KlientInnen (18,6%) haben eine weitere Therapieerfahrung.
- 42 KlientInnen (9,7%) haben zwei,

- 27 KlientInnen (6,3%) haben drei,
- 9 KlientInnen (2,1%) haben vier,
- 4 KlientInnen (0,9%) haben fünf,
- 4 KlientInnen (0,9%) sechs und sieben Therapien absolviert.

Davon fanden 112 (69%) vor und 26 (16%) nach der hier thematisierten Gestalttherapie statt, 24 mal (14,8%) wurde beides angegeben.
Hier überrascht die relativ hohe Zahl an Menschen, die schon mehrmalige Therapieerfahrung haben.
Die Verteilung der weiteren Therapien (69% vor der Gestalttherapie) deutet darauf hin, daß nach einer Gestaltherapie die Notwendigkeit bzw. der Wunsch nach weiteren Therapien nicht sehr groß ausgeprägt ist, was als ein Hinweis auf die zufriedenstellende Wirkung der gestalttherapeutischen Behandlung interpretiert werden kann.

3.1.2.11. Wie haben Sie sich diese therapeutische Behandlung/ diesen Therapeuten bzw. Therapeutin ausgesucht? (Frage 11)
Für die insgesamt 412 KlientInnen, die diese Frage beantworteten, waren folgende Faktoren für die Wahl des Therapeuten/der Therapeutin ausschlaggebend:

- 172 Personen (41,7 Prozent) gaben an, sich ihre(n) Therapeuten/Therapeutin auf Empfehlung von FreundInnen oder Bekannten ausgewählt zu haben.
- 58 Personen (14,1 Prozent) wurden vom Arzt/Ärztin überwiesen.
- 40 Personen (9,7 Prozent) stießen durch Zufall auf ihre(n) Therapeuten/Therapeutin.
- 23 Personen (5,6 Prozent) wurden von einer Institution überwiesen.
- 13 Personen (3,2 Prozent) entschieden sich aufgrund der Empfehlung anderer KlientInnen.
- 4 Personen (1 Prozent) entschieden sich mangels anderer Alternativen.

Die Kontaktnahme durch Arzt/Ärztin oder Institutionen macht einen eher geringen Anteil aus (ca. 20 Prozent), die überwiegende Mehrzahl der KlientInnen findet ihre/n TherapeutIn durch private Empfehlungen.

3.1.2.12. Die Frage, ob sie auf ihren Therapieplatz waren mußten, (Frage 12) wurde von allen befragten Personen beantwortet.
72 KlientInnen (16,7 Prozent) bejahten dies, die Mehrheit, 253 KlientInnen (81,9 Prozent), verneinte.

- 11 KlientInnen (15,5 Prozent der Gruppe, die warten mußte) gaben an, eine Woche
- 10 KlientInnen (14,1 Prozent) zwei Wochen,
- 7 KlientInnen (9,9 Prozent) drei Wochen,
- 9 KlientInnen (12,7 Prozent) vier Wochen,
- 3 KlientInnen (4,2 Prozent) fünf Wochen,
- 5 KlientInnen (7 Prozent) sechs Wochen,
- 8 KlientInnen (11,3 Prozent) acht Wochen,
- 4 KlientInnen (5,6 Prozent) neun Wochen,
- 1 KlientIn (1,4 Prozent) zwölf Wochen,
- 2 KlientInnen (2,8 Prozent) dreizehn Wochen,
- 1 KlientIn (1,4 Prozent) siebzehn Wochen,
- 1 KlientIn (1,4 Prozent) achtzehn Wochen,
- 1 KlientIn (1,4 Prozent) zwanzig Wochen,
- 3 KlientInnen (4,2 Prozent) sechsundzwanzig Wochen,
- 1 KlientIn (1,4 Prozent) vierunddreißig Wochen,

· 3 KlientInnen (4,2 Prozent) zweiundfünfzig Wochen,
· 1 KlientIn (1,4 Prozent) sechzig Wochen gewartet zu haben.

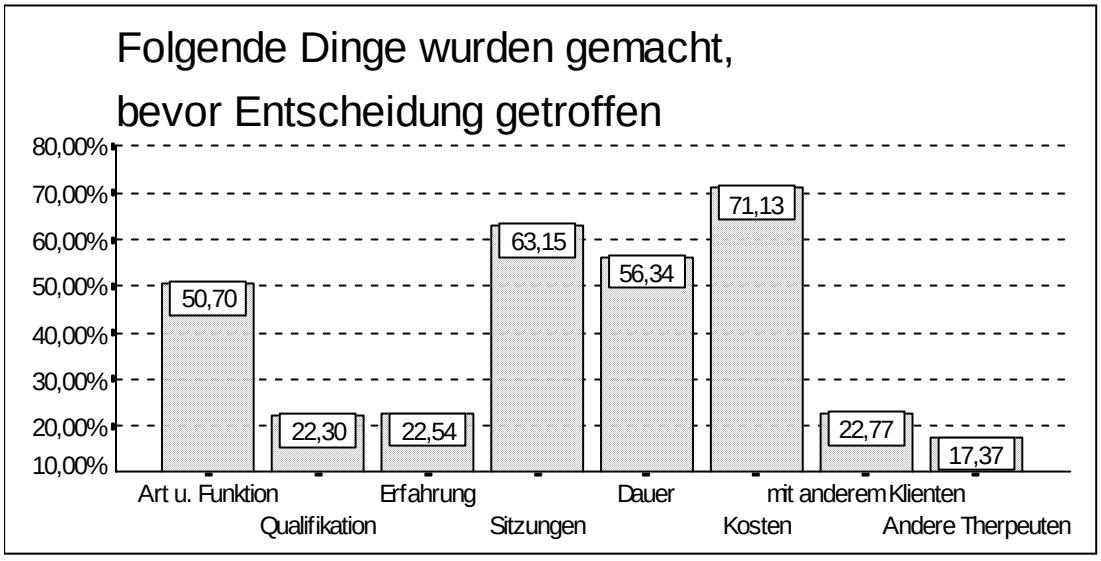
Die Hälfte der KlientInnen hatte nach einem Monat (Kummulative Häufigkeit einer Wartezeit von 1-4 Wochen liegt bei 52%) ihren Therapieplatz gefunden, 80% nach 2 Monaten.

3.1.2.13. Danach gefragt, wie der Therapievertrag zustande gekommen sei, d.h. was sie gemacht haben, als sie sich ihren Therapeuten/ihre Therapeutin aussuchten (Frage 13) , gaben die befragten KlientInnen folgendes an (Mehrfachantworten waren möglich, zu jeder Frage sollte Zustimmung oder Verneinung ausgedrückt werden):

· 216 KlientInnen (50,5 Prozent) besprachen die Art und Funktion der Therapie, 212 (49,5 Prozent) taten dies nicht.
· 95 KlientInnen (22,2 Prozent) besprachen die Qualifikation des Therapeuten/der Therapeutin.
· 98 KlientInnen (22,9 Prozent) besprachen die Erfahrung des Therapeuten/der Therapeutin im jeweils für sie relevanten Problembereich.
· 271 KlientInnen (63,3 Prozent) besprachen die Häufigkeit der Sitzungen.
· 242 KlientInnen (56,5 Prozent) besprachen die Dauer der Therapie.
· 303 KlientInnen (70,8 Prozent) besprachen die Kosten bzw. die Art der Abrechnung.
· 97 KlientInnen (22,7 Prozent) redeten mit einem anderen Klienten/einer anderen KlientIn des betreffenden Therapeuten/der betreffenden Therapeutin.
· 74 KlientInnen (17,4 Prozent) zogen auch andere TherapeutInnen in Betracht.

3 Personen bzw. bei der letzten Antwortalternative 5 Personen machten keine Angabe auf diese Frage.

Immerhin hatten so 30% der Antwortetenden die finanziellen Belange und etwa 40% der Antwortenden die Settingfragen von Dauer und Frequenz der Therapie ihrer Erinnerung nach nicht mit dem/r Therapeuten/in besprochen (siehe Grafik 3).



Gaf. 3

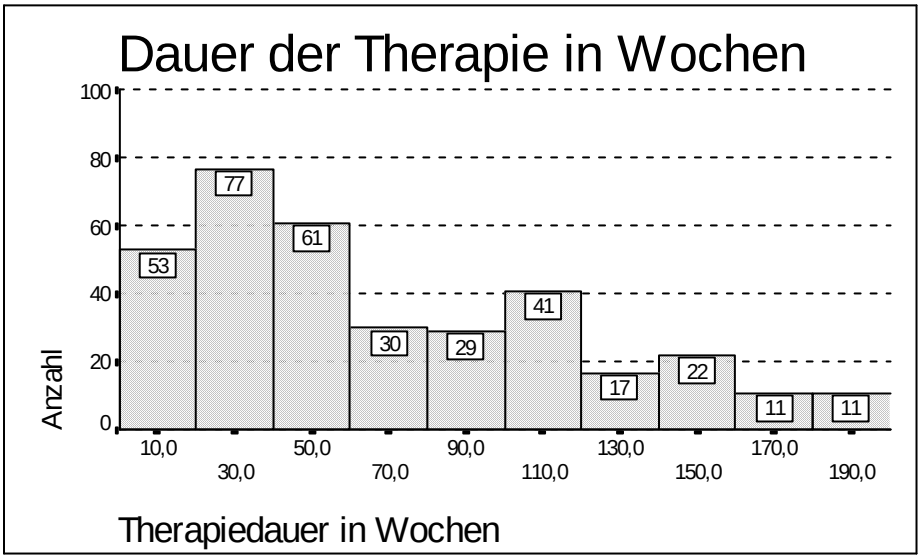
3.1.2.14 Dauer der Psychotherapie (Frage 14)

Im Durchschnitt waren die Befragten über einen Zeitraum von 70 Wochen in Therapie.

25 % der Befragten waren weniger als 30 Wochen in Behandlung**,** für 25% der Befragten betrug der Zeitraum der Behandlung über 104 Wochen.

Grafik 4 zeigt in Form eines Histogrammes die Verteilung der Therapiedauer. Die Werte in der x- Achse sind als Klassenmittelpunkte bei einer Klassenbreite von 20 zu lesen. Die

höchste Anzahl von Personen ist bei einer Therapiedauer von 20 bis 40 Wochen zu finden. In dieser Klasse sind 77 PatientInnen (18% der Gesamtstichprobe) enthalten.



Graf.4

3.1.2.15. Frequenz der Sitzungen (Frage 15) (Mehrfachantworten waren möglich)
Von den 426 Personen die eine Antwort gaben, waren 3,5% (das sind 15 Personen) zweimal wöchentlich in Behandlung, der überwiegende Teil von 69,6% (300 Personen) war einmal wöchentlich in Behandlung, 18,6% (80 Klienten) kamen 14-tägig zur Therapie.
7% oder 30 Personen gaben an, eine andere Vereinbarung getroffen zu haben.

3.1.2.16. Die Frage, ob sie ihre Psychotherapie vor anderen Menschen geheimgehalten hätten, (Frage 16)
beantworteten 177 KlientInnen (42,1 Prozent) mit ja, 243 KlientInnen (57,9 Prozent) mit nein. 11 Befragte machten dazu keine Angabe.
Auf den anschließenden offenen Fragenteil, vor wem Sie ihre Behandlung geheimgehalten hätten, antworteten 193 KlientInnen, also alle, die ihre Gestaltherapie vor anderen verbargen.

3.1.2.17. "Wie lautete die Diagnose bei Beginn der Psychotherapie?" (Frage 17)
wurde in offener Formulierung von nur 168 Befragten inhaltlich beantwortet. 263 oder 61% gaben keine Antwort bzw. keine verwertbare Antwort ab.
143 oder 33,2% gaben eine Diagnose, 19 (4,4) Personen führten zwei Diagnosen an. Schließlich gab es noch drei Personen, die drei Diagnosen bekanntgaben. Im wesentlichen unterscheiden wir dabei solche Befragte, die tatsächliche klinische Diagnosen benannten sowie solche, die keine diagnostisch standardisierten Bezeichnungen bzw. umgangssprachliche Ausdrücke für ihren Leidenszustand gebrauchten (Tabelle 1).

Anzahl genannter "Diagnosen" - F17

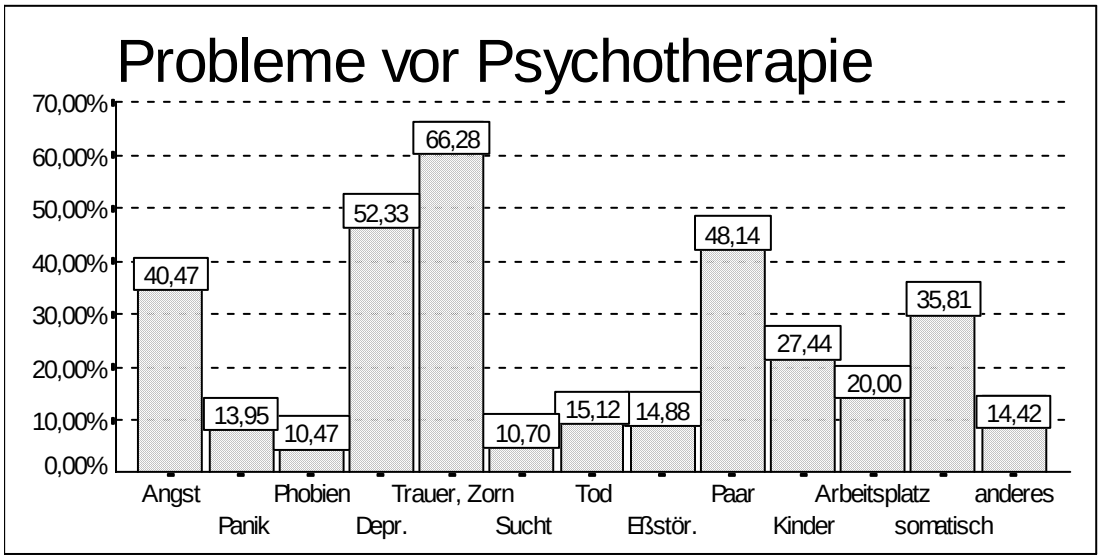
		Frequency	Valid Percent
Valid	keine angeführt	263	61,0
	1,00	143	33,2
	2,00	19	4,4
	3,00	6	1,4
	Total	431	100,0

Tab.1

3.1.2.18. Auf die Bitte, selbst in freier Formulierung ihre damaligen Beschwerden/ Symptome zu beschreiben und die wichtigsten Problembereiche zu nennen, (Frage 18) reagierten 410 Personen, das sind 95% der Befragten.

3.1.2.19. Die Befragten kreuzten dann folgende (vorgegebenen) Probleme an, zu deren Behandlung sie die Psychotherapie in Anspruch nahmen (Frage 19) (Mehrfachantworten waren möglich): siehe Grafik 5
Eine Person beantwortete diese Frage nicht.

- 174 KlientInnen (40,5 Prozent) erlebten Angstzustände.
- 60 KlientInnen (14 Prozent) hatten Panikattacken.
- 225 KlientInnen (52,3 Prozent) litten unter Depressionen.
- 285 KlientInnen (66,3 Prozent) fühlten sich niedergeschlagen, verbunden mit Angst, Trauer, Zorn.
- 46 KlientInnen (10,7 Prozent) nannten Alkohol- und Drogenprobleme.
- 65 KlientInnen (15,1 Prozent) hatten einen Angehörigen verloren.
- 64 KlientInnen (14,9 Prozent) wiesen Eßstörungen auf.
- 207 KlientInnen (48,1 Prozent) nannten Paar- oder Sexualprobleme an.
- 118 KlientInnen (27,4 Prozent) hatten Probleme mit Kindern und Familienmitgliedern.
- 86 KlientInnen (20 Prozent) gaben Probleme am Arbeitsplatz an.
- 154 KlientInnen (35,8 Prozent) litten unter körperlichen Symptomen wie Kopfweh, Magenschmerzen, Kreuzschmerzen etc ...
- 62 KlientInnen (14,4 Prozent) antworteten unter der Restkategorie "andere Probleme".



Graf. 5

3.1.2.20. Haben andere Menschen gemerkt, wie es Ihnen ging, bevor Sie sich in psychotherapeutische Behandlung begaben? (Frage 20)
412 bzw. 411 Personen (bei den Alternativen 4 und 5) beantworteten diese Frage. Davon gaben 83 KlientInnen (20,1 Prozent) an, andere Menschen hätten ihre Probleme nicht bemerkt, 329 KlientInnen (79,9 Prozent) sagten ja, ihre Probleme seien von anderen wahrgenommen worden.
Letztere Gruppe nannte dabei folgende Personen:

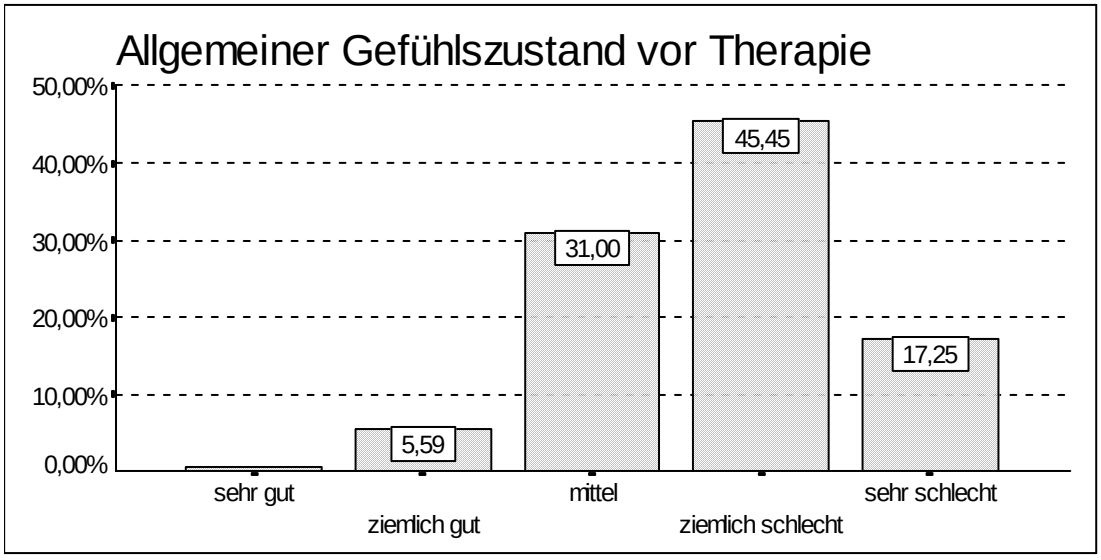
- 220 KlientInnen (53,4 Prozent) den Partner/ die PartnerIn.
- 90 KlientInnen (21,8 Prozent) KollegInnen.
- 76 KlientInnen (18,4 Prozent) Kinder.
- 154 KlientInnen (37,5 Prozent) Eltern/Verwandte.
- 222 KlientInnen (54 Prozent) Freunde.
- 23 KlientInnen (5,6 Prozent)" andere"

Auf die darauffolgende offene Frage "Haben Sie diesbezügliche Rückmeldungen erhalten: Wer hat z.B. was gesagt?" äußerten sich 240 Personen. 55% beantworteten somit die Frage nach dem Inhalt der Rückmeldungen ihres Umfelds vor Beginn der Therapie.

3.1.2.21. Ihren allgemeinen Gefühlszustand zum Zeitpunkt des Therapiebeginns (Frage 21) beschrieben die befragten Personen (nur 2 machten keine Angabe) folgendermaßen:

- 3 KlientInnen (0,7 Prozent) bezeichneten ihren Zustand als sehr gut.
- 24 KlientInnen (5,6 Prozent) als ziemlich gut,
- 133 KlientInnen (31 Prozent) als mittel,
- 195 KlientInnen (45,5 Prozent) als ziemlich schlecht,
- 74 KlientInnen (17,2 Prozent) als sehr schlecht.

63% der KlientInnen schätzen somit ihre seelische Lage vor Beginn der Therapie als (sehr) negativ ein (siehe Grafik 6).



Graf. 6

3.1.2.22. Wie oft traten Ihre Symptome/Probleme, die damals Anlaß für die psychotherapeutische Behandlung waren, vor dem Beginn der Therapie auf? (Frage 22)

Diese Frage beantworteten 25 Personen nicht.
- 137 KlientInnen (33,7 Prozent) gaben an, ständig unter den Symptomen gelitten zu haben,
- 42 KlientInnen (10,3 Prozent) mehrmals täglich,
- 62 KlientInnen (15,3 Prozent) täglich,
- 84 KlientInnen (20,7 Prozent) mehrmals wöchentlich,
- 12 KlientInnen (3 Prozent) wöchentlich,
- 33 KlientInnen (8,1 Prozent) mehrmals monatlich,
- 16 KlientInnen (3,9 Prozent) monatlich,
- 14 KlientInnen (3,4 Prozent) seltener als einmal im Monat,
- 6 KlientInnen (1,5 Prozent) einige Male pro Jahr.

Die Nennungen der Antwortalternativen ständig bis wöchentlich weisen einen kummulierten Prozentsatz von 83 Prozent auf.

3.1.2.23. Das Ausmaß, in dem bestimmte Lebensbereiche durch diese Probleme/Symptome betroffen waren (Frage 23), schätzten die KlientInnen auf einer Skala von 0 bis 5 folgendermaßen ein:

Partnerschaft/Familie
- 152 (37,5 Prozent) der KlientInnen sahen ihre Partnerschaft sehr stark (Note 5),
- 121 KlientInnen (29 Prozent) stark (Note 4),
- 81 KlientInnen (20 Prozent) mittel (Note 3),
- 30 Personen (7,4 Prozent) wenig (Note 2),
- 17 Personen (4,2 Prozent) kaum (Note 1),
- 4 Personen (1Prozent) sahen ihre Partnerschaft gar nicht (Note 0) beeinträchtigt.

26 KlientInnen machten darüber keine Angabe.
Das untere Ende der Skala (Noten 3 bis 5) erreicht einen kumulierten Prozentsatz von 86,5 Prozent der Antwortenden.

Beruf/Ausbildung
- 75 KlientInnen (19,5 Prozent) fühlten sich sehr stark (Note 5),
- 81 KlientInnen (21,1 Prozent) stark (Note 4),
- 100 KlientInnen (26 Prozent) mittel (Note 3),
- 65 KlientInnen (16,9 Prozent) leicht (Note 2),
- 42 KlientInnen (10,9 Prozent) kaum (Note 1),
- 21 KlientInnen (5,5 Prozent) gar nicht (Note 0) beeinträchtigt.

47 Personen machten keine Angabe.
Das untere Ende der Skala (Noten 3 bis 5) erreicht einen kummulierten Prozentsatz von 67% der Antwortenden.

Freizeit/Aktivitäten
- 83 KlientInnen (21,5 Prozent) fühlten sich hier sehr stark (Note 5) beeinträchtigt,
- 109 KlientInnen (28,2 Prozent) (Note 4) stark,
- 85 KlientInnen (22 Prozent) (Note 3) mittel,
- 55 KlientInnen (14,2 Prozent) (Note 2) leicht,
- 30 KlientInnen (7,8 Prozent) (Note 1) kaum,
- 24 KlientInnen (6,2 Prozent) (Note 0) gar nicht beeinträchtigt.

45 Personen machten keine Angabe.
Das untere Ende der Skala (Noten 3 bis 5) erreicht einen kummulierten Prozentsatz von 72%.

Kontakt zu anderen Menschen
- 67 KlientInnen (16,9 Prozent) gaben an, ihr Kontakt zu anderen Menschen sei sehr stark,
- 113 KlientInnen (28,5 Prozent) stark (Note 4),
- 99 KlientInnen (24,9 Prozent) mittel (Note 3),
- 61 KlientInnen (15,4 Prozent leicht (Note 2),
- 34 KlientInnen (8,6 Prozent) kaum (Note 1),
- 23 KlientInnen (5,8 Prozent) gar nicht (Note 0) beeinträchtigt gewesen.

Keine Angabe machten 34 Personen.
Das untere Ende der Skala (Noten 3 bis 5) erreicht einen kummulierten Prozentsatz von 70%.

3.1.2.24. Was war Ihr Ziel/Ihre Ziele, Ihre Erwartungen, als Sie mit der Psychotherapie begannen? (Frage 24)
Diese offene Frage beantworteten 421 Personen, das sind etwa 98% der Befragten.

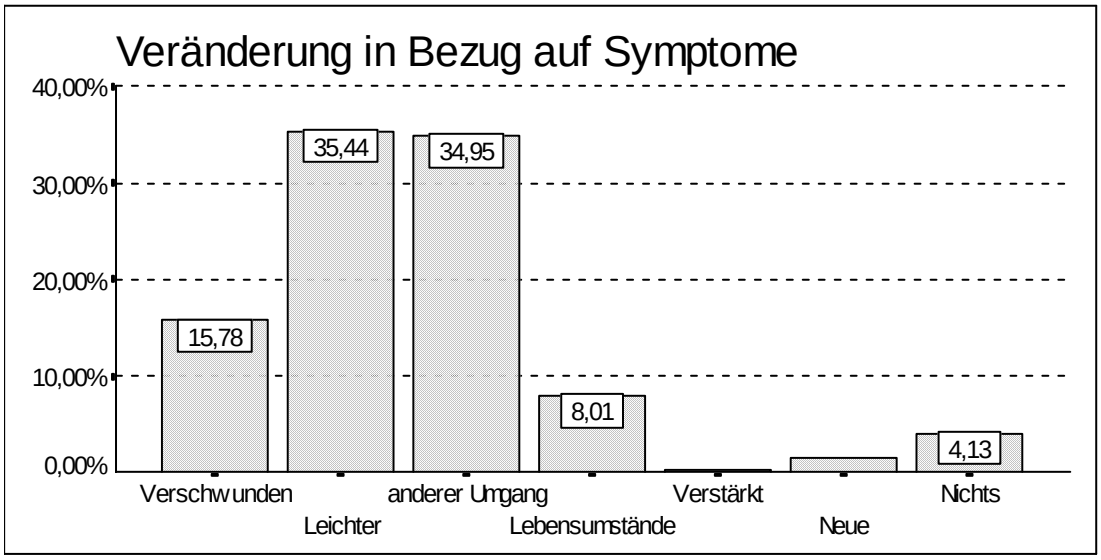
3.1.2.25. Die Frage, ob sie die Ziele der Therapie erreicht hätten (Frage 25), bejahte ein Großteil der Befragten durch Ankreuzen folgender vorgegebener Kategorien.
- 63 KlientInnen (14,9 Prozent) sagen, sie hätten das Therapieziel zur Gänze ,
- 209 KlientInnen (49,2 Prozent) zum größten Teil,
- 108 KlientInnen (25,4 Prozent) etwas,
- 36 KlientInnen (8,5 Prozent) nur wenig,
- 9 KlientInnen (2,1 Prozent) gar nicht erreicht.

6 KlientInnen wußten es nicht bzw. gaben keine Antwort.
64 kummulierte Prozent gaben an, ihr Therapieziel zur Gänze oder zum größten Teil erreicht zu haben.

Die sich daran anschließende offene Frage was bzw. welche Teilaspekte ihrer Ziele die KlientInnen erreicht hätten, beantworteten 357 Personen (83% der Stichprobe).
Der zweite Teil dieser offenen Frage nach unerfüllten Erwartungen wurde von 30% der Befragten zu Angaben genützt.

3.1.2.26. Bemerkten Sie durch die Psychotherapie eine Veränderung in Bezug auf Ihre Symptome? (Frage 26). Hier waren keine Mehrfachnennungen möglich.
Zu dieser Frage machten 412 KlientInnen (95,6% der Stichprobe) folgende Angaben zu den vorgegebenen Kategorien, 19 Personen antworteten nicht:
- 65 KlientInnen (15,8 Prozent) gaben an, die Symptome seien ganz verschwunden,
- 146 KientInnen (35,4 Prozent) sagten, diese seien leichter oder seltener geworden,
- 144 KlientInnen (35 Prozent) sagten, die Symptome seien zwar noch vorhanden, sie könnten aber besser damit umgehen, bei
- 33 KlientInnen (8 Prozent) sind Symptome zwar vorhanden, ihre Lebensumstände jedoch haben sich geändert, bei
- 1 KlientIn (0,2 Prozent) haben sich die Symptome/Probleme durch die Therapie verstärkt, bei
- 6 KlientInnen (1,5Prozent) sind die ursprünglichen Symptome von anderen abgelöst worden, und bei
- 17 KlientInnen (4,1 Prozent) war keine Veränderung feststellbar.

Die Anzahl der Personen, bei denen durch die Gestalttherapie eine Verbesserung in ihrer Symptomatik eingetreten ist, ergibt einen kumulierten Prozentsatz von 86,2 Prozent. In nur 0,2% der Antwortenden kam es zu einer Verschlechterung (siehe Grafik 7).



Graf. 7

3.1.2.27. Die Frage nach ihrer körperlichen Gesundheit vor bzw. nach der Therapie (Frage 27) beantworteten die KlientInnen folgendermaßen (Prae-Post Status Vergleich auf einer Skala von 1 bis 5) siehe auch Grafik 8:
Vor der Gestalttherapie:

- 46 KlientInnen (10,8 Prozent der Antwortenden) schätzten ihre körperliche Gesundheit als sehr gut (Note 1),
- 125 KlientInnen (29,4 Prozent) als gut,
- 120 KlientInnen (28,2 Prozent) als mittel,
- 98 KlientInnen (23,1 Prozent) als schlecht,
- 36 KlientInnen (8,5 Prozent) als sehr schlecht (Note 5) ein.

Keine Angabe machten 6 Personen.

Nach der Gestalttherapie:

- 93 KlientInnen (22 Prozent) bezeichneten ihre körperliche Gesunheit als sehr gut (Note 1),
- 237 KlientInnen (56 Prozent) als gut,
- 76 KlientInnen (18 Prozent) als mittel,
- 16 KlientInnen (3,8 Prozent) als schlecht,
- 1 KlientIn (0,2 Prozent) als sehr schlecht (Note 5).

Keine Angabe machten 8 Personen.
Die Verbesserung durch die gestalttherapeutische Behandlung zeigt sich in Bezug auf die Einschätzung der körperlichen Gesundheit der KlientInnen von 40,2% sehr guter und guter vor der Therapie auf 76% sehr guter und guter somatischer Konstitution nach der Therapie.

3.1.2.28. Gefragt nach der Einschätzung der seelischen Gesundheit vor bzw. nach der Psychotherapie auf einer Skala von 1 bis 5, (Frage 28) machten die KlientInnen folgende Angaben . Siehe auch Grafik 8:
Vor der Gestalttherapie:

- 4 Personen (0,9 Prozent) schätzten ihre seelische Gesundheit vor der Therapie als sehr gut
- 16 Personen (3,7 Prozent) als gut (Note 2),
- 87 Personen (20,3 Prozent) als mittel,
- 193 Personen (45 Prozent) als schlecht,

· 129 Personen (30,1 Prozent) als sehr schlecht (Note 5) ein.
Keine Angabe machten 2 Personen.

Die Angaben über die seelische Gesundheit nach der Gestalttherapie ergeben ein deutlich verändertes Bild:
· 58 Personen (13,6 Prozent) bezeichneten ihre seelische Gesundheit als sehr gut (Note 1),
· 247 Personen (58 Prozent) als gut,
· 99 Personen (23,2 Prozent) als mittel,
· 19 Personen (4,5 Prozent) als schlecht,
· 5 Personen (0,7 Prozent) als sehr schlecht (Note 5).
Keine Angabe machten 5 Personen.
Insgesamt 94,8 Prozent der Befragten geben an, ihre seelische Gesundheit sei nach der Psychotherapie sehr gut bis mittelgut, vor der Therapie waren das nur 25%. Von 85% Menschen, die ihre Gefühlslage vor der Therapie als schlecht bzw. sehr schlecht einschätzen, tun dies nach der Therapie nur mehr etwas über 5%.

3.1.2.29. Wie würden Sie Ihr Wohlbefinden/Ihre Lebensqualität vor/nach der Therapie generell einschätzen? (Frage 29) Siehe auch Grafik 8:
Vor der Gestaalttherapie:
· 3 KlientInnen (0,7 Prozent) schätzten ihre Lebensqualität als sehr gut (Note 1) ein,
· 20 KlientInnen (4,7 Prozent) als gut,
· 123 KlientInnen (29 Prozent) als mittel,
· 169 KlientInnen (39,9 Prozent) als schlecht,
· 109 KlientInnen (25,7 Prozent) als sehr schlecht (Note 5).
Keine Angabe machten 7 Personen.

Nach der Gestalttherapie:
· 77 KlientInnen (18,2 Prozent) bezeichneten ihre Lebensqualität als sehr gut (Note 1),
· 232 KlientInnen (54,7 Prozent) als gut,
· 92 KlientInnen (21,7 Prozent) als mittel,
· 21 KlientInnen (5,0 Prozent) als schlecht,
· 2 KlientInnen (0,2 Prozent) als sehr schlecht (Note 5).
Keine Angabe machten 7 Personen.

Die Verbesserung durch die Therapie bildet sich durch eine Steigerung einer sehr guten oder guten generellen Lebensqualität und Wohlbefinden von vor (5%) zu nach der Gestalttherapie (73% der Stichprobe).

3.1.2.30. Wie gut kommen Sie mit den Anforderungen Ihres Lebensalltags generell zurecht? (Frage 30) Siehe auch Grafik 8.
Vor der Gestalttherapie:
· 20 KlientInnen (4,7 Prozent) gaben an, vor der Therapie mit dem Lebensalltag sehr gut,
· 91 KlientInnen (21,5 Prozent) gut (Note 2),
· 152 KlientInnen (35,9 Prozent) mittel,
· 118 KlientInnen (27,9 Prozent) schlecht,
· 42 KlientInnen (9,9 Prozent) sehr schlecht (Note 5) zurecht gekommen zu sein.
Keine Angabe machten 8 Personen.

Nach der Gestalttherapie:
· 100 KlientInnen (23,7 Prozent) sagten, sie würden nach der Therapie sehr gut (Note 1),
· 247 KlientInnen (58,5 Prozent) gut,
· 62 KlientInnen (14,7 Prozent) mittel,
· 8 KlientInnen (1,9 Prozent) schlecht,
· 5 KlientInnen (1,2 Prozent) sehr schlecht (Note 5)mit ihrem Alltag zurecht kommen.
Keine Angabe machten 9 Personen.

Während vor einer Therapie etwa 25% der KlientInnen sehr gut oder gut mit den Anforderungen ihres Lebensalltags zurecht kommen, sind dies nach einer Therapie 82%.

3.1.2.31. Wie gut geht es Ihnen in Bezug auf Ihren Beruf/ die zu erledigenden Pflichten und Arbeiten? (Frage 31) Siehe auch Grafik 8
Vor der Gestalttherapie:
· 36 KlientInnen (8,7 Prozent) kamen vor der Therapie mit ihrem Beruf sehr gut (Note 1),
· 90 KlientInne (21,8 Prozent) gut,
· 133 KlientInnen (32,2 Prozent) mittel
· 105 KlientInnen (25,5 Prozent) schlecht,
· 49 KlientInnen (11,9 Prozent) sehr schlecht (Note 5) zurecht.
Keine Angabe machten 18 Personen.

Nach der Gestalttherapie:
· 131 KlientInnen (31,6 Prozent) kommen nach der Therapie mit ihrem Beruf sehr gut,
· 199 KlientInnen (48,1 Prozent) gut (Note 2),
· 61 KlientInnen (14,7 Prozent) mittel,
· 17 KlientInnen (4,1 Prozent) schlecht,
· 6 KlientInnen (1,4 Prozent) sehr schlecht (Note 5) zurecht.
Keine Angabe machten 17 Personen

Während vor einer Therapie etwa 30% der KlientInnen sehr gut oder gut mit den Anforderungen ihrer beruflichen Pflichten zurecht kommen, sind dies nach einer Therapie 80%.

3.1.2.32. Wie gut geht es Ihnen in Bezug auf Ihre Umwelt, die Menschen mit denen Sie zu tun haben? (Frage 32) Siehe auch Grafik 8.
Vor der Gestalttherapie:
· 17 KlientInnen (4,1 Prozent) gaben an, vor der Therapie sehr gut (Note 1),
· 88 KlientInnen (21 Prozent) gut,
· 163 KlientInnen (38,9 Prozent) mittel,
· 212 KlientInnen (28,9 Prozent) schlecht,
· 30 KlientInnen (7,2 Prozent) sehr schlecht (Note 5) mit ihrer Umwelt zurechtgekommen zu sein.
Keine Angabe machten 12 Personen.

Nach der Gestalttherapie:
· 103 KlientInnen (24,6 Prozent) benannten ihr Zurechtkommen mit der Umwelt sehr gut,
· 244 KlientInnen (58,2 Prozent) als gut (note 2),
· 64 KlientInnen (15,3 Prozent) als mittel,
· 6 KlientInen (1,4 Prozent) als schlecht,

· 2 KlientInnen (0,5 Prozent) als sehr schlecht (Note 5).
Keine Angabe machten 12 Personen.

Vor einer Therapie kommen etwa 25% aller KlientInnen sehr gut oder gut mit ihrem sozialen Umfeld aus, nach einer Therapie sind dies 83%.

3.1.2.33. Auf die Frage, wie sie mit nahestehenden Menschen vor bzw. nach der Therapie zurechtkommen würden (Frage 33), antworteten die KlientInnen folgendermaßen. Siehe auch Grafik 8:
Vor der Gestalttherapie:
· 18 KlientInnen (4,4 Prozent) gaben an, vor der Therapie mit nahen Menschen sehr gut,
· 66 KlientInnen (16 Prozent) gut (Note 2),
· 125 KlientInnen (30,3 Prozent) mittel,
· 143 KlientInnen (34,6 Prozent) schlecht,
· 61 Personen (14,8 Prozent) sehr schlecht (Note 5) zurechtgekommen zu sein.
Keine Angabe machten 18 Personen.

Nach der Gestalttherapie:
· 119 KlientInnen (28,8 Prozent) sagten, sie kämen jetzt mit Nahestehenden sehr gut,
· 201 KlientInnen (48,7 Prozent) gut (Note 2),
· 75 KlientInnen (18,2 Prozent) mittel,
· 14 KlietnInnen (3,4 Prozent) schlecht,
· 4 KlientInnen (1 Prozent) sehr schlecht (Note 5) zurecht.
Keine Angabe machten 18 Personen.

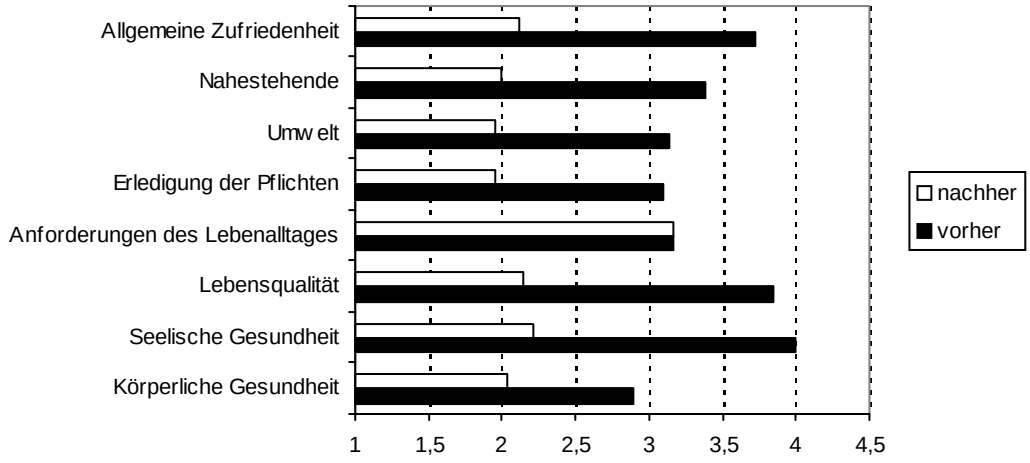
Der Umgang mit PartnerInnen und Familie gelang vor einer Therapie 20% der KlientInnen sehr gut oder gut, nach einer Therapie gaben dies 77% an.

3.1.2.34. Ihre Zufriedenheit mit ihrem Leben generell (Frage 34) wurde wie folgt beantwortet Siehe auch Grafik 8:
Vor der Gestalttherapie beurteilten retrospektiv
· 9 KlientInnen (2,2 Prozent) ihre Zufriedenheit mit ihrem Leben als sehr gut (Note 1),
· 48 KlientInnen (11,5 Prozent) als gut,
· 103 KlientInnen (24,6 Prozent) als mittel,
· 145 KlientInnen (34,7 Prozent) als schlecht,
· 113 KlientInnen (27 Prozent) als sehr schlecht (Note 5).
Keine Angabe machten 13 Personen.

Nach der Gestalttherapie beurteilten
· 90 KlientInnen (21,6Prozent) ihre Zufriedenheit mit ihrem Leben generell als sehr gut,
· 216 KlientInnen (51,9 Prozent) als gut (Note 2),
· 90 KlientInnen (21,6 Prozent) als mittel,
· 15 KlientInnen (3,5Prozent) als schlecht,
· 5 KlientInnen (1,2 Prozent) als sehr schlecht (Note 5).
Keine Angabe machten 15 Personen.

Die generelle Lebenszufriedenheit steigt bei den KlientInnen von einem Prozentsatz von 14% vor der Therapie mit sehr gut oder gut auf nach der Therapie 74% mit sehr guter oder guter Lebenszufriedenheit.

Grafik 8- Vergleich der Skalen der Fragen 27 - 34



Graf.8

3.1.2.35. Merken andere Menschen eine Veränderung in Ihrem Befinden, Ihrem Verhalten nach der Psychotherapie? (Frage 35)
Diese Frage beantworteten 409 der Befragten. 22 Personen machten keine Angabe.
316 (77,3 Prozent) der Befragten gaben an, andere Menschen hätten nach der Gestalttherapie eine Veränderung an ihnen bemerkt, 93 Befragte (22,7 Prozent) gaben an, ihr soziales Umfeld hätte davon nichts bemerkt.

Auf die Frage, wer Veränderungen bemerkt hätte (Mehrfachantworten möglich), gaben
- 242 KlientInnen (60 Prozent) FreundInnen,
- 209 KlientInnen (48,1 Prozent) den Partner/die Partnerin,
- 158 KlientInnen (39,2 Prozent) Eltern und Verwandte,
- 124 KlientInnen (30,8 Prozent) KollegInnen,
- 87 KlientInnen (21,6 Prozent) Kinder an.

28 Personen machten keine Angabe.

Der Aufforderung, die diesbezüglichen Rückmeldungen in einer offnen Frage wiederzugeben, folgten 50% der Stichprobe.

3.1.2.36. Auf die Frage, ob sie vor der Therapie Psychopharmaka eingenommen hätten (Frage 36) antworteten
- 92 KlientInnen (21,6 Prozent) mit ja,
- 330 KlientInnen (77,5 Prozent) mit nein.
- 3 KlientInnen (0,9 Prozent) wissen es nicht mehr.

5 Personen machten keine Angabe (siehe Tabelle 2).

3.1.2.37. Die Frage nach Psychopharmakaeinnahme während der Psychotherapie (Frage 37) beantworteten 428 Befragte.
87 KlientInnen gaben an, während der Therapie Psychopharmaka genommen zu haben,
341 KlientInnen (79,9 Prozent) nahmen keine.
3 Personen machten keine Angabe (siehe Tabelle 2).

Auf die offene Frage, von wem diese empfohlen wurden, äußerten sich 81 Personen, das sind 93% aller jener, die angaben auch während der Psychotherapie Psychopharmaka eingenommen zu haben.

3.1.2.38. Haben Sie nach der Therapie Psychopharmaka genommen? (Frage 38)
57 KlientInnen (13,4 Prozent) bejahten, nach der Therapie Psychopharmaka genommen zu haben,
369 KlientInnen (86,6 Prozent) verneinten diese Frage.
5 Personen machten keine Angabe (siehe Tabelle 2).

47 Personen äußerten sich zur offenen Frage, wie lange sie nach der Psychotherapie die Medikamente konsumiert hätten.

3.1.2.39. Auf die Frage, ob sie zum Befragungszeitpunkt Psychopharmaka konsumierten (Frage 39) gaben
42 KlientInnen (9,8 Prozent) an, zum Zeitpunkt der Befragung Medikamente zu nehmen,
386 KlientInnen (90,2 Prozent) taten dies nicht.
3 der Befragten machten keine Angabe (siehe Tabelle 2).

77 Personen nannten ihre Medikamente, in der Tabelle sind Mehrfachnennungen enthalten.

	vor		während		nach		jetzt	
Medikamente	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antidepressiva	42	39,3	57	58,2	49	67,1	34	65,4
Tranquilizer	33	30,8	24	24,5	13	17,8	8	15,4
Neuroleptika	7	6,5	4	4,1	2	2,7	2	3,8
Anitdepressiva-/Neuroleptika	10	9,3	5	5,1	0	0	0	0
Phasenprophylaxe	2	1,9	1	1	1	1,4	1	1,9
Andere	13	12,1	7	7,1	8	11	7	13,5

Tab.2

3.1.2.40. Die Frage, ob sich durch die Therapie im Leben der KlientInnen etwas verändert habe (Frage 40), bejahten

- 376 der Befragten (87,9 Prozent),
- 24 (5,6 Prozent) der Befragten verneinten dies.

Jeweils 3 KlientInnen (0,7 Prozent) wußten es nicht oder machten darüber keine Angabe.

372 Personen antworten auf die anschließende offene Frage, was sich durch die Psychotherapie in ihrem Leben verändert hätte.
64 Befragte nehmen zumnächstfolgenden Teil der offenen Frage Stellung, warum die Psychotherapie in ihrem Leben nichts verändert hätte. Letztere Zahl ist höher als diejenigen, die angaben, daß sich nichts verändert hätte (24 Befragte), d.h. auch einige jener, die durch die Gestalttherapie eine Veränderung konstatierten, nahmen zur möglichen Schwächen der Behandlung Stellung.

3.1.2.41. Erinnern Sie sich an hilfreiche Elemente aus dem Therapieprozeß? (Frage 42)
343 KlientInnen, das sind 79% aller Befragten, nehmen zu dieser offenen Frage Stellung.

3.1.2.42. Was gab es Hilfreiches außerhalb der Therapie, andere Faktoren in Ihrer Umwelt, die Veränderungen bewirkten? (Frage 43)
Diese offene Frage beantworteten 322 Personen, etwa 75% aller Befragten.

3.1.2.43. Wie zufrieden waren Sie allgemein mit der Behandlung Ihrer Probleme durch Ihren Therapeuten/Ihre Therapeutin, mit der Art, wie die Psychotherapie ablief ? (Frage 44). Die Antworten wurden auf einer 6-teiligen Skala mit jeweiliger Bedeutungsvorgabe angekreuzt.

- 110 KlientInnen (26 Prozent) waren mit der Therapie völlig zufrieden,
- 159 KlientInnen (37,6 Prozent) sehr zufrieden,
- 100 KlientInnen (23,6 Prozent) recht zufrieden,
- 48 KlientInnen (11,3 Prozent) irgendwie unzufrieden,
- 6 KlientInnen (1,4 Prozent) sehr unzufrieden,

Keine Person gab an, völlig unzufrieden gewesen zu sein!
8 Personen beantworteten diese Frage nicht.
Insgesamt 87,2 Prozent der Antwortenden waren mit der Gestalttherapie völlig bis recht zufrieden.

3.1.2.44. Gab es etwas, das Ihnen während der therapeutischen Behandlung nicht gefallen hat, womit Sie beim Behandlungsprozeß nicht zufrieden waren? Gab es etwas, das Sie nicht gemocht haben? (Frage 45)
Auf diese offene Frage antworteten 257 Befragte, das sind etwa 60% der Gesamtstichprobe.

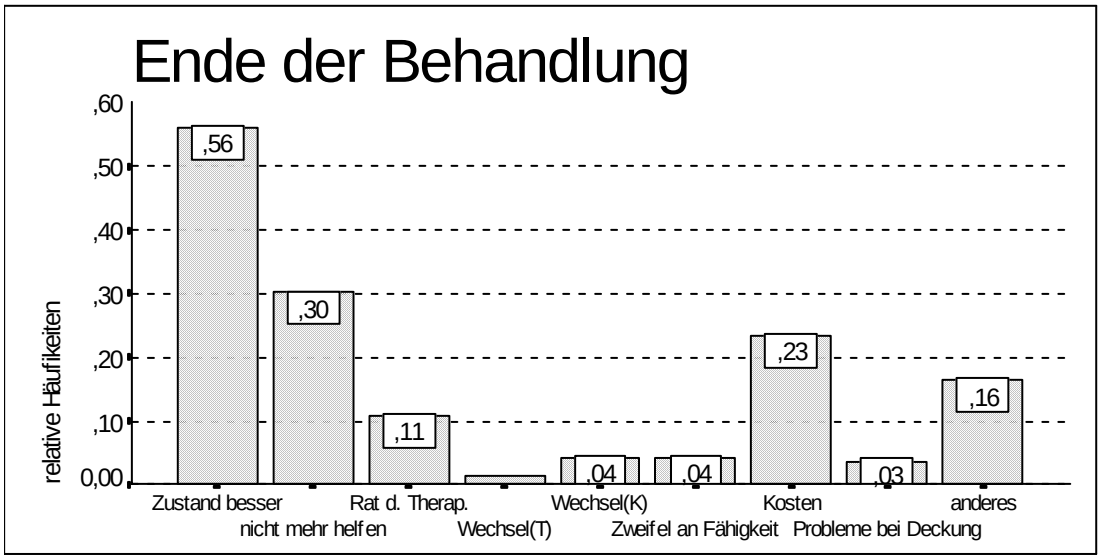
3.1.2.45. Gab es besonders positve Ereignisse in der Therapie, etwas, das Ihnen sehr gefallen hat? (Frage 46)
Auf diese nächste Frage mit offener Antwortkategorie antworteten 308 KlientInnen (71% der Befragten).

3.1.2.46. Warum/Wann haben Sie mit der psychotherapeutischen Behandlung aufgehört? (Frage 47) Mehrfachnennungen waren möglich.
Diese Frage wurde von allen Befragten beantwortet. Dabei wurden folgende Gründe für die Beendigung der Therapie angekreuzt:

- Bei 189 KlientInnen (56,1 Prozent) hatten sich die Probleme gelöst bzw. genügend verbessert,
- 130 KlientInnen (30,2 Prozent) glaubten, eine weitere Behandlung hätte nicht geholfen,
- 47 KlientInnen (10,9 Prozent) beendeten die Therapie aufgrund des Rates des/der TherapeutIn,
- 6 KlientInnen (1,4 Prozent) wurde vom Therapeuten/in ein Therapiewechsel empfohlen,
- 18 KlientInnen (4,2 Prozent) wechselten den Therepeuten/die Therapeutin von sich aus,
- 18 KlientInnen (4,2 Prozent) zweifelten an den Fähigkeiten des Therapeuten/der Therapeutin,
- 101 KlientInnen (23,4 Prozent) beendeten die Behandlung aufgrund der Kosten,

· 15 KlientInnen (3,5 Prozent) hatten Probleme mit der Deckung durch die Krankenkasse,
· 71 KlientInnen (16,5 Prozent) nannten "andere Gründe".

Bei der Mehrzahl der KlientInnen war also eine genügende Besserung der Beschwerden die Ursache der Beendigung der Therapie. Fast ein Viertel der Befragten gibt als (Mit)grund für eine Therapiebeendigung auch die finaziellen Kosten an (siehe Grafik 9).



Graf. 9

Auf die offene Frage nach weiteren Gründen für eine Therapiebeendigung äußerten sich weitere 131 KlientInnen (30%).

3.1.2.47. Haben Sie nach dieser Psychotherapie noch andere Psychotherapien begonnen? (Frage 48)
94 KlientInnen (22,3 Prozent) bejahten diese Frage,
327 (75,9 Prozent) verneinten.
10 Personen gaben keine Antwort.
Warum sie eine neuerliche Psychotherapie in Anspruch genommen hätten, beantworteten im offenen Teil der Frage alle jene, die dies angegeben hatten.

3.1.2.48. Die Frage, ob sie nach der Therapie andere Beratungen bzw. psychosoziale Stellen in Anspruch genommen hätten, (Frage 49) beantworteten
362 KlientInnen (84 Prozent) mit nein,
54 (13,5 Prozent) der Befragten mit ja.
15 Personen gaben keine Auskunft.
Die anschließende offene Frage, welche sie aufgesucht hätten, beantworteten alle 54 KlientInnen, die das zuvor angegeben hatten.

3.1.2.49. Haben seit dem Ende der Therapie in Ihrem Leben irgendwelche der folgenden Ereignisse stattgefunden? (Frage 50)
417 Personen beantworteten diese Frage (Mehrfachnennungen waren möglich) nach kritischen Lebensereignissen.
· 81 KlientInnen (19,4 Prozent) haben eine Partnerschaft/Ehe beendet,
· 93 KlientInnen (22,4 Prozent) haben eine neue Partnerschaft begründet,
· 41 KlientInnen (9,9 Prozent) haben Kinder bekommen,

· 123 KlientInnen (29,6 Prozent) haben den Arbeitsplatz gewechselt, davon gaben
· 119 Auskunft über die Qualität ihrer neuen Position.

Position	Anzahl	%
bessere Position	77	64,7
gleiche Position	30	25,2
schlechtere Position	12	10,1

· 130 KlientInnen (31,3 Prozent) haben eine Ausbildung begonnen oder abgeschlossen,
· 6 KlientInnen (1,4 Prozent) haben eine Ausbildung abgebrochen,
· 16 KlientInnen (3,8 Prozent) waren arbeitslos geworden,
· 12 KlientInnen (2,9 Prozent) sind in Frühpension gegangen,
· 189 KlientInnen (45,4 Prozent) hatten die Wohnung gewechselt, davon

Wohnqualität	Anzahl	Prozent
Besser	129	68,3
Gleich	41	21,7
Schlechter	19	10,1

· 75 KlientInnen hatten (18%) eine schwere Krankheit oder längeren Spitalsaufenthalt.

Auf die offene Kategorie "Sonstige wichtige Ereignisse" antworteten weitere 101 KlientInnen.

3.1.2.50. Die Frage, ob die KlientInnen nach Beendigung der Therapie Rückfälle erlitten hätten, (Frage 51) wurde
· 241 Mal (von 58,9 Prozent) mit ja,
· 168 Mal (von 41,1 Prozent) mit nein beantwortet.
22 Personen machten dazu keine Angabe.

Auf die sich daran anschließende offene Frage "Wenn ja: wie oft seit Ende der Therapie?" antworteten insgesamt 132 KlientInnen ,also etwas mehr als die Hälfte jener, die auch angaben, unter Rückfällen zu leiden.
Die weitere offene Frage "Wie gehen Sie mit diesen Rückfällen um?" beantworteten 214 KlientInnen, das sind 89% aller jener, die angaben, Rückfälle gehabt zu haben.

3.1.2.51. Wie oft treten die Symptome/Probleme, die damals Anlaß für die psychotherapeutische Behandlung waren, jetzt noch auf? (Frage 52)
Diese Frage wurde von 385 Befragten beantwortet, sie blieb von 46 KlientInnen (10 Prozent aller Befragten) unbeantwortet. Von den Antwortenden geben
· 13 KlientInnen (3,4 Prozent) an, sie würden nach wie vor ständig,
· 7 KlientInnen (1,8 Prozent) mehrmals täglich,
· 10 KlientInnen (2,6 Prozent) täglich,
· 15 KlientInnen (3,9 Prozent) mehrmals wöchentlich,
· 13 KlientInnen (3,4 Prozent) wöchentlich,
· 41 KlientInnen (10,6 Prozent) mehrmals monatlich,

· 39 KlientInnen (10,1 Prozent) monatlich,
· 177 KlientInnen (46 Prozent) seltener als einmal im Monat,
· 70 KlientInnen (18,2 Prozent) nie mehr unter ihren alten Problemen leiden.

Bei Betrachtung der kummulierten Häufigkeiten ergibt sich das Bild, daß 15 % der KlientInnen noch eine recht hohe Auftrittsquote ihrer Symptome (ständig bis wöchentlich) beklagen, 64% hingegen eine sehr geringe (seltener als einmal im Monat bis nie).

3.1.2.52. Auf die Frage, ob andere, neue Symptome hinzugekommen wären, (Frage 53) beantworten 408 Befragte.
· 64 KlientInnen (14,8 Prozent) davon gaben an, es seien neue Symptome hinzugekommen,
· 344 KlientInnen (84,3 Prozent) sagten, dies sei nicht der Fall.

23 Befragte haben nicht geantwortet.

Auf die folgende offene Frage "wenn ja: welche?" bezogen 63 KlientInnen, das sind 15% aller Befragten Stellung.

3.1.2.53. Auf die Frage, wie stark sie in bestimmten Lebensbereichen zum Zeitpunkt der Befragung durch seelische Probleme beeinträchtigt wären, (Frage 54) machten die KlientInnen folgende Angaben (Notenskala von 0 = gar nicht bis 5 = sehr stark):
Partnerschaft:
· 94 KlientInnen (22,5 Prozent) gaben an gar nicht,
· 114 KlientInnen (27,3 Prozent) kaum,
· 80 KlientInnen (19,1 Prozent) wenig,
· 69 KlientInnen (16,5 Prozent) mittel,
· 43 KlientInnen (10,3 Prozent) stark,
· 18 KlientInnen (4,3 Prozent) sehr stark beeinträchtigt zu sein.

Keine Angabe machten 13 Personen.

Beruf/Ausbildung:
· 129 KlientInnen (32 Prozent) gaben an, in diesem Bereich gar nicht,
· 96 KlientInnen (23,8 Prozent) kaum,
· 81 KlientInnen (20,1 Prozent) wenig,
· 53 KlientInnen (13,2 Prozent) mittel,
· 26 KlientInnen (6,5 Prozent) stark,
· 18 KlientInnen (4,5 Prozent) sehr stark beeinträchtigt zu sein.

Keine Angabe machten 28 Personen.

Freizeit/Aktivitäten:
· 175 KlientInnen (42,7 Prozent) gaben an gar nicht,
· 106 KlientInnen (25,9 Prozent) kaum,
· 71 KlientInnen (17,3 Prozent) wenig,
· 40 KlientInnen (9,8 Prozent) mittel,
· 12 KlientInnen (2,9 Prozent) stark,
· 6 KlientInnen (1,5 Prozent) sehr stark beeinträchtigt zu sein.

Keine Angabe machten 21 Personen.

Kontakt zu anderen Menschen:
· 153 KlientInnen (37,2 Prozent) fühlten sich gar nicht,
· 107 KlientInnen (26 Prozent) kaum,

- 85 KlientInnen (20,7 Prozent) wenig,
- 47 KlientInnen (11,4 Prozent) mittel,
- 16 KlientInnen (3,9 Prozent) stark,
- 3 KlientInnen (0,7 Prozent) sehr stark beeinträchtigt.

Keine Angabe machten 20 Personen.

3.1.2.54. Wie haben Sie während der Zeit Ihrer Psychotherapie Ihren Therapeuten/Ihre Therapeutin erlebt? (Frage 55)
Die KlientInnen nahmen dabei zu folgenden vorgebenen Kategorien jeweils mit Zustimmung oder Verneinung Stellung:

- 399 (95,9%) KlientInnen fühlten sich bestärkt und unterstützt, bei 17 (4,1%) war dies nicht der Fall. (Keine Angabe: 15 Personen).
- 343 KlientInnen (84,9 %) besprachen den Therapieverlauf mit ihren TherapeutInnen, bei 61 (15,1 Prozent) war dies nicht der Fall. (Keine Angabe: 27 Personen).
- 362 KlientInnen (88 Prozent) konnten ihrem Therapeuten/ihrer Therapeutin wirklich vertrauen, bei 49 (11,9 Prozent) war dies nicht der Fall. (Keine Angabe: 20 Personen).
- 365 KlientInnen (89,7 Prozent) hatten das Gefühl, daß der Therapeut/die Therapeutin große Einsicht in ihre Probleme hatte, bei 42 (10,3 Prozent) war dies nicht der Fall. (Keine Angabe: 24 Personen)
- 20 KlientInnen (5,1 Prozent) hatten das Gefühl, der Therapeut/die Therapeutin sei oft unbeteiligt, bei 375 KlientInnen (94,9 Prozent) war dies nicht der Fall.(Keine Angabe: 36 Personen)
- 46 KlientInnen (11,7 Prozent) hatten das Gefühl, der Therapeut/die Therapeutin sei manchmal verurteilend und kontrollierend gewesen, bei 348 (88,3 Prozent) war dies nicht der Fall. (Keine Angabe: 37 Personen)
- 27 KlientInnen (6,9 Prozent) hatten den Eindruck, der Therapeut/die Therapeutin sei manchmal herablassend gewesen, bei 367 (93,1 Prozent) war dies nicht der Fall. (Keine Angabe: 37 Personen).
- 46 KlientInnen (11,5 Prozent) hatten den Eindruck, der Therapeut/die Therapeutin sei zu sehr darauf bedacht gewesen, Geld zu verdienen, bei 353 KlientInnen (88,5 Prozent) war dies nicht der Fall. (Keine Angabe: 32 Personen).
- 19 KlientInnen (4,9 Prozent) gaben an, der Therapeut/die Therapeutin hätte abweisend auf Kritik und Fragen reagiert, bei 372 KlientInnen (95,1 Prozent) war das nicht der Fall. (Keine Angabe: 40 Personen).
- 42 KlientInnen (10,7 Prozent) hatten das Gefühl, der Therapeut/die Therapeutin hätte sich zu sehr auf die Kindheit und entfernte Probleme konzentriert, 351 KlientInnen (89,3 Prozent) hatten diesen Eindruck nicht (Keine Angabe: 38 Personen).

Insgesamt überwiegen die positiven Äußerungen über die TherapeutInnen mit 80-90 Prozent Zustimmung der Gesamtheit der Befragten pro diesbezüglichem Item.

Auf die darauf folgende offene Frage "Wollen Sie etwas über Ihren Therapeuten/Ihre Therapeutin mitteilen?" äußerten sich 217 Personen (ca. 50% aller Antwortenden).

3.1.2.55. Welche der folgenden Bemerkungen beschreiben Ihr eigenes Verhalten während der Therapie? (Frage 56) (Jeweils zutreffend oder nicht anzukreuzen):
Zutreffend für

- 398 KlientInnen (93,4 Prozent) war die Bemerkung: "Ich versuchte so offen und aus mir herausgehend wie möglich zu sein" zutreffend (Keine Angabe: 5 Personen).
- 278 KlientInnen (69,3 Prozent) die Bemerkung "Ich bat den Therapeuten die Diagnose und Begriffe, die mir unklar waren zu erklären (Keine Angabe: 30 Personen).
- 13 KlientInnen (3,2 Prozent) die Bemerkung "Ich mußte die Sitzungen oft absagen" (Keine Angabe: 26 Personen).
- 73 KlientInnen (18,3 Prozent) die Bemerkung "Ich war unwillig, für mich schmerzliche Dinge preiszugeben" (Keine Angabe: 32 Personen).
- 306 KlientInnen (76,1 Prozent) die Bemerkung "Ich war bereit auch negative Gefühle gegenüber meinem Therapeuten mit ihm/ihr zu diskutieren" (Keine Angabe: 29 Personen).
- 312 KlientInnen (76,3 Prozent) die Bemerkung "Ich habe ‚Hausaufgaben' gemacht, die mir helfen sollten an meinen Problemen zu arbeiten" (Keine Angabe: 22 Personen).

Zu den Items, die ein kooperatives und auf positiven Rapport schließendes Verhalten angeben, finden sich 70% bis 90% Zustimmung seitens der Antwortenden, zu jenen, die eher problematisches Verhalten seitens der KlientInnen ausdrückten, nur zwischen 3% und 18%.

3.1.2.56. Die Frage nach der Zustimmung zu vorgegebenen Sätzen , die die Übetragungs-Beziehung zum/r Therapeut/In beschreiben sollten, (Frage 57) ergab folgendes Ergebnis.

- 335 KlientInnen (77,7 Prozent) stimmten dem Satz "Auch in Krisen hatte ich das Gefühl, daß ich mit dem Therapeuten/der Therapeutin in gewisser Hinsicht am gleichen Strang ziehe" zu,
- 138 KlientInnen (32 Prozent) bejahten den Satz: "Ich hatte zeitweilig meinem Therapeuten/meiner Therapeutin gegenüber heftige Gefühle (der Ablehnung oder Zuneigung)",
- 114 KlientInnen (26,5 Prozent) bejahten den Satz: "Ich hatte in der Therapie zeitweise das Gefühl, daß ich dem Therapeuten/der Therapeutin gegenüber Wünsche hatte, wie ich sie als Kind hatte".

Alle Befragten nahmen zu dieser Frage Stellung.
Hier findet sich mit fast 78 % der Gesamtstichprobe die größte Zustimmung zu jenem Item, das eine partnerschaftliche Kooperation zwischen TherapeutIn und KlientIn ausdrückt. Die Items die heftige Übertragungs- und Regressionsprozesse anzeigen sollen bejahen nur 26% bzw. 30% der Gesamtstichprobe.

3.1.2.57. Wie schätzen Sie die Behandlungsfähigkeiten Ihres Therapeuten/Ihrer Therapeutin ein? (Frage 58) Schulnotenskala 1 bis 5
422 Befragte nahmen zu dieser Skalierung Stellung, 9 Personen machten dazu keine Angabe.

- 137 KlientInnen (32,5 Prozent) hielten die Behandlungsfähigkeiten für ausgezeichnet,
- 168 KlientInnen (40 Prozent) für gut,
- 84 KlientInnen (19,9 Prozent) für mittel,
- 27 KlientInnen (6,4 Prozent), für ausreichend,
- 5 KlientInnen (1,2 Prozent) für sehr schlecht.

Die ersten zwei Antwortalternativen (ausgezeichnet bis gut) erreichten einen kummulierten Prozentsatz von 72,5 die ersten drei (ausgezeichnet bis mittel) jenen von 92,4 Prozent.

3.1.2.58. Die Ausstattung und Atmosphäre des Behandlungsraumes (Frage 59) beurteilten auf einer Schulnotenskala von 1 bis 5:

· 192 Personen (44,9 Prozent) als sehr gut,
· 168 Personen (39,9 Prozent) als gut,
· 44 Personen (10,3 Prozent) als mittel,
· 19 Personen (4,4 Prozent) als schlecht,
· 5 Personen (1,2 Prozent) als sehr schlecht.

3 Personen machten keine Angabe.
Die ersten zwei Antwortalternativen (sehr gut bis gut) erreichten einen kummulierten Prozentsatz von 85 Prozent.

3.1.2.59. Mit der Abrechnung und dem Bezahlungsmodus (Frage 60) waren auf einer Schulnotenskala von 1 bis 5
· 208 KlientInnen (48,9 Prozent) sehr zufrieden,
· 130 KlientInnen (30,6 Prozent) zufrieden,
· 65 KlientInnen (15,3 Prozent) mittelmäßig zufrieden,
· 18 KlientInnen (4,2 Prozent) unzufrieden,
· 4 KlientInnen (0,9 Prozent) sehr unzufrieden.

6 Personen machten keine Angabe.
Die ersten zwei Antwortalternativen (sehr zufrieden bis gut zufrieden) erreichten einen kummulierten Prozentsatz von 80 Prozent.

3.1.2.60. Den Kontakt und die Beziehung zum Therapeuten/zur Therapeutin (Frage 61) beurteilten auf einer Schulnotenskala von 1 bis 5
· 204 KlientInnen (47,7 Prozent) als sehr gut,
· 173 KlientInnen (40,4 Prozent) als gut,
· 42 KlientInnen (9,8 Prozent) als mittelmäßig,
· 8 KlientInnen (1,9 Prozent) als schlecht,
· 1 KlientIn (0,2 Prozent) als sehr schlecht.

3 Personen machten keine Angabe.
Die ersten zwei Antwortalternativen (sehr gut bis gut) erreichten einen kummulierten Prozentsatz von 88 Prozent.

3.1.2.61. Die Frage nach der Einschätzung von therapiebedingten Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen erbrachte folgendes Ergebnis (Frage 62):
Die Probleme/Symptome, die Anlaß zur Therapie waren, haben sich bei
· 129 KlientInnen (31,3 Prozent) sehr stark gebessert
· 173 KlientInnen (42 Prozent) überhaupt gebessert,
· 88 KlientInnen (21,4 Prozent) waren gleich geblieben,
· 15 KlientInnen (3,6 Prozent) sagten, die Symptome/Probleme hätten sich verschlechtert,
· 7 KlientInnen (1,7 Prozent) sehr stark verschlechtert.

19 Personen machten keine Angabe.

Ihre Fähigkeiten im Umgang mit anderen Menschen hat sich bei
· 73 KlientInnen (17,7 Prozent) stark verbessert, bei
· 215 KlientInnen (52,1 Prozent) verbessert, bei
· 114 KlientInnen (27,6 Prozent) ist sie gleich geblieben, bei
· 7 KlientInnen (1,7 Prozent) hat sich diese Fähigkeit verschlechtert, bei
· 4 KlientInnen (1 Prozent) stark verschlechtert.

18 Personen machten keine Angabe.

Ihre Beziehung zu Angehörigen hat sich bei
· 74 KlientInnen (18,3 Prozent) stark verbessert, bei
· 193 KlientInnen (47,7 Prozent) verbessert, bei
· 121 KlientInnen (29,9 Prozent) weder verbessert noch verschlechtert, bei
· 12 KlientInnen (3 Prozent) verschlechtert, bei
· 5 KlientInnen (1,2 Prozent) stark verschlechtert.
Keine Angabe machten 26 Personen.

Ihre berufliche Leistungsfähigkeit hat sich bei
· 19 KlientInnen (19,3 Prozent) sehr stark gebessert, bei
· 157 KlientInnen (38,3 Prozent) gebessert, bei
· 147 KlientInnen (35,9 Prozent) ist sie gleich geblieben, bei
· 19 KlientInnen (4,6 Prozent) hat sie sich verschlechtert, bei
· 21 KlientInnen (4,9 Prozent) stark verschlechtert.
Keine Angabe machten 21 Personen.

Ihre Freude am Leben hat bei
· 140 KlientInnen (33,7 Prozent) stark zugenommen, bei
· 174 KlientInnen (41,9 Prozent) zugenommen, bei
· 83 KlientInnen (20 Prozent) ist sie gleich geblieben, bei
· 10 KlientInnen (2,4 Prozent) hat sie abgenommen, bei
· 8 KlientInnen (1,9 Prozent) stark abgenommen.
Keine Angabe machten 16 Personen.

Ihre Einsicht in seelische Zusammenhänge hatten sich bei
· 180 KlientInnen (43,7 Prozent) sehr stark erhöht, bei
· 161 KlientInnen (39,1 Prozent) erhöht, bei
· 61 KlientInnen (14,8 Prozent) weder noch, bei
· 8 KlientInnen (1,9 Prozent) verschlechtert und bei
· 2 KlientInnen (0,5 Prozent) stark verschlechtert.
19 Personen machten keine Angabe.

Ihre Selbstachtung und Selbstvertrauen hatten sich bei
· 141 KlientInnen (33,9 Prozent) sehr stark gebessert, bei
· 182 KlientInnen (43,8 Prozent) gebessert, bei
· 72 KlientInnen (17,3 Prozent) weder verbessert noch verschlechtert, bei
· 17 KlientInnen (4,1 Prozent) verschlechtert, bei
· 4 KlientInnen (1 Prozent) sehr stark verschlechtert.
Keine Angabe machten 15 Personen.

Ihre Leidenszustände wurden bei
· 115 KlientInnen (27,7 Prozent) stark gelindert, bei
· 191 KlientInnen (46 Prozent) gelindert, bei
· 86 KlientInnen (20,7 Prozent) gab es keine Veränderung, bei
· 16 KlientInnen (3,9 Prozent) haben sie sich verschlimmert, bei
· 7 KlientInnen (1,7 Prozent) stark verschlimmert.
Keine Angabe machten 16 Personen.

Ihr Verhalten bei Konflikten und Problemen wurde bei
· 75 KlientInnen (18,1 Prozent)sehr stark gebessert, bei

· 218 KlientInnen (52,7 Prozent) gebessert, bei
· 96 KlientInnen (23,2 Prozent) ist es gleich geblieben, bei
· 21 KlientInnen (5,1 Prozent) hat es sich verschlechtert, bei
· 4 KlientInnen (1Prozent) stark verschlechtert.

Keine Angabe machten 17 Personen.

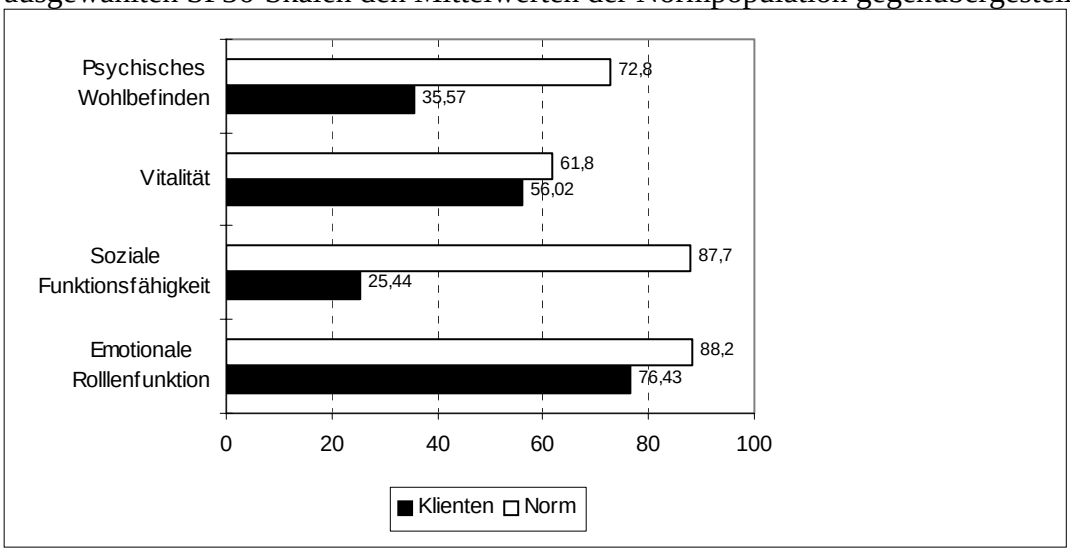
Ihre Zukunftssicht hat sich bei
· 89 KlientInnen (21,5 Prozent) sehr stark gebessert, bei
· 208 KlientInnen (50,2 Prozent) gebessert, bei
· 92 KlientInnen (22,2 Prozent) ist sie gleich geblieben, bei
· 16 KlientInnen (3,9 Prozent) hat sie sich verschlechtert, bei
· 9 KlientInnen (2.2 Prozent) sehr stark verschlechtert.

Keine Angabe machten 17 Personen.

3.1.2.62. Skalen des SF 36 (Frage 63 bis 66)

- Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause? (Frage 63 aus SF 36)
- Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen die normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt? (Frage 64 aus SF 36)
- Befinden in den 4 Wochen vor der Befragung (Frage 65 aus SF 36)
- Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandte usw.) beeinträchtigt? (Frage 66 aus SF 36)

In nachfolgender Grafik 9 werden die Mittelwerte der vier für unsere Untersuchung ausgewählten SF36-Skalen den Mittelwerten der Normpopulation gegenübergestellt.



Graf.10

3.1.2.63. Die letzte Frage bezog sich auf die Zufriedenheit in bestimmten Bereichen des Lebens (Allgemeine Lebensqualitätsskala v. Bullinger):

Körperliche Leistungsfähigkeit:
· 75 KlientInnen (17,8 Prozent) waren mit ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit sehr,

· 187 KlientInnen (44,4 Prozent) zufrieden,
· 117 KlientInnen (27,8 Prozent) mäßig zufrieden,
· 28 KlientInnen (6,7 Prozent) nicht zufrieden,
· 14 KlientInnen (3,3 Prozent) gar nicht zufrieden.
Keine Angabe machten 10 Personen.

Persönliches Wohlbefinden:
· 62 KlientInnen (14,7 Prozent) waren damit sehr zufrieden,
· 201 KlientInnen (47,6 Prozent) zufrieden,
· 106 KlientInnen ö(25,1 Prozent) mäßig zufrieden,
· 40 KlientInnen (9,5 Prozent) nicht zufrieden,
· 13 KlientInnen (3,1 Prozent) gar nicht zufrieden.
Keine Angabemachten 9 Personen.

Selbstwertgefühl:
· 92 KlientInnen (21,8 Prozent) waren damit sehr zufrieden,
· 185 KlientInnen (43,8 Prozent) zufrieden,
· 96 KlientInnen (22,7 Prozent) mäßig zufrieden,
· 32 KlientInnen (7,6 Prozent) nicht zufrieden,
· 17 KlientInnen (4 Prozent) gar nicht zufrieden.
Keine Angabe machten 9 Personen.

Entspannungsfähigkeit:
· 68 KlientInnen (16,2 Prozent) waren hiermit sehr zufrieden,
· 156 Klientinnen (37,1 Prozent) zufrieden,
· 117 KlientInnen (27,9 Prozent) mäßig zufrieden,
· 56 Klientinnen (13,3 Prozent) nicht zufrieden,
· 23 KlientInnen (5,5 Prozent) gar nicht zufrieden.
Keine Angabe machten 11 Personen.

Erfolg und Anerkennung:
· 73 KlientInnen (17,5 Prozent) waren in diesem Bereich sehr zufrieden,
· 167 KlientInnen (40 Prozent) zufrieden,
· 119 KlientInnen (28,5 Prozent) mäßig zufrieden,
· 42 KlientInnen (10,1 Prozent) nicht zufrieden,
· 16 KlientInnen (3,8 Prozent) gar nicht zufrieden.
Keine Angabe machten 14 Personen.

Gesundheitliche Verfassung:
· 81 KlientInnen (19,3 Prozent) waren damit sehr zufrieden,
· 193 KlientInnen (46,1 Prozent) zufrieden,
· 109 KlientInnen (26 Prozent) mäßig zufrieden,
· 26 KlientInnen (6,2 Prozent) nicht zufrieden,
· 10 KlientInnen (2,4 Prozent) gar nicht zufrieden.
Keine Angabe machten 12 Personen.

Unterstützung und Geborgenheit durch andere:
· 100 KlientInnen (24 Prozent) waren in diesem Punkt sehr zufrieden,
· 158 KlientInnen (38 Prozent) zufrieden,
· 101 KlientInnen (24,3 Prozent) mäßig zufrieden,
· 40 KlientInnen (9,6 Prozent) nicht zufrieden,

· 17 KlientInnen (4,1 Prozent) gar nicht zufrieden.
Keine Angabe machten 15 Personen.

Selbständigkeit im Alltag:
· 207 KlientInnen (49,2 Prozent) waren hier sehr zufrieden,
· 162 KlientInnen (38,5 Prozent) zufrieden,
· 35 KlientInnen (8,3 Prozent) mäßig zufrieden,
· 13 KlientInnen (3,1 Prozent) nicht zufrieden,
· 5 KlientInnen (1 Prozent) gar nicht zufrieden.
Keine Angabe machten 10 Personen.

Ehe und Partnerschaft:
· 98 KlientInnen (23,3 Prozent) waren mit diesem Bereich sehr zufrieden,
· 126 KlientInnen (30 Prozent) zufrieden,
· 47 KlientInnen (11,2 Prozent) mäßig zufrieden,
· 31 Klientinnen (7,4 Prozent) nicht zufrieden,
· 29 KlientInnen (6,9 Prozent) gar nicht zufrieden.
· Bei 89 KlientInnen (21,2 Prozent) traf die Frage nicht zu,
Keine Angabe machten 11 Personen.

Familienleben:
· 87 KlientInnen (20,9 Prozent) zeigten sich damit sehr zufrieden,
· 143 KlientInnen ((34,3 Prozent) zufrieden,
· 62 KlientInnen (14,9 Prozent) mäßig zufrieden,
· 39 KlientInnen (9,4 Prozent) nicht zufrieden,
· 16 KlientInnen (3,8 Prozent) gar nicht zufrieden.
· Bei 70 KlientInnen (16,8 Prozent) trifft die Frage nicht zu,
Keine Angabe machten 14 Personen.

Freundschaften/Bekanntschaften:
95 KlientInnen (22,6 Prozent) waren damit sehr zufrieden,
205 KlientInnen (48,8 Prozent) zufrieden,
91 KlientInnen (21,7 Prozent) mäßig zufrieden,
22 KlientInnen (5,2 Prozent) nicht zufrieden,
6 KlientInnen (1,4 Prozent) gar nicht zufrieden.
Auf eine Person traf die Frage nicht zu, 11 machten dazu keine Angabe.

Berufliche Situation:
· 82 KlientInnen (16,9 Prozent) waren mit ihrer beruflichen Situation sehr zufrieden,
· 138 KlientInnen (32,9 Prozent) zufrieden,
· 95 KlientInnen (22,7 Prozent) mäßig zufrieden,
· 39 KlientInnen (9,3 Prozent) nicht zufrieden,
· 29 KlientInnen (6,9 Prozent) gar nicht zufrieden.
· 36 KlientInnen waren nicht berufstätig,
12 machten keine Angabe.

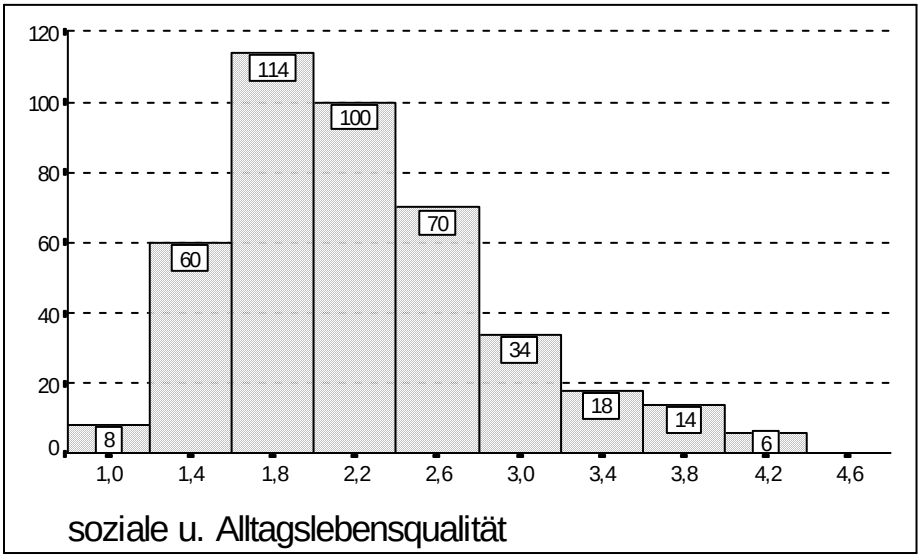
Wohnsituation:
· 175 KlientInnen (41,7 Prozent) waren damit sehr zufrieden,
· 142 KlietnInnen (33,8 Prozent) zufrieden,
· 55 KlientInnen (13,1 Prozent) mäßig zufrieden,
· 33 KlientInnen (7,9 Prozent) nicht zufrieden,

· 15 KlientInnen (3,6 Prozent) gar nicht zufrieden.
11 Personen machten keine Angabe.

Freizeit:
· 99 KlientInnen (23,6 Prozent) waren in diesem Bereich sehr zufrieden,
· 204 KlientInnen (48,7 Prozent) zufrieden,
· 81 KlientInnen (19,3 Prozent) mäßig zufrieden,
· 31 KlientInnen (7,4 Prozent) nicht zufrieden,
· 4 Klientinnen (1 Prozent) gar nicht zufrieden.
12 Personen machten keine Angabe.

Mit dem Leben allgemein:
· 91 KlientInnen (21,6 Prozent) zeigten sich mit ihrem Leben sehr zufrieden,
· 207 KlientInnen (49,2 Prozent) zufrieden,
· 90 KlientInnen (21,4 Prozent) mäßig zufrieden,
· 22 KlientInnen (5,1 Prozent) nicht zufrieden,
· 11 KlientInnen (2.6 Prozent) gar nicht zufrieden.
10 Personen machten keine Angabe.

Der Mittelwert für die Gesamtstichprobe in der Skala der Sozialen und Alltagslebensqualität beträgt 2.25 bei einer Standardabweichung von 0,67. Er ist also im eher zufriedenen Bereich bei einer theoretischen Bandbreite von 1 (sehr zufrieden) bis 5 (gar nicht zufrieden). -siehe Grafik 10: Die Werte in der x-Achse entsprechen Klassenmittelwerten bei einer Klassenbreite von 0,4 Punkten. Die Werte auf der y -Achse legen fest, wieviele Personen in einer Klasse sind.



Graf.11

3.2. Die Antworten auf die offenen Fragen

Im folgenden werden die mittels qualitativer Inhaltsanalyse ermittelten Antwortkategorien auf die offenen Fragen dargestellt. Dabei folgt die Beschreibung der Reihenfolge der Fragen im Fragebogen.

3.2.1 Die Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse

Die Auswertung erfolgte nach der Methode der Inhaltsanalyse, die an die Fragestellung und das Datenmaterial angepaßt wurde. Das Auswertungsverfahren der Inhaltsanalyse dient u.a. der Kategorisierung sowie der systematischen, regel- und theoriegeleiteten Analyse sprachlichen Materials (vgl. Mayring, 1989 und 1995). Sie ist ”eine empirische Methode zur systematischen und intersubjektiv nachvollziehbaren Beschreibung inhaltlicher und formaler Merkmale von Mitteilungen” (Berelson, zit. nach Früh 1991). Es geht dabei im weitesten Sinn um die Analyse von Daten, die menschliches Denken, Empfinden und Verhalten repräsentieren, sowie um einen Aufschluß über Absichten, Einstellungen, Werte und Normen.
Aufgrund der Tatsache, daß es keine vergleichbare Evaluationsstudie der Integrativen Gestalttherapie gibt, auf die in der Kategorienbildung Bezug genommen werden könnte, wurde eine qualitative Inhaltsanalyse in Anlehnung an Früh (1991) zur Auswertung des Datenmaterials ausgewählt. Diese gewährt einen offenen und beschreibenden Zugang. Durch die Analyse der einzelnen Fragebögen sollen Aussagen über den emotionalen, den kognitiven und den Handlungshintergrund der KlientInnen in Bezug auf das Erleben und Bewerten ihrer abgeschlossenen Gestalttherapie getroffen werden.

3.2.2. Die Vorgangsweise bei der vorliegenden Untersuchung

In der praktischen Umsetzung gestaltete sich die Durchführung der Inhaltsanalyse folgendermaßen:
Zuerst wurde ein grobes Kategoriensystem anhand den Erfahrungen anderer Untersuchungen, der Theorie, der interessierenden Fragestellungen und vor allem einer ersten Durchsicht des vorhandenen Datenmaterials aufgestellt. Danach wurden die inhaltlichen Bedeutungskategorien, die "Kodierregeln" pro Kategorie sowie die kleinstmöglichen Kodiereinheiten festgelegt. Wichtig ist es, anzumerken, daß erstens Mehrfachkodierungen möglich waren, wenn eine eindeutige Zuordnung nicht möglich war. Zweitens wurde schon ein Einwortsatz als selbständige Kodiereinheit akzeptiert, wenn dies einen entsprechenden Sinn ergab.
In einem weiteren Arbeitsschritt wurden pro Frage 100 zufällig ausgewählte Fragebögen nach diesem Kodierschema analysiert, d.h. die Aussagen der ProbandInnen wurden zerlegt und den einzelnen Kategorien zugeordnet. Dabei wurde das Schema auf seine Brauchbarkeit in Bezug auf die vorhandenen Daten und Informationen überprüft und gegebenenfalls verändert, erweitert oder verworfen.
Anschließend wurde das nun endgültige Kodierschema pro Frage auf alle 431 Fragebögen angewendet und diese anhand dessen von Grund auf neu analysiert. Dabei kristallisierten sich auch weitere Subkategorien und Untergruppen innerhalb jeder Kategorie heraus.
Zum Abschluß wurden die gesammelten Aussagen pro Frage zusammengefaßt, abstrahiert und inhaltlich eingehend beschrieben.

Man kann also sagen, daß folgende speziellen Analysetechniken zum Einsatz kamen:
Erstens die Zusammenfassung mit dem Ziel der Reduktion des Materials, wobei wesentliche Inhalte jedoch erhalten bleiben. Dadurch erreicht man einen überschaubaren Corpus durch steigende Abstraktion.
Zweitens die sogenannte "Explikation", bei der es darum geht, interpretationsbedürftiges Material durch den engeren oder weiteren Textkontext zu erklären und verständlich zu machen.
Drittens wurde aufgrund der großen Datenmenge auch die Methode der Strukturierung angewendet, bei dem alle Textmaterialien, die durch die Kategorien angesprochen wurden, systematisch aus dem Material extrahiert wurden. Dies erfolgte jedoch erst in einem fortgeschritteneren Stadium der Inhaltsanalyse.

Schließlich wurde in einem letzten Schritt der Verarbeitung der Antworten auf die offenen Fragen des Fragebogens noch eine semiquantitative Auswertungsmethode herangezogen, um etwas über die prozentuelle Verteilung sowie diverse Korrelationen und eventuellen Typenbildungen aussagen zu können. Dazu wurden die einzelnen Antwortkategorien codiert und in tabellarischer Form computerisiert verarbeitet.
Anzumerken ist, daß das inhaltsanalytisch bearbeitete Material sehr umfangreich und aufgrund seiner Komplexität kaum im Überblick zu erfassen ist.

Die Praxis der inhaltsanalytischen Bearbeitung in dieser Untersuchung:

1. Abschrift der Fragebögen und Tabellierung aller Antworten pro einzelner Frage.
2. Erstellung eines groben Antwortensystems (=Kategoriensystems) pro Frage anhand der Theorie (z.B. Krankheitsschema anhand des ICD erstellen) sofern möglich.
3. Durchsicht der ersten 100 Fragebögen pro Frage, Weiterentwicklung und Überprüfung des vorläufigen Kategoriensystems (z.B. Krankheitsschema anhand der gegebenen Antworten noch erweitern und vervollständigen).
4. Analyse von Gemeinsamkeiten und Antwortstrukturen anhand des vorhandenen Datenmaterials und theoretischer oder erfahrungsgeleiteter Überlegungen (z.B. ähnliche Formulierungen, inhaltliche Überschneidungen, etc.).
5. Erstellung eines ”endgültigen” Kategoriensystems mit Regeln für die Einteilung der Antworten pro Kategorie (Kodierregeln).
6. Überarbeitung der ersten 100 sowie der noch unbearbeiteten 331 Fragebögen, wobei sich feinere Strukturen und Antwortenmuster ablesen lassen.
7. Zusammenfassung zu sehr zersplitterter Kategorien zu erweiterten Dimensionen (z.B. Anorexie, Adipositas und Bulimie lassen sich zur Dimension ”Eßstörungen” zusammenfassen).
8. Quantitative Auszählung der Antworten pro Kategorie und Dimension.
9. Beschreibung der Antwortkategorien und Zusammenfassung der Antworten pro Frage anhand des Zahlenmaterials und typischer Textstellen (Zitate).

Weiters wurde vom Prinzip ausgegangen, möglichst genaue Fein-Kategorien mit inhaltlich wirklich übereinstimmenden Aussagen zu bilden, auch wenn das die Zahl der Kategorien sehr erhöht. Eine spätere Zusammenfassung ähnlicher Kategorien für die Interpretation oder neuerliche Datenbearbeitung ist davon leichter möglich.

Schließlich wurde darauf geachtet, daß bei Fragen, die sich auf verwandte Bereiche beziehen (etwa die Fragen nach Beschwerden vor Beginn der Therapie, Ziele und Erwartungen an die Therapie, Veränderungen durch die Therapie) die gleichen Kategoriensysteme verwendet wurden, um eine Vergleichbarkeit innerhalb der einzelnen Fragen möglich zu machen.

3.2.3 Die Antworten auf die offenen Fragen (in der Reihenfolge des Fragebogens)

Hierbei wurde, um eine bessere Überblickbarkeit der Fülle der Daten und Ergebnisse zu erreichen, folgende Schreibweise in der Darstellung gewählt:
- **Fett gedruckt** sind die großen Cluster, die Zusammenfassungen mehrere inhaltlich verwandter Kategorien oder Nennungen, die oberste Abstraktionsebene. ebenso die Zusammenfassung am Ende der Darstellung einer jeden Frage, die noch einen kurzen Überblick (mit %-Werten der Häufigkeiten der Nennungen) über die wichtigsten Kategorien gibt.
- *Kursiv und unterstrichen* ist die Ebene der mittleren Kategorien, wörtliche oder inhaltliche Nennungsübereinstimmung.
- *Kursiv* gedruckt sind Feinkategorien (diese Datenebene ist nicht bei allen Fragen notwendig) direkt aus dem Text gewonnene Nennungsübereinstimmung

("Kursiv") sind Zitate als Beispiele zu den jeweiligen mittleren bzw. Feinkategorien

3.2.3.1. Möchten Sie etwas zur Finanzierung oder Vorgangsweise der Krankenkasse mitteilen? (Frage 4)

207 Personen, das sind 48% aller befragten KientInnen, haben das Bedürfnis, über die Krankenkassa zu berichten. Der Löwenanteil fällt hierbei nicht gerade positiv aus:

Insgesamt **184** Äußerungen (42,7% der Gesamtstichprobe) beinhalten eine Kritik an der derzeitigen Regelung. Dazu gehört in erster Linie die **Kritik an der Höhe des Krankenkassa-Zuschusses bzw. an Aspekten der Finanzierung durch die Krankenkassa** (137 Nennungen). 70 Personen halten die *Höhe des Krankenkassen-Zuschusses für zu gering* und meinen, er sollte höher sein bzw. die Therapie ganz bezahlt werden *("Beitrag der Krankenkassa zu gering", "die Beiträge der Kasse sind in den letzten Jahren gesunken; man muß sehr entschlossen eine Therapie wollen, um auf diese Regelung einzusteigen", "sollte zur Gänze finanziert werden").*
18 KlientInnen ärgerten sich über die *langsame Überweisung* des Geldes, welches sie erst nach Urgieren oder nach einem Quartal bekamen *("Lange Wartezeiten, bis das Geld der Krankenkasse zurückerstattet wurde", "einige Überweisungen wurden erst nach telefonischer Urgenz erledigt", "monatliche Zurückerstattung wäre besser").*
17 ProbandInnen sind der Überzeugung, die Krankenkassa sollte *seelische Krankheiten und deren Therapie ebenso bewerten und ernstnehmen wie körperliche ("Soweit ich informiert bin, wird bei einem Arzt die Therapie zur Gänze bezahlt. Warum nicht bei einem Therapeuten?"; "Der Selbstbehalt des Klienten sollte von der Größenordnung dem von Medikamenten entsprechen. In meinem Fall war es jedoch über 50% des Honorars", "Vorgangsweise sollte ähnlich wie bei der Wahl eines Arztes sein und direkt über Krankenschein verrechnen", "Meiner Meinung nach ist eine psychotherapeutische Behandlung eine vollständige medizinische Behandlung! Deshalb Verrechnung mit den Kassen").*
11 Mal wurde mit *anderen Einsparungen* argumentiert und angegeben, daß die Finanzierung der Psychotherapie der Krankenkassa andere Behandlungskosten überflüssig machen würde *("Der Zuschuß - könnte mehr sein, da durch die Therapie eventuell Krankenhauskosten eingespart werden können", "Therapie erspart langzeitig Kosten", "Die Krankenkassa sollte mehr für Gesprächstherapie als für Medikamente Geld verwenden").*

9 Personen üben <u>*Kritik an der Vorfinanzierung*</u> des Gesamtbetrages *("es ist mühsam, die Therapie selbst vorfinanzieren zu müssen", "Mir wäre eine direkte Verrechnung zwischen Therapeut und Krankenkassa lieber gewesen").*
7 Mal wird <u>*Kritik an den Abrechnungskriterien*</u> geübt und bedauert, daß die Krankenkassa keine Fahrtkosten, Wochenenden von Gruppentherapie und ähnliches bezahlt *("ich wollte teilweise meine Therapie durch die Krankenkassa bezahlen - hat nicht funktioniert -> haben mir 3 Mal alle Belege mit Bestätigungen zurückgeschickt", "Wochenendseminare (vom Therapeuten vorgeschrieben) wurden grundsätzlich nicht bezahlt!!", "Als ich anfangs bei einem anderen Therapeuten in Linz in Behandlung war, suchte ich um Rückerstattung der Fahrtkosten an. Erstens wurde ich sehr schlecht behandelt und der Antrag wurde abgewiesen.")*
Weitere Antworten bezogen sich darauf, daß die <u>*Finanzierung noch nicht lange möglich*</u> war, d.h. als er/sie Psychotherapie machte, sie nicht in Anspruch genommen wurde (5 Nennungen) *("Zum damaligen Zeitpunkt war die Finanzierung durch die Krankenkasse noch nicht möglich", "nicht in Anspruch genommen").*

Es gab auch viel **Kritik an einzelnen Aspekten der Abwicklung** (**47** Nennungen). Dazu gehörte etwa die <u>*bürokratisch unklare Abwicklung*</u> gepaart mit immer neuen bürokratischen Anforderungen (20 Nennungen) *("Abwicklung umständlich, Formulare wurden geändert", "etwas kompliziert", "zweitens ist die Bürokratie umständlich""Bei der Bestätigung an der Krankenkasse von Angestellten - überflüssig-neugierig-unangenehm ausgefragt", "Die Wiener Gebietskrankenkasse ist lahm, unfreundlich, bürokratisch und unwillig, wenns ums Zahlen geht")* und die <u>*Datenschutzproblematik*</u> (13 Nennungen, 6%) *("Mir ist unklar, wie weit hier der Datenschutz wirklich geht. Ich habe eventuelle mögliche Folgen einfach riskiert", "Datenschutz weiterhin gewahrt bei Chefarztbegutachtung (bezüglich Aktstelle)????", "Zweifel an der Verschwiegenheit der Krankenkassa").*
Weiters wurde die <u>*Genehmigung einer nur begrenzten Stundenzahl*</u> bei der Gewährung von Zuschüssen durch die Krankenkassa (5 Nennungen) kritisiert. *("Ich erhielt den Zuschuß der Krankenkasse nur über einen begrenzten Zeitraum. Danach mußte ich die Therapie selbst finanzieren.", "Es wird wenig bis überhaupt nicht verstanden und darauf eingegangen, daß "seelische Krankheiten" ebenso behandlungsbedürftig sind und daß diese Behandlung sehr sehr langwierig sein kann und nicht mit vorgegebener Therapiestundenzahl "erledigt" werden kann"),* sowie die <u>*Bestätigung von ärztlicher Seite zu Therapiebeginn*</u> (5 Nennungen) *("Zuweisung am Anfang über den praktischen Arzt umständlich", "Der ganze Rechtfertigungsaufwand ist sowieso idiotisch (beim Ansuchen)")* als unangenehm genannt.
Auch die <u>*Chefarztbegutachtung und Kontrolle des Therapieverlaufes*</u> bei weiterer Finanzierung durch die Krankenkassa fand keinen Anklang (3 Nennungen) *("Kasse hat plötzlich, ohne Angaben von Gründen die Zahlung eingestellt; Chefarztbegutachtung wurde notwendig; hierfür teilweise unbeantwortbare Fragen gestellt über Erfolg der Therapie, ...").*
Schließlich wurde auch die Art der <u>*Diagnose*</u> kritisiert *("Die Diagnose in Form von Codes fand ich sehr unseriös").*

Nur **15** KlientInnen berichteten von **positiven Erfahrungen mit der Krankenkassa** *("OK", klappt bei der BVA klaglos", "kein Problem", "letztendlich unkomplizierte Handhabung der Kostenrückerstattung").*

3 Personen wollten dezidiert nichts mitteilen und antworteten daher mit "***nein"***, 1 Person mit "***ich weiß nicht***". 5 Antworten konnten nicht ausgewertet werden.

Gesamthaft überwiegen mit 43 % der Gesamtstichprobe bzw. 89% aller Stellungnahmen bei den Antworten bezüglich der Krankenkassa die kritischen Aspekte:

Das Gefühl, BittstellerIn zu sein, in der Inanspruchnahme von Psychotherapie nicht jener von ärztlich-medizinischen Leistungen gleichgestellt zu sein und nur nach Erfüllung unklarer bürokratischer Auflagen einen Zuschuß zu bekommen, steht im Vordergrund.

3.2.3.2. Wodurch oder durch wen kamen Sie überhaupt auf die Idee, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben? (Frage 8)

Neben dem skalierten Teil der Frage hatten die Befragten unter der Kategotrie "anderes" die Möglichkeit, eigene Varianten zu diesem Thema zu nennen.
148 Personen antworteten auf die Frage, durch welches Ereignis oder welche Person sie überhaupt zur Gestalttherapie gekommen sind, was einem Prozentsatz von 34% der Gesamtstichprobe entspricht.
Die mit Abstand häufigste Ursache eines Therapiebeginns ist laut Angaben der KlientInnen ein **akutes Problem oder Leiden als Auslöser** (56 Nennungen). 22 Mal war es ein *allgemeiner Leidensdruck und psychisch schlechte Verfassung*, die zu einem Therapiebeginn motivierten *("Meine damalige psychische Verfassung war so arg, daß ich nirgendwo mehr Ruhe fand", "Leidensdruck, aufkeimender Glaube an Veränderbarkeit", "Aufgrund der Fülle meiner Beschwerden, die mit "zusammenreißen" nicht zu bewältigen waren, war mir und anderen immer klar, daß ich derartige Hilfe brauche").*
19 Mal wurden *konkrete Probleme* aufgelistet *("ich erkrankte am Burnout = selber", "durch private Probleme, die ich nicht mehr alleine lösen wollte und konnte (Depression, Krebserkrankung)", "aktueller Anlaß: psychiatrische Behandlung").*
9 KlientInnen befanden sich in einer *Krisensituation ("akute persönliche Krise", "durch die plötzlich akut aufgetretene Situation bei einer Beziehungsproblematik", "persönliche Krisensituation"),* 4 Personen hielten es einfach für *notwendig ("als Not-wendigkeit", "sah es selbst als lebensnotwendig"),* 2 weitere wollten bzw. mußten sich mit der *Geschichte naher Angehöriger* auseinandersetzen *("einfach die Geschichte meines Vaters: Psychisch krank, als hoffnungsloser Fall gestorben in Pflegeheim nach hauptsächlich medikamentöser Behandlungen").*
An zweiter Stelle der Begründungen folgen Aussagen, in denen die **Betonung der eigenen freien Entscheidung, sich externe Hilfe zu suchen,** im Vordergrund steht (32 Nennungen). Dazu gehören etwa ganz allgemein die *eigene Entscheidung* (17 Nennungen) *("Die Entscheidung habe ich selber getroffen, es drängste sich mir auf, da sämtliches anderes Bemühen um Besserung unfruchtbar schien", "eigene Idee", "eigeninitiativ - viel Therapeutisches schon gemacht - verschiedene Richtungen"),* der *Wunsch nach externer, professioneller Hilfe* (9 Nennungen) *("der Zeitpunkt war einfach der richtige; wollte externe Hilfe und Beratung kennenlernen", "gezielte Suche nach professioneller Hilfe", "Hilfe von außen notwendig"),* die *Überzeugung, daß Therapien helfen und sinnvoll* sind (4 Nennungen) *("Ich war von der Sinnhaftigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung in Konfliktsituationen schon immer überzeugt", "bin selber Psychotherapeutin und halte psychotherapeutische Behandlung in Krisen, ... für ein sehr geeignetes Mittel")* sowie *Neugierde und Interesse* seitens der KlientInnen (2 Nennungen) *("Neugierde" "Bin Ärztin und hatte gesamtes Studium Interesse für Psychosomatik usw. / theoretische und praktische Kurse, usw.").*

15 Personen berufen sich auf **positive Vorerfahrungen und -informationen:** 11 hatten *positive Erfahrungen in früheren Therapien* zum Anlaß genommen, es wieder zu probieren *("positive Vorerfahrungen in die Richtung", "früher schon in therapeutischer Behandlung gute Erfahrungen"),* 4 Personen kamen über *Veranstaltungen oder nicht-psychologische*

Beratungen dazu *("Wochenendseminar in einer Volkshochschule", "astrologische Beratung", "Radiosendung (Diskussion) zum Thema").*

Es gab aber auch Menschen, bei denen die **Therapie extern motiviert ,** von außen her veranlaßt war (25 Nennungen). Dazu gehören die *Empfehlung diverser Beratungsstellen, PsychologInnen oder PsychotherapeutInnen* (9 Nennungen) *("Krisenzentrum", "Schwangerschaftsberatung", "ÖGB-Psychotherapiestelle, Springergasse, Wien", "Schulpsychologin meines Kindes hat mir die Therapeutin persönlich empfohlen"),* der *Wunsch des/der Partners/in* (6 Nennungen) *("ich habe mit meinem Ehemann die Entscheidung getroffen", "durch Gespräch mit Partnerin"),* im Rahmen einer *Supervision* (5 Nennungen) *("durch Supervision mit Kollegen in der Gruppe (Arbeit) - fand ich nicht gut - deshalb Einzelberatung", "durch Teilnahme an einer Supervisionsgruppe"), Empfehlungen von Bekannten* (4 Nennungen) *("Nachbarin", "Physiotherapeutin" "mein Chef war bei ihr in Paartherapie -> Weiterempfehlung")* sowie *gerichtliche Weisungen* (1 Nennung) *("gerichtliche Weisung").*

2 KlientInnen begannen die Therapie durch Anregungen im **beruflichen Umfeld** *("beruflich").*

Eine weitere Kategorie stellen Erklärungen dar, die mit **Aus- und Weiterbildungen** der KlientInnen zusammenhängen: 16 Personen beziehen ihre Äußerungen auf Anregung zur Psychotherapie im Rahmen einer *Aus- und Weiterbildung ("Ausbildung zum Lebens- und Sozialberater", "Fortbildung zur Supervisorin", "Psychotherapeutisches Propädeutikum"),* 2 weitere sind durch das *Psychologiestudium ("im Rahmen einer Lehrveranstaltung für Psychologie wurde die Gestalttherapie vorgestellt")* mit Gestalttherapie in Kontakt gekommen.

39 % der KlientInnen, die sich zu diesem Thema äußern, nennen einen akuten Leidensdruck, eine Krise, Psychotherapie als Not-wendigkeit. Etwa ein Drittel betont, daß es ihre freie und eigene Entscheidung war, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, weitere 10% beziehen sich auf positive Vorerfahrungen. Etwa 17% nennt als externe Motivation Anregungen verschiedener Personen oder Überweisungen verschiedener Stellen, die in den vorgegebenen Antwortkategorien nicht enthalten waren.

3.2.3.3 Haben Sie vor der Psychotherapie versucht, Ihr Problem auch mit Hilfe anderer Menschen zu lösen und Ihren Zustand zu verbessern? - Mit wem? (Neben dem skalierten Teil der Frage war unter der Kategotrie "anderes" die Möglichkeit, eigene Varianten zu diesem Thema zu nennen.)
Wie schon bei anderen Fragen, die außer den schon vorkategorisierten Möglichkeiten der Ansprechpersonen, zum Verhalten und Reaktionen der sozialen Umwelt fragen (vgl. Frage 20A, 35A) ist die Antwort-Beteiligung nicht sehr hoch (68 Personen).

30% der Antwortenden geben an, zuerst bei **anderen Psychotherapieschulen** (anerkannte und nicht anerkannte) Hilfe zur Verbesserung ihres Zustandes gesucht zu haben. (15 Nennungen) *("Bioenergetische Jahresgruppe, 2 Jahre Gesprächstherapie bei einem Psychotherapeuten (Freudianer)").* Des weiteren werden *Selbsterfahrungsgruppen* (5 Nennungen) *("Selbsterfahrungsgruppenseminar")* genannt.
Weiters wird mit 15 Nennungen von den ProbandInnen auch Hilfe in **privaten Beziehungen** gesucht - wie etwa bei PartnerInnen, Eltern, Geschwistern sowie der Familie und

medizinische Hilfe (3 Nennungen) *("Landeskrankenhaus Graz"),* was beides eine Wiederholung der schon vorgegebenen angekreuzten Antwort darstellt.
13 Mal wird angegeben, Hilfe durch **Weiterbildungen und Kurse** in der einen oder anderen Form gesucht zu haben. *("Volkshochschulkurse"* oder *"Teilnahme verschiedener Fortbildungen im Rahmen der Telefonseelsorge und persönlichen Interessen"* oder *"Lesen von Büchern").*
12 Mal werden als weitere **professionelle HilfeanbieterInnen**, auf die zuerst gehofft wurde, angegeben: *Supervision,*(4 Nennungen), *körperliche Therapien* (5 Nennungen) *("Akupunktur", "mit Yoga", "Körperarbeit")* auch *Heiratsvermittlung* (2 Nennungen) sowie *Lebensberatung* (1 Nennung) angeführt.

In **Religion und Metaphysischem** wird von wenigen KlientInnen Zuflucht gesucht (6 Nennungen),("*religiösen Kreisen", "Priester", "Scientologe").*
3 mal sollen Kontakte in **beruflichen Zusammenhängen** Hilfe bringen *("zuerst in* ***Hilfe durch berufliche Kontakte*** (3 Nennungen) *("Arbeitskollegen").*
6 KlientInnen geben explizit an, **keine Hilfe von außen** angenommen zu haben, sondern ihre Probleme alleine mittels Verdrängung oder Selbsthilfe zu lösen versucht haben.

Die Mehrzahl der Antworten begnügt sich mit den vorkategorisierten Möglichkeiten.
30% der hier antwortenden KlientInnen bezogen ihre Angabe auf zuvor gemachte Psychotherapieversuche, von je ca. 19% der Antwortenden werden Weiterbildung und Kurse sowie andere professionelle Hilfe-Dienstleistungen im weitesten Sinn genannt. Relativ gering sind mit 6 Nennungen Versuche der Zuflucht in religiösen oder metaphysischen Systemen.

3.2.3.4 Wie lange dauerten diese Lösungsversuche vor der Psychotherapie? (Frage 9)

Zwei Drittel (285) aller 431 befragten Personen antworten auf die Frage nach der Länge derjenigen Lösungsversuche, die sie mithilfe anderer Mittel vor Beginn ihrer Psychotherapie unternommen haben.

Dabei fällt auf, daß fast alle ProbandInnen schon **jahrelang** vor ihrer Gestalttherapie versucht haben, ihren Zustand zu verbessern. **189** mal wird ein Zeitraum von über einem Jahr bis hin zu 63 Jahren angegeben. Das entspricht einem prozentuellen Anteil von **66%** an der Gesamtheit aller Antworten. Viele wissen den genauen Zeitraum auch gar nicht mehr und beschreiben ihn pauschal mit den Worten "mehrere Jahre", "*jahrelang*", "viele Jahre" etc. (33 Nennungen).
Am häufigsten scheint die Dauer von *ein bis zwei Jahren* zu sein (37 Nennungen, 20% aller Jahresangaben), dicht gefolgt von einer Dauer von *zwei bis drei Jahren* (35 Nennungen, 19%). Immerhin noch 19 KlientInnen führen an, *drei bis vier Jahre* versucht zu haben, mithilfe von anderen ihre Probleme zu lösen (10% aller Jahresangaben). Daraufhin folgen 6 Äußerungen zu *vier bis fünf Jahren*, 11 Äußerungen zu der Dauer von *fünf bis sechs Jahren*, nur 3 Angaben zu Dauer von *sechs bis sieben Jahren*, 7 zu *sieben bis acht Jahre*, 3 zu *acht bis neun Jahren* und 1 zu *neun bis zehn Jahren*. Sodann ergibt sich ein neuerlicher Peak bei der Dauer von *zehn bis elf Jahren* (16 Nennungen). Schließlich werden noch 11 Äußerungen zu der Dauer von *15 bis inklusive 20 Jahren* gemacht sowie je eine zu *20 Jahren*, *30 Jahren* und *63 Jahren*.
5 ProbandInnen empfinden den Zeitraum als **sehr lange** resp "länger", 9 sind der Meinung, sie hätten dies **immer** schon getan, also Zeit ihres Lebens durchgehend.

17 Personen führen an, es **immer wieder** probiert zu haben, d.h. sie schwankten zwischen Lösungsversuchen und deren Aufgabe.
Schließlich gibt es noch je zwei Äußerungen zu **bestimmten Lebensabschnitten** *("seit meinem Erwachsenwerden")* sowie **einige Zeit.**

Der **Zeitraum unter einem Jahr** wird am zweithäufigsten angegeben, was darauf hindeutet, daß doch etliche KlientInnen relativ rasch zur Psychotherapie zu kommen scheinen. Ganze 58 Äußerungen (20% aller Angaben) beziehen sich auf den Zeitraum von einigen Monaten, wobei ein *halbes Jahr* am häufigsten vertreten ist (24 Nennungen). Ein *dreiviertel Jahr* versuchen dies nur noch 3 Personen.
Unter einem halben Jahr haben insgesamt 17 KlientInnen mit verschiedenen Angaben versucht, ihren Zustand mithilfe anderer Menschen zu verbessern. 13 KlientInnen geben auch an, es *einige Monate* probiert zu haben. *Wochenlang* versuchen es nur 4 ProbandInnen.
3 Äußerungen nennen eine *nur kurze Zeit.*
2 weitere Aussagen waren nicht einordenbar.

79% aller antwortenden Personen haben vor ihrer Psychotherapie jahrelang versucht, andere als psychotherapeutische Hilfe zu erhalten, davon über die Hälfte bis zu vier Jahren, einige gaben sehr viel längere Zeiträume an. 22% kamen binnen Ablauf eines Jahres auf die Idee, sich psychotherapeutische Hilfe zu suchen, davon 2/3 nach einem halben bis einem Jahr.

3.2.5. Was war der Erfolg bzw. das Ergebnis der Hilfesuche (Frage 9)?

Ebenfalls fast **zwei Drittel** (256) der Befragten äußern sich zum Erfolg oder Ergebnis ihrer Hilfeversuche vor Therapiebeginn.

Sieht man sich all diese Aussagen isoliert an (d.h. kodiert nach Verbesserung, Verschlechterung des eigenen Zustandes sowie nach ausschließlich ambivalenten Äußerungen, wobei eine Person gleichzeitig durchaus Verbesserungen sowie Verschlechterungen erleben kann), so zeigt sich, daß die Angaben zur **Verschlechterung** (75 Nennungen, 29%) **oder keinen/kaum Erfolg mit** 36% (92 KlientInnen) mit **insgesamt** 65**%** überwiegen. **Verbesserungen** haben die Versuche zur Problembewältigung vor der Gestalttherapie bei 63% aller antwortenden späteren KlientInnen ausgelöst (162 Nennungen). **Ambivalente Ergebnisse**, wie etwa Teilerfolge oder ein allgemein schwankender Zustand, wurden explizit nur in 14 Fällen erwähnt, was einem prozentuellen Anteil von etwas über 5% entspricht.

Man kann jedoch bei näherer Betrachtung und Analyse feinere Muster des psychischen Erlebens in den drei oben genannten Dimensionen Verbesserung, Verschlechterung des eigenen Zustandes und Ambivalente Ergebnisse festmachen, auf die nun im folgenden eingegangen werden soll.
Wenn mit Hilfe anderer Menschen vor Beginn der Psychotherapie eine **Verbesserung des eigenen Befindens** herbeigeführt werden konnte, so lag diese in den meisten Fällen im Bereich von verschiedenen *Selbstreflexionsprozessen* (46 Nennungen, 29% aller Verbesserungen). Dabei wurde vor allem die *Selbstreflexion und Klarheit* gefördert (18 Nennungen) *("bis zu einem gewissen Grad ein besseres kognitives Verständnis des Problems", "sehr gute Selbstreflexion über berufliche und private Probleme", "neue Erkenntnisse, anderer Blick auf meine Situation (Therapie war eigentlich nur Intensivierung des bereits begonnenen Prozesses"),* aber auch allgemeinere Prozesse der

Bewußtseinsanregung resp. *Bewußtmachung der individuellen Problematik* (9 Nennungen) *("Auseinandersetzung -> Bewußtseinsbildung", "größeres Problembewußtsein").* Weiters wurden *Selbstwert, -sicherheit und Stabilität* der KlientInnen aufgebaut (5 Nennungen) *("Ich war soweit stabilisiert"),* das *Selbstvertrauen und -bewußtsein* teilweise gestärkt (4 Nennungen) *("mehr Selbst-Bewußtsein"),* aber auch eine *andere Sicht der Dinge* erreicht *("zeitweise bekam ich eine andere, positive Sicht, z.B. meinem Vater"), allgemeine Persönlichkeitsentwicklungs- und -veränderungsprozesse* bewirkt *("langsame Entwicklung meiner Persönlichkeit")* oder *Durchsetzungsstrategien und Abgrenzung* bearbeitet (je 3 Nennungen) *("sich abgrenzen gegenüber negativer Energie, Neinsagen lernen").* Seltener kam es zu *innerer Ruhe und Gelassenheit ("innere Ruhe")* sowie *Akzeptanz* der eigenen Person *("Ich habe gelernt, meine Langsamkeit und mich selbst anzunehmen")* (je 1 Nennung).

An zweiter Stelle der positiven Veränderungen stehen Angaben der *allgemeinen Verbesserungen und Erleichterungen*, die ohne nähere inhaltliche Angaben hingeschrieben wurden (21 Nennungen) *("á la longue besser als nach der Therapie", "in vielen Bereichen erfolgreich", Erleichterungen, sanfte Verbesserungen").*

Dicht gefolgt wird diese Kategorie von *kurzen Verbesserungen und Entlastungen*, die zwar positiv erlebt werden, jedoch nicht dauerhaft ins Leben integriert werden können (20 Nennungen) *("positiv, aber kurzfristige Entlastung", "jeweils nur für ein paar Stunden/Tage Beruhigung", "mittelprächtig: leichte Besserung, aber keine wirkliche Heilung", "teilweise Erleichterung, fühlte mich wohler, aber nur vorübergehend").*

Auch der *kommunikative Austausch* an sich wurde von vielen KlientInnen als positiv bewertet (17 Nennungen) *("Durch Gespräche mit Freundinnen hab ich mich einfach besser gefühlt", "Erfahrungsaustausch mit Betroffenen im Freundeskreis", "Ich war jedoch sehr dankbar, in ihnen gute Zuhörer zu finden").*

Außerdem gibt es auch im *zwischenmenschlichen Bereich* einige positive Effekte der Hilfesuche: (insgesamt 24 Nennungen). Dazu zählen die dabei empfundene *Freundschaft und Nähe* (8 Nennungen) *("gut: eine sehr gute Freundin ersetzt manchmal sogar den Therapeuten", sehr positiv: ich habe eine Therapeutin-Freundin (Gestalttherapeutin)", "bessere Effekte / bessere Unterstützung / bessere Anregungen durch die Freunde als durch die Therapie", "wichtiger war einfach die Anwesenheit von Freunden und das Gefühl der Geborgenheit - so weit möglich"),* Verbesserung der *Kontaktfähigkeit* (3 Nennungen) *("Reduzierung der Hemmschwelle gegenüber anderen - fremden - Menschen"),* Verbesserung der *Partnerschaft* (3 Nennungen) *("gut - Scheidung aus unglücklicher Beziehung")* sowie *allgemeine Verbesserungen* auf diesem Gebiet (2 Nennungen) *("Fortschritte im Erfassen nonverbaler Kommunikation"). Hilfe und Stütze* (4 Nennungen) bekommen *("hilfreiche Stütze in einer Krise"), Verständnis und Ermutigung* (4 mal) *("Ich war unter Gleichgesinnten, wurde verstanden. Man wird leicht zu einem Außenseiter, weil die meisten nicht zuhören und verstehen wollen.")*

Weniger häufig kamen Angaben, die auf eine konstruktive *Problembearbeitung* schließen lassen (9 Nennungen) *("Sehr gut! In kurzer Zeit ist es mir gelungen, das echte Problem aufzuarbeiten", "Vergleich der Lebenssituation mit derer von anderen half mir beim Finden neuer Möglichkeiten in verschiedenen problematischen Bereichen"),* oder Hilfestellungen, die zu einer *Verbesserung des Vitalgefühls*, einem Auffangen von zu stark negativen Reaktionen führten, (8 Nennungen) *("zaghaft, aber doch zu leben", "positivere Lebenseinstellung", "Vermeidung von pessimistischen Reaktionen mit weitreichenden Folgen in depressiven Phasen").*

Des weiteren wurden einzelne von folgenden positiven Effekten berichtet: *Besserung der Symptome* (4 mal) *("Symptome traten weniger gehäuft auf"), Abnahme körperlicher Symptome ("kleine Verbesserungen der körperlichen Symptome"),* die *Besserung klinischer Störungen ("lange Phasen ohne Depressionen, Verbesserung der Suchtproblematik,..."),*

sowie *medizinische und medikamentöse Hilfe (“bezüglich Arzt: nach monatelanger Einnahme von 2 Serotax / Tag und anfangs 35 min Gespräch, später seltener, fühlte ich mich gut”)* mit jeweils 4 Nennungen, weiters die Unterstützung und Anregung zur *Selbsthilfe* (3 Nennungen) *(“gut, doch ändern muß man selber was”, “erkannte, daß ich das Leben selbst in der Hand habe”)* sowie *sonstiges Positives (“auch eine wichtige Arbeit”)* mit 2 Nennungen.

Die **Verschlechterung des eigenen Zustandes** (75 Nennungen) bezieht sich vor allem darauf, daß die *Problemlösung als unmöglich* empfunden wurde (13 Nennungen) *(“bewegte mich nicht von der Stelle, Probleme blieben bestehen”, “Eine alleinige Lösung war aufgrund der überdimensionalen Größe aber nicht in Sicht”),* auf *allgemeine Verschlechterungen* ohne inhaltliche Details hinsichtlich der spezifischen Symptomatik (12 Nennungen) *(“fühlte mich immer schlechter”, “Teilweise hat sich die Situation verschlechtert, vor allem durch den sexuellen Mißbrauch des vorletzten Therapeuten”)* sowie auf die *Belastung und Überforderung von FreundInnen, der sozialen Umgebung* und somit der eigenen Person (10 Nennungen) *(“bin meiner Umwelt immer mehr zur Last gefallen”, “Es war für mich nicht mehr tragbar, meine Freunde ständig zu belasten. Ich wollte und konnte auch nicht alles sagen.”).*
Seltener wurde angeführt: die *Verschlechterung* oder der unverändert schlechte Status *klinischer Störungen* (6 Nennungen) *(“ein ständiges Hin- und Herverlegen der Symptome (Bulimie statt Magersucht, Amenorrhoe statt Vaginalkrampf, Panikattacken statt Cannabiskonsum, körperliche Erkrankung statt psychischer... usw.)”), problematische medizinische oder medikamentöse Betreuung* (6 Nennungen) *(“Medikamente haben zwar müde gemacht, aber die Probleme auch nicht gelöst. Sie haben mir Angst gemacht”, “dem Arzt war mein Problem sogar peinlich”),* eine *problematische andere therapeutische Betreuung* (5 Nennungen) *(“die Beraterin ließ sich von mir “drankriegen” und meinte, ich hätte alle Probleme in meinem Leben gut im Griff - aber das war nicht der Punkt”, “nicht so großartig, sonst hätte ich kein zweites Mal gehen müssen, wobei ich noch immer nicht fertig bin. Ich kann mir mein psychisches Problem nicht leisten”), Verunsicherung, Verwirrung, Unklarheit und Hilflosigkeit* (5 Nennungen) *(“fühlte mich sehr hilflos und durcheinander (auch meine Freundinnen)”).* Einige KlientInnen hatten auch das Gefühl, sich *im Kreis zu drehen* (4 Nennungen) *(“ich habe mich immer wieder in ähnliche Problemsituationen gebracht und hatte dann das Gefühl, ich drehe mich im Kreis”),* klagten über *Rückfälle* (3 Nennungen) *(“immer wieder Rückfälle -> daher Psychotherapeut”, “wiederkehrende Erkrankung”)* oder über ein *verstärktes Auftreten der Problematik* (3 Nennungen) *(“prolongierte und erschwerte das Problem, ging fast bis zum Zusammenbruch”)* sowie diverse *andere Verschlechterungen* in den verschiedensten Bereichen (8 Nennungen) *(“keine Sexualität”, “Rat”schläge””).*
Schließlich gibt es noch KlientInnen, die ihre **Ergebnisse ambivalent** schildern (14 Nennungen) *(“einmal besser, einmal schlechter”, “phasenweise gute Besserung bis zum nächsten Rückschlag”, “Teilerfolg”, “sehr schwankend”, “wechselhaft”).*

Jenseits dieser 3 beschriebenen Dimensionen Verbesserung/Verschlechterung/Ambivalenz (siehe oben) kristallisieren sich noch zwei weitere, Dimensionen aus der Menge aller Antworten heraus: Es gibt eine große Gruppe von Personen, die angeben, **kaum bis keinen Erfolg** bei ihrem Bemühen um Hilfe erlebt zu haben (92 Nennungen; **35,5%** aller gegebenen Antworten) *(“nicht befriedigend, führte zu keiner Besserung”, “keine Veränderung des Krankheitsbildes”, “kein Erfolg! Mein Hausarzt nimmt sich für diese Dinge keine Zeit”, “bin keinen Schritt weitergekommen”, “das Thema hatte sich erschöpft, es gab keine Lösung”, “unzureichend - blieb an der Oberfläche, keine Änderung!”, “Da meine Freunde keine professionellen Helfer waren, erfuhr ich keine Besserung meiner Zustände”).*

Weiters meinten ein Sechstel aller KlientInnen, daß sie durch die nicht-therapeutische Hilfe überhaupt erst dazu **angeregt wurden, eine Psychotherapie zu beginnen** (41 Nennungen; 16%) *("positiv, viel dazu gelernt, aber am Schluß waren die Auslöser auf der emotionalen Ebene so stark, daß ich das Gefühl hatte, unbedingt qualifizierte Hilfe zur Bewältigung dieser intensiven Gefühle zu benötigen", "Einsicht, das Problem nur mit professioneller Hilfe in relativ "kurzer" Zeit zu lösen, da Freunde eventuell doch befangen sind bzw. eventuell Objektivität fehlt", "Letztlich war das Ergebnis, daß ich mich immer mehr dafür interessierte, mich mit mir selbst und meinem Innenleben auseinanderzusetzen und so zur Psychotherapie fand")*
5 ***sonstige*** Antworten konnten nicht eindeutig zugeordnet werden.

Auf die Frage nach den Erfolgen der Hilfesuche vor ihrer gestalttherapeutischen Behandlung antworten 255 Befragte. Davon stellen 162, das sind etwa 64% dadurch eine Erleichterung ihrer Situation fest, die vor allem durch ein Gewinnen von mehr Klarheit und Bewußtheit über das Problem und in der Hilfe, die im zwischenmenschliche Austausch und Kontakt liegt, begründet wird. Nur 3% geben ausdrücklich eine Besserung ihrer Symptomatik oder ihres Lebens- und Vitalgefühls an.
Ebenso groß wie die Zahl der positiven Statements sind diejenigen Angaben, die sich auf die Zwecklosigkeit des Hilfesuchens bzw. eine sogar damit verbundene Verschlechterung des Zustandes bezog (167 Nennungen). 14% der KlientInnen gewannen jedoch durch die Gespräche mit anderen die Anregung, sich in Psychotherapie zu begeben.
Die Antworten auf diese Frage zeigen den Trend, daß die nichttherapeutische Hilfe im Vorfeld zumeist durch die positive menschliche Zuwendung und dem Klarheit schaffen über das Problem Hilfe bringt. Eine Verschlechterung der Leidenssituation kann durch das Zuwarten jedoch eintreten

3.2.3.6 Wie haben Sie sich diese therapeutische Behandlung/diesen Therapeuten bzw. diese Therapeutin ausgesucht? - Kategorie "Anderes" (Frage 11)

Ein Viertel aller befragten Personen (322 Nennungen) geben über das Ankreuzen einer vorgegebenen Antwort hinaus Auskunft darüber, wie sie sich ihre/n TherapeutIn bzw. die Gestalttherapie ausgesucht haben.
Dabei geschah der Kontakt zum/r TherapeutIn größtenteils über Weiterempfehlungen durch andere (63 Nennungen):
Vor allem **Weiterempfehlungen durch Personen aus dem psychologisch-therapeutischen oder institutionellen Bereich** (insgesamt 39 Nennungen) haben offensichtlich einen großen Einfluß auf die Wahl der KlientInnen. Diese Kategorie wurde im Fragebogen nicht vorkategorisiert abgedeckt. In dieser Kategorie lassen sich noch folgende Spezifizierungen feststellen: Die Empfehlung von einer anderen <u>*PsychotherapeutIn*</u> (29 Nennungen) *("über die Leiterin eines von mir regelmäßig besuchten bioenergetischen Gruppentreffens, deren Gatte ebenfalls Therapeut ist", "Terminprobleme bei einer von Freunden empfohlenen Therapeutin, Empfehlung dieser Therapeutin - Vermittlung", "Habe zwei Adressen von der psychologischen Beratungsstelle für Studenten bekommen, und die eine Therapeutin hat mir dann meinen Therapeuten empfohlen").* 2 Mal wurde die spätere Therapeutin explizit von einer <u>*Gestalttherapeutin*</u> genannt *("durch eben diesen Gruppentrainer (gestalttherapeutischer Kurs)").* Die Empfehlung von <u>*diversen beratenden Institutionen*</u> (6 Nennungen) *("Psychotherapeutische Beratungsstelle - dort wurden mir einige Therapeuten zur Auswahl angeboten (jedoch auch die Verpflichtung, eine(n) davon zu kontaktieren)", "Ich habe das Institut für Sozialdienste aufgesucht und wurde dieser Frau zugewiesen"):* 2 weitere Male

erfolgte die Empfehlung über eine *PsychologIn ("Schulpsychologin meines Kindes hat mir Therapeutin persönlich empfohlen", "empfohlen durch den Test-Psychologen").*

Es fanden aber auch Weiterempfehlungen von Personen aus dem **medizinischen Bereich** statt (**11** Nennungen). Dabei kamen die Empfehlungen vor allem von *ÄrztInnen* (8 Nennungen) *("von meinem Hausarzt empfohlen, da er ihm persönlich bekannt war", "Vom Psychiater, der in der selben Ambulanz tätig war, empfohlen")*, aber auch von *PhysiotherapeutInnen* (2 Nennungen) *("durch Physiotherapeutin (Bewegungstherapeutin)")* sowie von der *Krankenkassa* (1 Nennung) *("Information der Krankenkasse").*
Schließlich gab es noch **Weiterempfehlungen durch FreundInnen und Verwandte** (10 Nennungen), was ebenfalls eine Wiederholung der vorskalierten Antwortmöglichkeiten darstellt. 8 Mal kam die Empfehlung direkt aus dem *Bekannten- und Verwandtenkreis ("ein Freund empfahl mir die Therapeutin (die therapeutische Schule war nicht wichtig)", "Angehöriger hat ihn empfohlen", "sie ist die Mutter eines Freundes")*, 2 Male war die spätere *TherapeutIn eine StudienkollegIn von Verwandten ("von meiner Schwester empfohlen (sie studierten gemeinsam)").*

Die zweite große Gruppe von Antworten zeigen, daß einige KlientInnen ihre **TherapeutIn schon vor Therapiebeginn persönlich kennengelernt** haben (39 Nennungen). Am häufigsten geschah dies bei Besuchen von einschlägigen *Seminaren, Kursen, Veranstaltungen, Vorträgen,* etc. (21 Nennungen) *("Therapeutin hatte ich vorher schon einmal bei einem Seminar erlebt", "Durch einen Geburtsvorbereitungskurs vor ca. 3 Jahren kennengelernt", "über Beratungsveranstaltung kennengelernt", "aufgrund eines Vortrags").*
Weiters konnte der Erstkontakt schon zuvor im Rahmen einer eigenen *Aus- oder Weiterbildung* hergestellt werden (7 Nennungen) *("ich habe die Therapeutin aus meiner Ausbildungszeit gekannt und geschätzt -> Gruppenselbsterfahrungstage", "durch eine Telefonseelsorge-Ausbildung, Sympathie", "aus meiner Fortbildung zur Supervisorin gekannt").* 5 Mal kam es zum Kennenlernen am *Arbeitsplatz ("er war ein Arbeitskollege", "lernte Therapeutin am Arbeitsplatz kennen, erweckte positiven Eindruck").* 4 Mal war die TherapeutIn eine *persönliche Bekannte* der KlientIn *("persönlich bekannt und geschätzt")*, 2 Mal war die *TherapeutIn gleichzeitig* die *ÄrztIn* der KlientIn *("war meine behandelnde Ärztin im Krankenhaus").* Einmal wurde angeführt, daß die zuvor in anderen Zusammenhängen behandelnde TherapeutIn selbst Hilfe angeboten und somit den ersten Schritt gemacht hätte *("Psychotherapeut behandelte meinen Sohn physiotherapeutisch und bot mir seine Hilfe an").*

Seltener nur wurde in den Antworten die **eigenständige Wahl der TherapeutIn** betont (8 Nennungen). Sie geschah zumeist *nach bestimmten Kriterien* wie etwa örtliche Nähe, Alter, Geschlecht und ähnliches (5 Nennungen) *("Wohnort Gestalttherapie war mir wichtig", Nach Alter und Geschlecht ausgesucht", "meine Frau hat der christliche Hintergrund (ausgebildete Theologin) der Therapeutin besonders angesprochen / Vertrauen").* 3 der befragten Personen gaben lediglich an, sich die TherapeutIn *selbst ausgesucht* zu haben, ohne näher ins Detail zu gehen *("selber gewählt", "gezielt gesucht").*
Nur 7 Mal wurde die Wahl durch **öffentliche Informationen über die TherapeutIn** getroffen, wie etwa durch das *PsychotherapeutInnenverzeichnis* (2 Nennungen) oder durch *Inserate* bzw. über das *Telefonbuch* (je 1 Nennung). 3 Mal erfolgte die Empfehlung über den *ÖAGG bzw. den ÖBVP ("Zuschriften der ÖAGG", "Anruf beim Dachverband").*

25% der BeantworterInnen machen von der freien Antwortkategorie Gebrauch. Sie geben zum überwiegenden Teil (58%) eine Empfehlung aus dem institutionellen therapeutisch-beratenden Bereich an. 36% der Antwortenden immerhin, das entspricht etwa 10% der Gesamtstichprobe kennen ihre/n TherapeutIn schon vor dem Beginn der

Psychotherapie aus anderen Zusammenhängen, in nur 0,6 % der Gesamtzahl entsteht der Kontakt direkt über Information des Berufsverbands ÖBVP.

3.2.3. 7. Wie war die Häufigkeit der Sitzungen? **(**Restkategorie "anderes") (Frage 15)

Nur **15%** aller befragten KlientInnen geben an, daß die Häufigkeit ihrer gestalttherapeutischen Sitzungen anders gestaltet war, als etwa 1 bis 2 mal wöchentlich oder alle 14 Tage.

Am allerhäufigsten scheint eine **dem Therapieprozeß angepasste Häufigkeit** stattzufinden (**45** Nennungen). Diese individuellen und flexiblen Vereinbarungen zeigen sich am öftesten in einer *abnehmenden Häufigkeit* von Sitzungen, d.h. von einmal pro Woche reduziert auf ein- bis zweimal im Monat (15 Nennungen) *("zuerst wöchentlich -> 14tägig -> monatlich").* Weiters scheint es eine Gruppe von KlientInnen zu geben, die *täglich bis mehrmals wöchentlich* zur Therapie gegangen sind (7 Nennungen) *("anfangs täglich", "in Krisenzeiten mehrmals wöchentlich").* Eine andere Variante besteht darin, die Sitzungen an den *aktuellen Bedarf* der KlientInnen anzupassen (6 Nennungen) *("sporadisch - je nach Bedürftigkeit meiner Person").* Eine ähnliche Abmachung ist jene, die Sitzungen in *unregelmäßigen Abständen von 1 bis 4 Wochen* abzuhalten, wobei hier die ProbandInnen nur Zeitangaben geben und nicht ihren persönlichen Bedarf betonen (6 Nennungen) *("sehr unterschiedlich, wöchentlich, 14tägig, monatlich", "unregelmäßig von 1 mal die Woche bis alle 3 Wochen").* Es gab aber auch Personen, die andeuteten, daß die *unregelmäßigen Abstände* zwischen den einzelnen Therapiesitzungen *in größeren Ausmaß* gegeben waren *bzw. keine Angaben zu deren Dauer* machten (5 Nennungen) *("nach Vereinbarung (in größeren Abständen)", teilweise unregelmäßig, berufsbedingt").* Andere ProbandInnen gaben an, etwa *alle drei Wochen* zur Therapie gegangen zu sein (5 Nennungen) *("manchmal auch alle drei Wochen").* Eine KlientIn führte an, im Rahmen eines stationären Aufenthalts eine *Intensivtherapie* absolviert zu haben *("die kurzfristigen Therapien waren intensiv / stationär 5 - 8 mal / Woche").*

Viel seltener werden die **individuell vereinbarten Zeitabstände** zwischen den Sitzungen ***ganz* genau definiert** (8 Nennungen). 7 Mal wurde eine Häufigkeit von *einmal pro Monat* vereinbart, 1 Mal eine *vierzehntägig stattfindende Doppelstunde* *("alle 14 Tage 2 Einheiten zu 50 Minuten").*
4 KlientInnen geben an, es hätte **Pausen** von einigen Monaten gegeben *("im Herbst 1994 4 Monate Pause wegen Auslandsaufenthalt der Therapeutin").*
3 Mal wurden zusätzlich zu den normalen Sitzungen noch Wochenendseminare bzw. **Gruppenwochenenden** besucht *("20 Sitzungen pro Jahr, übers Jahr verteilt und 1 oder 2 Gruppenwochenenden").*
2 ProbandInnen haben einen Modus gefunden, bei dem die Sitzungen ausschließlich an den **Wochenenden** stattfanden *("1 Mal monatlich / Freitag abend - Samstag abend").*
2 weitere ProbandInnen gaben einfach das **Gesamtstundenkontingent** an, ohne Details über die Verteilung der Sitzungen *("100 Stunden insgesamt")* zu nennen.
1 weitere Aussage konnte nicht zugeordnet werden.

Nur etwa 15 % aller KlientInnen beantworten diese offene Frage - zu 2/3 mit Angaben, wonach sich die Frequenz der Sitzungen nach ihrem Bedarf bzw. dem Therapieprozeß richtete. Die Mehrzahl beschreibt dabei eine wöchentliche Sitzung, die dann auf 14-tägig bis zu einmal monatlich verringert wird. Auch längere Sitzungs-Pausen, oder

Wochenend(gruppen)sitzungen sind möglich. Gesamthaft zeigt die Beantwortung der Frage ein Eingehen auf individuelle Bedürfnisse und Abkehr von zu starrem Setting.

3.2.3.8 Haben Sie vor anderen Menschen geheimgehalten, daß Sie in psychotherapeutischer Behandlung stehen? Wenn ja, wer hat es nicht gewußt? (Frage 16)

Nahezu die Hälfte aller ProbandInnen (193 das sind 45% aller Befragten) geben an, es vor bestimmten Menschen verborgen zu haben, daß sie eine Psychotherapie machen.

Dabei wird eine Psychotherapie überwiegend vor der **eigenen Familie** geheimgehalten. Zwei Drittel aller Angaben (**124** Nennungen) beziehen sich auf bestimmte Familienmitglieder oder auf die Familie als Ganzes. Am häufigsten werden *beide Eltern* nicht eingeweiht (41 Nennungen), aber auch der *Mutter* (8 Nennungen) sowie dem *Vater* (5 Nennungen) allein wird darüber nicht berichtet. Somit ergibt sich eine Summe von 54 Mal, in denen entweder einem oder beiden Elternteilen die Gestalttherapie verschwiegen wird. Weiters werden *Verwandte* nicht über die Behandlung informiert (34 Nennungen). Am dritthäufigsten wird die Therapie ex equo den eigenen *Geschwistern* sowie der *Familie* als Gesamtes bzw. einem Teil (je 14 Nennungen) verschwiegen, lediglich 8 Mal werden die eigenen Kinder dabei angeführt.
An insgesamt zweiter Stelle jener Personenkreise, die nicht von der Gestalttherapie wissen (dürfen), gehört das **berufliche Umfeld** mit **70** Angaben, was einen Anteil von **36%** an allen Antworten ausmacht. Vor allem *KollegInnen* wird die Therapie verschwiegen (40 Nennungen), aber auch generell der *Dienststelle* als Ganzes (13 Nennungen) sowie *ArbeitgeberInnen* (10 Nennungen) oder *Vorgesetzten* (7 Nennungen).

Ein Drittel aller Antworten beziehen sich jedoch auch auf den sehr privaten Bereich des eigenen **FreundInnen- und Bekanntenkreises** (**66** Nennungen).
29 Mal geben die Befragten an, sie hätten **niemandem** von ihrer Psychotherapie erzählt **außer einer bestimmten ausgewählten Person**, der sie sich anvertraut haben. **9** KlientInnen antworten, daß ***so gut wie* niemand** von ihrer psychotherapeutischen Behandlung wußte.

Schließlich werden noch ***Leute ohne Verständnis*** angeführt (12 Nennungen), sowie ***PartnerInnen*** (7 Nennungen) und ***NachbarInnen*** (6 Nennungen), denen die Psychotherapie verschwiegen wurde.
4 ProbandInnen berichten sehr allgemein von ***einigen Eingeweihten*** und betonen, nicht jeden darüber informiert zu haben.
4 ***sonstige*** Antworten konnten entweder nicht ausgewertet werden oder waren zu speziell (zB: Vermieter).

Bei den Angaben, vor wem sie ihre psychotherapeutische Behandlung geheimgehalten hätten liegt die Zahl der Antwortenden bei 45 % der Gesamtstichprobe. An erster Stelle liegt dabei die Familie, vorzugsweise Eltern und Geschwister (29% der Gesamtstichprobe), an zweiter Stelle (16% der Gesamtstichprobe) das berufliche Umfeld, fast ebenso stark wird jeoch erstaunlicherweise auch im privaten Bereich vor FreundInnen und Bekannten die Inanspruchnahme von Psychotherapie verheimlicht. 12%der Gesamtantwortenden geben an, fast niemand, nur ausgewählten, vertrauenswürdigen Personen davon mitgeteilt zu haben.

3.2.3.9 Wie lautete die Diagnose bei Beginn der Therapie? (Frage 17)

Auf die Frage nach der Diagnose zu Therapiebeginn antworten 208 ProbandInnen, was einem Prozentsatz von 48% entspricht.

Am häufigsten wird scheinbar die Diagnose **Depression** gestellt (73 Nennungen), wobei seltener unspezifische "*Depressionen"* (34 Nennungen) als *Depressionen mit näherer Bezeichnung* (39 Nennungen) angeführt werden. Zu letzterer Gruppe zählen 15 Mal die *neurotische Depression,* 6 Mal eine *Erschöpfungsdepression*, jeweils 5 Mal eine *endogene Depression* sowie eine *reaktive Depression,* 3 Mal eine *Depression aus einem bestimmten Grund ("Depression durch persönlichen Kummer", "Depressive Verstimmung nach der Geburt des 3. Kindes"),* und je 2 Mal eine *depressive Phase oder Episode,* eine *depressive Verstimmung* sowie eine *Depression zu einem bestimmten Lebensalter ("wechselbedingte Depression, Streß", "Jugenddepression").*

An zweiter Stelle der Diagnosen stehen diverse **psychosomatische Beschwerden** (34 Nennungen), vor allem *Magen-Darm-Beschwerden* (7 Nennungen) *("psychosomatische Gastritis", "psychosomatisches Ulcus duodemi"),* *Migräne* (6 Nennungen), aber auch *Neurodermitis, Psoriasis und andere Hautkrankheiten* (4 Nennungen), *Asthma* (3 Nennungen), *regressive Somatisierungstendenzen* (3 Nennungen) und 11 verschiedene *andere psychosomatische oder körperliche Krankheiten ("chronischer Hochdruck", "Krebserkrankung", "Rückenschmerzen", etc.)*
Am dritthäufigsten sind die **Angst- und Panikstörungen** (26 Nennungen). Darunter fallen am häufigsten *Panikattacken* (11 Nennungen), *unspezifische Angstzustände* (9 Nennungen) *(Angst", "Angststörungen"),* aber auch *Angstneurosen* (6 Nennungen) und *Prüfungsangst* (1 Nennung).

An nächster Häufigkeitsstelle steht die Diagnose einer **vegetativen Dystonie** (16 Nennungen), **Suchtprobleme** kommen in der Häufigkeit danach (9 Nennungen) 5 Mal mit *Alkoholismus*, 2 Mal *Polytoximanie*, 1 *neurotische Störung nach Alkoholmißbrauch* sowie 1 *Nikotinsucht*, vor.
Eßstörungen (6 Nennungen) mit je 2 Äußerungen zu *Anorexia nervosa, Bulimie* und einem allgemein *gestörten Eßverhalten*.
16 Mal wurden **weitere klinische psychische Störungen** angeführt: 4 Mal *allgemein Neurose sexuelle Störungen* und *psychogene Reaktionen,* sowie je 1 Mal eine *Manische Depression, Borderline, Zwangsstörung, Psychose, Suizidversuch, Posttraumatisches Streßsyndrom, erregbare Persönlichkeit 301.3* und ein *psychovegetativer Erschöpfungszustand*.
Nicht-ICD-Schlüssel Diagnosen wie sowie 6 Mal **Schlafstörungen** und 2 Mal **Burnout** werden an nächster Stelle genannt.
15 Diagnosen beziehen sich auch auf den Bereich **Beziehung und Partnerschaft,** wobei 11 Mal *Beziehungsprobleme ("Ehekrise", "Partnerprobleme", "Beziehungskonflikte")* angeführt werden sowie 4 Mal *Trennungskrisen ("akute Krise? wegen Trennung").*
12 Mal haben die KlientInnen ihre Diagnosen in **umgangssprachliche Formulierungen** gekleidet *("seelisch sehr stark zerrüttet", "Lebensschwierigkeiten", "Verstimmung"),* 4 Mal wurde ausdrücklich angegeben, daß die **Diagnose für den Krankenkassenzuschuß** wichtig sei. *("? - für die Krankenkassa"),* 3 Mal kam es zu einer **Selbstdiagnose** *("=EIGENDIAGNOSE massive kindheitsbedingte Verhaltensstörungen und Beziehungsstörungen"),* 2 Mal wurden nicht identifizierbare ***F-Codenummern*** aufgelistet, 1 Mal wurde die ***Diagnose des Partners*** genannt *("reaktive Depression (des Ehemannes)").*

8 Personen gaben an, daß ihres Wissens nach **keine Diagnose festgelegt** wurde, 5 antworteten mit "ich weiß nicht", 5 weitere konnten nicht ausgewertet werden.

Bei dieser Frage, die die Absicht hatte, die Bekanntheit ihrer ICD oder anderer eindeutige klinische Diagnosen zu erheben, können wir dies leider nur in etwa einem Drittel der Gesamtstichprobe tun. An erster Stelle der 48% Antworten auf diese Frage steht die Diagnose Depression mit immerhin 17% der Gesamtstichprobe, an zweiter Stelle psychosomatische Beschwerden mit etwa 8%. Angst- und Panikstörungen 6%, vegetative Dystonie (4%), Suchtprobleme (2%) und Eßstörungen folgen. Weiters sind Beziehungs- und Partnerschaftsprobleme sowie sehr allgemeine umgangssprachliche Formulierungen der Diagnose zu finden.

3.2.3.10 Wie würden Sie selbst Ihre damaligen Beschwerden und Symptome beschreiben? (Frage 18)

Nahezu alle ProbandInnen, insgesamt 410 das sind **95%** von ihnen, geben ausführliche Antworten auf die Frage nach den Beschwerden und Symptomen zu Beginn der Gestalttherapie.

Mit großem Abstand an erster Stelle listen sie hierbei die verschiedensten klinischen Störungen auf (411 Nennungen). Dabei stehen Ängste und Depressionen im Vordergrund. Die 145 angeführten **Angst- und Panikstörungen** lassen sich in *unspezifische Ängste* (63 Nennungen) *("Angstzustände", "Angst"),* in *spezifische Ängste* (62 Nennungen) *("Existenzangst", "Zukunftsängste", "massive Prüfungsängste")* sowie in *Panikattacken* (20 Nennungen) *("Panikattacken - psychisch")* untergliedern.
Auch bei den ebenso häufig vertretenen **Depressionen** (144 Nennungen) kann man verschiedene Ausprägungsgrade unterscheiden: Einerseits *depressive Zustände* (98 Nennungen) *("Depression", "depressiv")* und andererseits unspezifische *Traurigkeit und Niedergeschlagenheit* (46 Nennungen) *("Niedergedrücktsein", "Trauer").*
An dritter Stelle der Häufigkeiten werden **Schlafstörungen** angeführt (44), wobei es sich hierbei teils um *allgemeine Schlafstörungen* handelt (37 Nennungen) *("Einschlafprobleme", "Schlaflosigkeit"),* teils jedoch auch um *Alpträume* (7 Nennungen) *("grauenhafte Träume, ...", "Alpträume").*
Fast ebenso oft werden **Suizid- und Selbstagressionstendenzen** beschrieben (38 Nennungen) *("Suizidalität", "Todessehnsucht", "Selbstzerstörungstendenzen inklusive Selbstmordwunsch").* Etwas seltener kommt **Sucht** vor (20 Nennungen). Diese zeigt sich in Problemen wie *Alkoholismus* (13 Nennungen) *("Alkoholprobleme", "Alkoholmißbrauch"), Co-Abhängigkeit* (3 Nennungen) *("Co-Abhängigkeit"), Drogensucht* (2 Nennungen) *("Drogenprobleme")* sowie *sonstigen Suchtproblemen* (2 Nennungen) *("nach Entziehungskur (8 Wochen Krankenhaus) weitere Rückfälle").*
Relativ selten werden **Eßstörungen** (12 Nennungen) als solche benannt *("Bulimie / Eßstörungen", "Freßattacken").*
Kaum genannt wurden etwa *Zwangsstörungen* (3 Nennungen) *("Zwänge"), Burnout* (4 Nennungen) *("Burnout (mit Baby)")* sowie *Psychosen* (1 Nennung) *(Schizotypie, etwas manisch und depressiv, Tendenz zur Psychose").*

An zweiter Stelle mit insgesamt 250 Äußerungen folgen Probleme und Beschwerden auf der Beziehungsebene. Diese sind vorwiegend auf die **Partnerschaft** der KlientInnen konzentriert (129 Nennungen). Dabei werden *allgemeine Partnerschaftsprobleme* genannt (**90** Nennungen) *("unzufrieden in Partnerschaft", "Beziehungsprobleme", "Konflikte und*

Unsicherheit in der Ehe"), aber auch *Trennung und Scheidung* (31 Nennungen) *("Trennungsphase mit damaliger Beziehung - sozial", "Stand vor meiner Scheidung").* Des weiteren spielen sich 21 Probleme auf der *sexuellen Ebene* ab *("Sexsucht", "sexuelles Desinteresse").*
Die zweite Häufung von Beziehungsproblemen spielt sich innerhalb der **Familie** ab (48 Nennungen). Hierbei stehen vor allem Konflikte mit den *Eltern* im Vordergrund (19 Nennungen) *("Mutter-Tochter-Konflikt", "Probleme seit Kindheit mit Vater").* Es werden aber auch Konflikte mit den *eigenen Kindern* beschrieben (16 Nennungen) *("Die Kinder wurden mir zuviel (3 und 5 Jahre)", "dadurch auch angespanntes Verhältnis zu Kindern")* sowie *allgemeine Familienprobleme* (13 Nennungen) *("familiäre Verstrickungen", "Probleme zu Hause").* Außerdem gab es im Leben der ProbandInnen auch **Schwierigkeiten in nicht famiären Sozialkontakten (**18 Nennungen) *("Probleme im sozialen Bereich", "in der Gesellschaft verkrampft", "problematische Beziehungen zu meinen Mitmenschen"),* und *Kontaktschwierigkeiten* (13 Nennungen) *("Kontaktschwierigkeiten (insbesondere mit Frauen, ich bin ein Mann)", "kontaktscheu")* sowie das Problem von *Isolation und Einsamkeit* (13 Nennungen) *("zeitweilige Einsamkeit", "familiäre und berufliche Isolation").*
8 KlientInnen trauerten auch nach dem *Tod eines Angehörigen* *("erste Todeserfahrung beim Tod meiner Mutter", "Beziehung zu Vater nach dessen Tod").*

Fast ebenso häufig wie Störungen in den sozialen Beziehungen wurden **Persönlichkeitsprobleme** beschrieben (228 Nennungen). Hierbei handelt es sich vor allem um *mangelnden Selbstwert, -sicherheit und Minderwertigkeitsgefühle* der KlientInnen (50 Nennungen) *("ohne Selbstwert", "Minderwertigkeitskomplexe")*sowie unter einem eklatanten Mangel an *Selbstvertrauen und -bewußtsein* (22 Nennungen) *("gebrochenes Vertrauen in mich", "keine Möglichkeit, zu Selbstbewußtsein zu finden".* Damit verbunden wird eine *mangelnde Durchsetzungs- und Abgrenzungsfähigkeit* wie Selbstentfaltung und Entscheidungskraft gegenüber der sozialen Umwelt (41 Nennungen) *("konnte mich nicht abgrenzen", "Keine Durchsetzungskraft", "Hatte keinen Platz für mich", "Entscheidungsunfähigkeit")* beklagt. Einige fühlten sich *ausgenutzt* (2 Nennungen) *("fühlte mich oft überrollt und benutzt").*
Weiters litten die ProbandInnen unter Unsicherheit, *Verunsicherung und Mißtrauen* (31 Nennungen) *("Krise - Unsicherheit", "Urmißtrauen als Lebensgrundhaltung", "Selbstverunsicherung"),* sowie unter *innerer Unruhe und Nervosität* (20 Nennungen) *("große innere Erregungszustände", "fahrig, nervös").*
Seltener wurden Aggression *und Haßgefühle* (19 Nennungen) *("unterdrückte Aggressionen", "Haß")genannt.*
Einen weiteren Antwortkomplex der als Persönlichkeitsschwierigkeiten kategorisierten Antworten bilden solche mit fehlender Selbsterkenntnis**,** *mangelnder Klarheit und Reflexion* (17 Nennungen) *("Schwierigkeiten bei Selbsteinschätzung", "wollte mehr über mich selbst erfahren"),* mit ***Schuldgefühlen*** (13 Nennungen) *("Schuldgefühle gegenüber den Eltern")* sowie mit *Ziel- und Orientierungslosigkeit* (12 Nennungen) *("desorientiert", "Ziellosigkeit")* angeführt oder die Antwortenden vermißten *Akzeptanz* (1 Nennung) *("Akzeptieren meiner Krankheit").*

Viele KlientInnen gaben auch **körperliche Probleme und Störungen** an, wozu auch Somatisierungen und psychosomatische Beschwerden gerechnet werden (183 Nennungen). Neben *allgemeinen*, nicht näher definierten *körperlichen Beschwerden* (23 Nennungen) *("psychosomatische Phänomene", "immer Schmerzen", "mehrere gesundheitliche Probleme")* zählen hierzu in allererster Linie *Magen-, Darm- und Verdauungsbeschwerden* (23 Nennungen) *("Magenschmerzen (Zwölffinger-darmgeschwür)", "häufiger Durchfall").* Manche KlientInnen klagten auch über *Übelkeit* (7 Nennungen) *("Übelkeit, Erbrechen")* und

Gewichtsveränderungen (6 Nennungen) *("Gewichtszunahme", "Gewichtsverlust") Appetitlosigkeit* (5 Nennungen) *("Appetitverlust").*
Häufig kamen auch *Migräne und Kopfschmerzen* (15 Nennungen) *("Migräne-attacken", "schwere Kopfschmerzen")* und *Herzprobleme* (13 Nennungen) *("Tachykardie", "Herzstechen").* Weiters werden *Hals- und Lungenbeschwerden* (9 Nennungen) *("Atembeschwerden", "körperliche Beschwerden in Hals-Lungenbereich"), Rückenschmerzen* (8 Nennungen) *("akute Kreuzschmerzen")* angegeben.
Manche KlientInnen gaben an, unter unspezifischen vegetativen Problemen wie *Schwindel* (8 Nennungen) *("Schwindelgefühle")* sowie *Schweißausbrüche* (8 Nennungen) *("Schwitzen", "kalter Schweiß, bevor ich aus dem Haus gehe"), Zittern* (4 Nennungen) *("starkes Zittern"),* zu leiden, wobei letztere beiden auf das Vorhandensein von Angststörungen hinweisen könnten.). Genannt wurden auch *Tiks,* (3 Nennungen) *("Tick - unkontrollierbare Zuckungen im Bereich der Halsmuskulatur").*
Weiters wurden folgende körperlichen Beschwerdekreise angeführt: *muskuläre Verspannungen* (5 Nennungen) *("Muskelverspannungen"), Hautprobleme* (5 Nennungen) *("Psoriasis"), Allergien* (4 Nennungen) *("Allergien", "Antibiotikaallergie - körperlich"), Infektionssanfälligkeit* (4 Nennungen) *("ständig Infektionserkrankungen"), Asthma* (3 Nennungen) *("Asthma")* , *Augenprobleme* (3 Nennungen) *("Sehstörungen"),* Krankheiten im *Urogenitaltrakt* (4 Nennungen) *("Blasenentzündung"), Krebs ("Krebserkrankung")*(4 Nennungen).
Pilzerkrankungen (2 Nennungen) *("Candida albicans")* sowie 17 weitere einzelne *diverse körperlichen Erkrankungen ("tetanische Krampfanfälle", "Knieschmerzen", etc.).*

108 KlientInnen klagten über diverse **Störungen der Befindlichkeit.** Zu diesen gehören vor allem *Störungen des Vitalgefühls*, wie mangelnde Lebenslust und eine gewisse Lebensmüdigkeit (27 Nennungen) *("Mangel an Lebendigkeit, Lethargie bis Lähmung", "das Leben wird zur Qual"), Resignation und Mutlosigkeit* (16 Nennungen) *("keinen Mut", "Resignation"),* eine *innere Zerrissenheit* gepaart mit *emotionalem Chaos* (15 Nennungen) *("große seelische Aufgewühltheit", "Gefühlschaos (Angst, Wut, Schmerz)")* sowie *Unzufriedenheit* (14 Nennungen) *("innere Unzufriedenheit mit mir selbst").*
Ferner wurden *Interessen- und Lustlosigkeit* (8 Nennungen) *("lustlos", "interessenlos"),* das Gefühl der *Ausweglosigkeit* (7 Nennungen) *("ausweglose Situation"), Distanziertheit* (7 Nennungen) *("Zurückhaltung, Verstecken, Abkapseln"), Dysphorie* (6 Nennungen) *("sich stark und schnell verändernde Gefühlszustände mit kleinem Auslöser"), Heimatlosigkeit* (5 Nennungen) *("Heimweh", "Heimatlosigkeit", "starke Entwurzelung")* und *Gefühlstaubheit* (3 Nennungen) *("zunehmende Gefühllosigkeit")* angegeben.
Seltener gab es Beschwerden und Störungen im Bereich der **Aktivierung** (55 Nennungen). Dazu zählen *Antriebslosigkeit* (24 Nennungen) *("Antriebsschwäche"), Müdigkeit* (16 Nennungen) *("müde und fertig")* sowie *Kraftlosigkeit und Erschöpfung* (15 Nennungen) *("energielos, ausgebrannt", "völlige Erschöpfungszustände").*

37 Personen hatten massive **Probleme in Beruf und Ausbildung** *("Bewertung meiner beruflichen Situation", "konnte meine Ausbildung nicht beenden").*

20 KlientInnen gaben **Beeintächtigungen der Gedanken und des Denkens**, wie etwa *Konzentrationsstörungen* (8 Nennungen) *("Konzentrationsschwäche auch im alltäglichen Leben"), Grübeln und Gedankenkreisen* (6 Nennungen) *("Gedankenkreisel", "grüblerisch"), negativen Gedanken* (4 Nennungen) *("Pessimismus", "negative Gedanken"), Gedächtnisstörungen* (1 Nennung) *("wegen Tumor große Gedächtnisprobleme")* sowie eine *allgemeine Beeinträchtigung* (1 Nennung) *("seelisch - "Verengungstendenzen")* bei gewissen

Personen und Situationen *(kein rationales, emotionsloses Denken mehr möglich")* als ihre Belastungen zu Beginn der Therapie an.

15 ProbandInnen klagten über einen **Mangel an Bewältigungsstrategien** ihrer Lebenssituation, *("Bewältigungsprobleme konkreter Situationen")* 13 weitere über **Überlastung *und Überforderung*** *("Gefühl der Überforderung", "seelische Überlastung").*
Eine **fehlende Zukunftsperspektive** *("wenig bis keine Zukunftsaussichten")* war für 12 KlientInnen eines ihrer Hauptprobleme, für jeweils 9 war es das Gefühl der ***Verzweiflung*** *("verzweifelt")* sowie eine generelle **Sinnfrage** *("Sinnkrise").*
Von einigen wenigen wurden noch folgende nicht näher beschriebene Problemkreise angeführt: **Streß** (6 Nennungen) *("wahnsinniger Streß"),* **Hilflosigkeit** (6 Nennungen) *("hilflos"),* **Belastungen durch Traumatisierungen in der Vergangenheit**. (5 Nennungen) *("durch Kindheitserlebnisse belastet")*
Einige suchten fehlende **Aussprache und Unterstützung** (4 Nennungen) *("ich hatte niemanden, mit dem ich reden konnte"),* hatten **frauenspezifische Probleme** (3 Nennungen) *("Probleme mit meiner Weiblichkeit")* sowie Hilfe für ihren **allgemein schlechten Zustand** (3 Nennungen) *("in ausgesprochen schlechter Verfassung").*

9 Personen gaben an, daß sie **keine konkreten Beschwerden** beschreiben könnten. 9 weitere Antworten konnten nicht ausgewertet werden.

Fast alle KlientInnen (410 = 95%) antworteten auf die Frage nach einer eigenen Darstellung ihrer Symptomatik zu Beginn der Therapie, wobei sie bis zu 8 verschiedene Aspekte beschrieben. An erster Stelle der Leidenszustände stehen mit 411 Nennungen klinische Störungen, vor allem Depressionen und Ängste (je 35% der Gesamtstichprobe). An zweiter Stelle stehen bei mehr als der Hälfte der Antworten damit einhergehende Probleme in den sozialen Beziehungen in Partnerschaft und Familie bzw. Isolation. 9%geben Probleme im Berufsleben als Symptom an.
Nach den sozialen Beeinträchtigungen folgen an 3. Häufigkeitsstelle der Nennungen eine Kategorie, die mit Persönlichkeitsproblemen zu umschreiben ist (55% aller Antwortenden): Dabei stehen Selbstwertprobleme (12%), Unsicherheit und mangelndes Selbstvertrauen, mit 10% mangelnde Durchsetzungsfähigkeit, innere Unruhe und Ziellosigkeit etc.
182 Mal (d.s. 44% der Antwortenden) werden als vierte Großkategorie körperliche Probleme und (psycho)somatische Erkrankungen genannt: An erster Stelle davon Probleme des Gastrointestinaltrakts, gefolgt von Migräne und Herzbeschwerden. 20 Nennungen beziehen sich auf unspezifische vegaetaive Symptome wie Zittern, Schwitzen, Übelkeit etc.
Störungen der Befindlichkeit waren mit 108 Nennungen in 26% aller Antworten enthalten. Als herausragend zeigt sich die Klage über mangelnde Lebensfreude, innere Zerrissenheit und Resignation. 13% aller Antworten beinhalten auch Störungen der Aktivierung (Antriebslosigkeit, Müdigkeit...).

3.2.3.11 Haben andere Menschen bemerkt, wie es Ihnen ging, bevor Sie sich in psychotherapeutische Behandlung begaben? (Offene Restkategorie:" Andere") (Frage 20)

Auf die Frage, ob andere Menschen als in den vorgegebenen Kategorien genannten den Zustand der KlientInnen bemerkt haben, bevor sie sich in psychotherapeutische Behandlung begeben haben (wie auch die Frage nach dem veränderten Zustand der ProbandInnen nach Abschluß der Therapie / Frage 35A), antworten die Befragten ebenfalls so gut wie gar nicht.

Ihre Antworten werden durch die Vorkategorien abgedeckt, 95% aller untersuchten Personen äußern sich dazu in der freien Kategorie nicht.
Am ehesten scheinen **FreundInnen und Bekannte** bemerkt zu haben, wie es den Betroffenen ging (8 Nennungen), gefolgt von **ÄrztInnen** (5 Nennungen), sowie **Personen aus dem Arbeits- und Ausbildungsbereich** (4 Nennungen). Kaum reagiert haben nach Auswertung der vorliegenden Daten **Familienmitglieder** (2 Nennungen) sowie **NachbarInnen** (1 Nennung).

ÄrztInnen sind mit 8 Nennungen die einzige nicht schon in den vorgegebenen Kategorien neu aufscheinende Gruppe, die die Beschwerden der KlientInnen vor Beginn ihrer Psychotherapie bemerkten.

3.2.12 Haben andere Menschen bemerkt, wie es Ihnen ging, bevor Sie sich in pschotherapeutische Behandlung begaben? Wer hat z. B. was gesagt? (Frage 20)

Auf die Frage, wie die Rückmeldungen ausgesehen haben, die die KlientInnen vor Beginn der Psychotherapie erhalten haben, haben 240 aller untersuchten Personen eine Antwort gegeben, was einem Prozentsatz von über 55% entspricht.

Am allerhäufigsten kamen diverse Bemerkungen aus dem **FreundInnen- und Bekanntenkreis** (102 Nennungen, 42% aller befragten Personen), gefolgt von Feedbacks aus dem Kreise der eigenen **Familie** (89 Nennungen, 37% aller ProbandInnen). In der Familie reagieren vor allem die *Eltern* auf den Zustand der KlientInnen (46 Nennungen), aber auch die eigenen *Geschwiste*r (19 Nennungen), *diverse* andere *Familienmitglieder*, *Verwandte* oder die *Familie als Gesamtes* (13 Nennungen) sowie die eigenen *Kinder* (11 Nennungen). Auch von den jeweiligen **PartnerInnen** kamen einige Anmerkungen (65 Nennungen, 27% aller Antwortenden). Seltener wurden **ArbeitskollegInnen** angeführt (17 Nennungen, 7% aller Befragten), ansonsten **ÄrztInnen** (4 Nennungen) und diverse ***sonstige Personen***, die keiner anderen Personengruppe zugeordnet werden konnten (4 Nennungen).
112 Mal (47%) wurden die ***Rückmeldungen*** zwar inhaltlich genau angeführt, die Identität der Person, die diese Rückmeldungen gemacht hat, jedoch verschwiegen, also **ohne Angaben zur SenderIn.**

Innerhalb all dieser Personengruppen wurde ermittelt, welcher Art diese Feedbacks waren, worauf im folgenden eingegangen werden soll:
1. FreundInnen und Bekannte machten am allerhäufigsten unterstützende und positive *Anmerkungen zur Therapiewahl* (25 Nennungen), sie es im Sinne einer *Aufforderung, zu einer Therapie zu gehen* (22 Nennungen) *("Freunde - mach Therapie, das hilft dir", "Freunde, die zuvor schon eine ähnliche Situation erlebt hatten, haben mir zur Therapie geraten (auch meinem Partner)", "Ermutigung, mir psychotherapeutische Hilfe zu holen (Freundinnen)")*, sei es als generelle *positive Rückmeldung zur Therapie an sich* (3 Nennungen) *("Freundin fand Psychotherapie gut", "Meine Freundinnen haben mich unterstützt bei meinem Vorhaben, zur Therapie zu gehen").* 13 Mal wurde den Befragten auch die Möglichkeit einer *Aussprache* angeboten *("Freunde -> lange Diskussionen", "viele Gespräche - teilweise auch Freunde", "Austausch über Probleme mit Freundin").*
9 Äußerungen beinhalteten *allgemeine positive Rückmeldungen ("meine Freunde reagierten fast alle positiv", Freundinnen sind sehr überrascht, positiv überrascht über die starke Persönlichkeitsveränderung")*, 9 andere eine vehemente *Kritik an bestimmten Charakterzügen und Verhaltensweisen* der ProbandInnen *("Freundin: ich sei labil, übersensibel", "Freunde - Unkonzentriertheit, kein Interesse für andere").* Seltener kamen

Aufforderungen zu aktiver Selbstliebe bzw. Eigeninitiative im Umgang mit dem jeweiligen Problem (6 Nennungen) *("Freundin: Laß deine Seele nicht von Fremden zerpflücken, jeder muß sich selbst helfen", "Freunde: Du mußt was tun, sonst landest du auf dem Müll").* Ebenso oft kam es zu einer versuchten oder gelungenen *Unterstützung* durch FreundInnen *("Freunde haben versucht, zu helfen", "Versuche, mir eine positive Lebenseinstellung zu vermitteln").* Des weiteren legten einige Bekannte Verhaltensweisen wie *Schweigen, Ausweichen und Rückzug* an den Tag *("Freundinnen - Rückzug", "Ansonsten haben sich einige Freunde zurückgezogen, weil sie meiner Situation ohnmächtig gegenüberstanden")* oder meinten einfach, die KlientIn solle sich *zusammenreißen ("Freundeskreis sagt nur, reiß dich zusammen")* (jeweils 4 Nennungen). Andere wiederum boten diverse *Ratschläge* an (3 Nennungen) *("Freunde: alle möglichen Ratschläge", "Freunde -> Ratschläge für berufliche Wege"),* trösteten mit einem simplen "*Es wird schon wieder*" (3 Nennungen) *("Freunde: Geduld -> wird schon werden"),* rieten zu einer *Vergangenheitsbewältigung* (2 Nennungen) *("Meine Freunde meinten, daß es mir guttun würde, meine Vergangenheit (Kindheit) aufzuarbeiten")* oder attestierten der betroffenen Person einfach deren *Überlastung ("Freunde: ich habe eine große Last zu tragen").* 6 weitere *eher positive Reaktionen* konnten nicht genau eingeteilt werden *("Freunde waren betroffen", "Freundin: "Du bist doch stark, du hältst das aus").* 11 Rückmeldungen erfolgten *ohne inhaltliche Details ("Freundinnen", "Freundeskreis").*

2. Auf Rückmeldungen im Kreise der **Familie** soll im folgenden getrennt nach den einzelnen Untergruppen vorgegangen werden, da sich die Beziehungen und Rollen der einzelnen Familienmitglieder zueinander doch unterscheiden.
Bemerkenswert ist hierbei, daß der größte Teil aller Rückmeldungen von den **Eltern** kommt, wenn man bedenkt, daß ein Großteil der KlientInnen nicht mit diesen zusammenlebt. Auch die Eltern reagieren vorwiegend auf die *Therapiewahl ihrer Kinder* (9 Nennungen), wobei sie diese entweder *auffordern, zur Therapie zu gehen* (4 Nennungen) *("Eltern: zum Arzt", "Eltern: Psychotherapie")* oder ein *positives Feedback* äußern (3 Nennungen) *("meine Eltern haben es gut gefunden, daß ich eine Psychotherapie machte").* *Diverse negative Reaktionen* folgen an zweiter Stelle der elterlichen Rückmeldungen *zur Therapie an sich* geben *("Mutter erst entsetzt", "Mutter hat geglaubt, ich inszeniere alles, mache Theater", "Mutter: Kind, du bist nicht normal")* sowie *Kritik an bestimmten Charakterzügen und Verhaltensweisen* der ProbandInnen *("Eltern benannten mich hysterisch, dramatisierend", "Meine Mutter sagte, ich wäre schwierig")* (9 bzw. 7 Nennungen). Ein Teil fordert ihre Kinder zu *Eigeninitiative* auf *("Eltern: Du mußt etwas tun, sonst landest du auf dem Müll"),* versuchen, sie zu *unterstützen ("Eltern haben mich unterstützt", "Eltern -> haben versucht, Hilfestellungen zu bieten")* oder meinen einfach nur, sie sollen sich *zusammenreißen* (jeweils 4 Nennungen) *("Eltern meinten, ich solle mich nicht so gehen lassen").* 3 Mal bieten sie eine *Aussprache* an *("Eltern: fragten, warum ich denn dauernd müde sei"),* 2 Mal wollen sie *diverse Ratschläge* von sich geben *(Partner wechseln: Mutter").* Die restlichen Erwiderungen erstrecken sich von *allgemeinen positiven Rückmeldungen ("positive Rückmeldungen meiner Mutter")* über den Ausdruck von *Hilflosigkeit ("Eltern waren beunruhigt und wußten nicht, was zu tun ist")* bis hin zu *sonstigem* (jeweils 1 Nennung). 3 elterliche Rückmeldungen wurden *inhaltlich nicht beschrieben ("Eltern", "meine Mutter").*
Geschwister hingegen reagierten ziemlich gleichmäßig verteilt auf allen verschiedenen Ebenen. Auch sie gaben *Rückmeldungen zur Therapiewahl* (5 Nennungen), sei es durch *Aufforderungen, zur Therapie zu gehen* (2 Nennungen) *("Bruder riet zur Therapie"),* sei es durch *negative Rückmeldungen* (2 Nennungen) *("Bruder war eher skeptisch, hält mehr vom Selbstheilungsprozeß")* oder *positive Rückmeldungen* (1 Nennung) *zur Therapie an sich ("Bruder erst entsetzt, dann Akzeptanz").* Sie forderten die ProbandInnen auf, sich *zusammenzureißen* (3 Nennungen) *("Mit der Zunahme der Dauer hieß es von den*

Geschwistern, ich solle mich zusammennehmen”), kritisierten bestimmte Charakterzüge und Verhaltensweisen (2 Nennungen) *(“Schwester: Es verdunkelt sich bei dir”)* und zeigten auch sonst *diverse negative Reaktionen* (1 Nennung) *(“Schwester: Ich möchte mir das nicht immer anhören müssen”).* Sie boten jedoch auch eine *Aussprache* an *(“Meine Schwester, selbst Psychoanalytikerin in Ausbildung, machte mir meine Grundprobleme bewußt”),* gaben diverse gutgemeinte *Ratschläge (“Ratschläge von Bruder - Selbstverwirklichung, Ratschläge von Schwester - Beratung aufsuchen”)* (jeweils 2 Nennungen) oder eine *allgemein positive Rückmeldung (“Meine Schwestern haben gesagt, daß ich mich positiv entwickelt habe”).* 1 *sonstiges* Feedback konnte nicht ausgewertet werden, 3 weitere wurden *inhaltlich nicht näher beschrieben (“meine Geschwister”).*

Andere **Verwandte** bzw. die Familie als ganzes versuchten in erster Linie, die befragte Person zu *unterstützen* (4 Nennungen) *(“Verwandte haben mich unterstützt”, “Familie hat versucht, zu helfen”).* Sie meinten “*es wird schon wieder*” (2 Nennungen) *(“Familie: wird schon werden”)* oder boten eine *Aussprache an* (1 Nennung) *(“Trinken wurde angesprochen”).* Es kam jedoch auch zu verschiedenen negativen Reaktionen, wie etwa *Schweigen, Ausweichen und Rückzug,* wobei gar nicht versucht wurde, die KlientIn zu verstehen (2 Nennungen) *(“Familie - vergiß es”, “man hat sich bei mir nicht ausgekannt (Familie) - war nicht echt”), Kritik an bestimmten Verhaltensweisen und Charakterzügen (“bin auf Mutter fixiert (Familie)”)* oder *diverse* andere *negative Reaktionen* (je 1 Nennung) *(“die Familie eher mit Unverständnis”).* Eine *sonstige* Rückmeldung konnte nicht ausgewertet werden, eine weitere entbehrte näherer *inhaltlicher Angaben (“Verwandte”).*

Kinder reagierten insgesamt eher selten auf den Zustand der KlientInnen vor Beginn der Gestalttherapie (11 Nennungen). Wenn sie es taten, dann eher in negativem Sinne. Sie legten Verhaltensweisen wie *Schweigen, Ausweichen oder Rückzug* an den Tag (3 Nennungen) *(“Kinder haben verunsichert geschwiegen”)* oder übten *Kritik an bestimmten Verhaltensweisen und Charaktereigenschaften* des betreffenden Elternteils (3 Nennungen) *(“Laß mich los - Tochter”).* Sie *forderten* ihre Eltern selten *auf, zur Therapie zu gehen* (2 Nennungen) *(“Tochter hat mir dringend geraten, therapeutische Hilfe zu suchen”),* versuchten, sie zu *unterstützen* (1 Nennung) *(“nur meine Familie stand und steht noch immer voll hinter mir (Sohn studiert Psychologie)”)* oder stellten *Vergleiche mit früher* an (1 Nennung) *(“Kinder: Du warst immer so lustig. Was hast du nur?”).* 1 Rückmeldung erfolgte *ohne nähere inhaltliche Details (“Kinder”).*

Die **PartnerInnen** der befragten KlientInnen reagierten wie schon FreundInnen und Bekannte in erster Linie auf die *Therapiewahl der ProbandInnen* (14 Nennungen). Von ihnen ging die *Aufforderung* aus, *zur Therapie zu gehen* (8 Nennungen) *(“Meine Frau: animierte mich dazu, einen Psychotherapeuten aufzusuchen”, “Partner: Mach was für dich (z.B. Therapie)!”).* Sie gaben eher *positive Feedbacks zur Therapie an sich* (5 Nennungen) *(“Mein Mann hat es gut gefunden, daß ich eine Psychotherapie mache”, “Partner hat Psychotherapie unterstützt”)* als *negative Rückmeldungen* (1 Nennung) *(“Mein Ehemann (vor Entzug): Gehst du schon wieder zum Deppendoktor dich aufhussen lassen”).* Ansonsten reagierten sie durchaus auch negativ auf den Zustand der KlientInnen vor Beginn der Psychotherapie. Sie übten vehement *Kritik an bestimmten Verhaltensweisen und Charaktereigenschaften* (8 Nennungen) *(“bezüglich Alkohol war die Partnerin unzufrieden”, “Partnerin sagte, ich sei nicht auszuhalten”),* begegneten den ProbandInnen mit *Schweigen, Ausweichen und Rückzug* (2 Nennungen), machten *zynische Bemerkungen* (1 Nennung) *(“wenn ich geweint habe - Partnerin: tust dir heute wieder selber leid”),* meinten nur *“reiß dich zusammen” (1 Nennung) (Partner: Laß dich nicht so gehen; mit dir kann man nichts mehr anfangen; andere Leute meistern ihre Probleme besser als du, ...”)* und legten auch *diverse* andere *negative Reaktionen* an den Tag (8 Nennungen)*(“Du bist nur noch eine Belastung!”, “Er fühlte sich durch mein Leiden unter Druck gesetzt”).* Sie forderten die ProbandInnen aber auch zu und *aktiver Selbstliebe und Eigeninitiative* auf (5 Nennungen) *(“Partnerin hat gesagt: Du mußt*

etwas für dich tun", "Partner: damit sollte man selbst fertig werden"), boten die Möglichkeit einer *Aussprache* an (4 Nennungen) *("Partner: wenig gesagt - mehr zugehört", "Partner - ständige Gespräche um Probleme"),* gaben *diverse Ratschläge* (3 Nennungen) *("Mann: soll meinen Eltern nicht immer meine Hilfe anbieten, zu 90% wurde meine Hilfe nicht angenommen und ich war enttäuscht", "Partner - wir sollten es probieren"),* versuchten, die Betroffenen auf die eine oder andere Weise zu *unterstützen* (3 Nennungen) *("mein Partner wollte mir helfen", "Mein Mann hat mich sehr unterstützt").* Sie rieten zur *Vergangenheitsbewältigung* (2 Nennungen) *("Aufarbeiten meiner Kindheit nötig -> Ehemann"),* gaben *allgemein positiv* gefärbte *Rückmeldungen* (2 Nennungen) *("positive Rückmeldungen von Partner"),* stellten *Vergleiche mit früher* an (1 Nennung) *("Partner: Du warst immer so lustig. Was hast du nur?"),* oder trösteten die KlientIn mit einem "*Es wird schon wieder*" (1 Nennung) *("ist ja nicht so schlimm -> Partner").* Weiters fanden noch 2 *diverse eher positive Reaktionen* statt *("Partner hatte Verständnis und Geduld")* sowie 8 Rückmeldungen *ohne nähere inhaltliche Angaben ("nur von der Ehefrau", "Partnerin").*

Im beruflichen Umfeld bemerkten auch einige **ArbeitskollegInnen** den Zustand der KlientInnen vor Therapiebeginn, wobei sich ihre Reaktionen relativ gleichmäßig verteilten und sich hierbei keine speziellen Vorlieben ablesen lassen. Sie gaben durchaus auch *Rückmeldungen zur Therapiewahl* der ProbandInnen (4 Nennungen), entweder im Sinne einer *Aufforderung, zur Therapie zu gehen* (2 Nennungen) *("Kollegin: Ich glaube, du brauchst Hilfe")* oder im Sinne von *positiven Reaktionen auf die Therapie an sich* (2 Nennungen) *("Kollegen: fanden es bewundernswert, eine Therapie zu beginnen").* Auch die anderen positiven und negativen Kommentare halten sich ungefähr die Waage. So zeigten sie *diverse negative Reaktionen* (3 Nennungen) *("Kollegen teilweise Ärger"),* übten *Kritik an bestimmten Verhaltensweisen und Charaktereigenschaften* der ProbandInnen (2 Nennungen) *("Die Kollegen sagten, "der schläft in der Pendeluhr" (Umschreibung von Geistesabwesenheit"),* warfen ein kurzes "*reiß dich zusammen*" hin (1 Nennung) *("Kollegen sagten nur, reiß dich zusammen")* oder übten sich in *Schweigen, Ausweichen und Rückzug* (1 Nennung) *("Kollegen: Dir geht's eh gut").* Auf der anderen Seite versuchten sie, mit *diversen Ratschlägen* zu helfen (2 Nennungen) *("Kollegin riet zu Berufswechsel"),* forderten die ProbandInnen zu *aktiver Selbstliebe und Eigeninitiative* auf (1 Nennung) *("Kollegen: so kann es nicht weitergehen, du mußt dir etwas überlegen"),* boten eine *Aussprache* an (1 Nennung) *("Kollegen: Was ist los mit dir?")* und zeigten *sonstige positive Reaktionen* (1 Nennung) *("Kollegen teilweise Verständnis").* Es gab auch 1 Rückmeldung *ohne nähere inhaltliche Angaben ("Kollege").*

Äußerst selten werden Rückmeldungen von **ÄrztInnen** (4 Nennungen) genannt. Sie erstellten am ehesten eine *Diagnose* (2 Nennungen) *("Der Arzt sagte, ich hätte eine Psychose").* Sie reagierten jedoch auch *positiv* (1 Nennung) *("Arzt: Geduld, es wird schon werden...").* Eine Rückmeldung erfolgte *ohne nähere inhaltliche Angaben (praktischer Arzt").*
Es gab auch noch 4 **sonstige Personen**, die ein Feedback gaben, nämlich einen Lehrer, eine Chefin sowie fremde Leute. Ihre Rückmeldungen waren gleichteils *positiv* (1 Nennung) *("Chefin - einfühlsam"),*wie *negativ (1 Nennung),* die Aufforderung, sich *zusammen zu reißen* (1 Nennung) *("Fremde Leute: Du mußt lernen, dich zu beherrschen").* *Nicht auswertbar* (1 Nennung).

Eine ganze Reihe von Rückmeldungen wurden von den KlientInnen zwar beschrieben, jedoch vergaßen sie, die Person, die diese Rückmeldung gab, bekannt zu geben (112 Nennungen). Es handelt sich also **Rückmeldungen ohne Angaben zur SenderIn.** Am häufigsten drehen sich diese Feedbacks um die *Therapiewahl* (13 Nennungen), wobei 9 eine *Aufforderung* beinhalten, *zur Therapie zu gehen ("Eine Therapie werde helfen"),* und die restlichen teils

positiv (2 Nennungen) *("Positive Einstellung zur Therapiewahl")*, teils *negativ* (2 Nennungen) *("Nach der Therapie. Das muß ein schlechter Therapeut gewesen sein")* gehalten sind. Ebenso oft wurde eine *Kritik an bestimmten Charakterzügen und Verhaltensweisen* der ProbandInnen verlautbart (13 Nennungen) *("ständig nörgelst du nur rum")*. 10 Rückmeldungen sind *allgemein positiv* gehalten *("alle waren von einer Besserung überzeugt")*. 9 mal erfolgte eine *Aufforderung zu aktiver Selbstliebe und Eigeninitiative ("Du kannst nur lieben, wenn du dich selbst liebst", "Verändere das, was dich stört")*. Weitere 9 mal kam ein "*reiß dich zusammen*" *("ich solle mich zusammenreißen")*. Aber auch *Unterstützung* wurde - zumindest versuchtermaßen - angeboten (6 Nennungen) *("unterstützend, ermutigend")*. Eine andere negative Reaktion bestand aus *Schweigen und Ausweichen* (6 Nennungen) *("wurden nicht richtig ernstgenommen, wußten nicht, wie sie mit meinen Problemen umgehen sollten, wurden totgeschwiegen")*. 4 Personen erteilten diverse *Ratschläge ("völlig unterschiedliche Ratschläge")*, 5 andere legten *diverse negative Reaktionen* an den Tag *("Drohungen")*. Aber auch ein aufmunterndes "*es wird schon wieder*" kam 4 mal vor *("Es wird schon wieder, du schaffst das schon")*. Auch die *Überlastung* der KlientInnen wurde 3 mal rückgemeldet *("Du bist völlig ausgelaugt, hast keine Reserven")*. Ansonsten erfolgten nur die Aufforderung zur *Vergangenheitsbewältigung* (2 Nennungen) *("Aufarbeitung der Kindheit notwendig, um mich frei zu machen")*, ein *Vergleich mit früher* (3 Nennungen) *("wo ist deine Fröhlichkeit")*, *zynische Bemerkungen* (1 Nennung) *("Ja immer sind die anderen schuld, nur du nicht")* sowie *sonstige Reaktionen*, die nicht ausgewertet werden konnten. Weiters wurde noch angeführt, daß es *keine Rückmeldungen* gab (15 Nennungen) *("nein")* sowie daß es *kaum eine Rückmeldung* gab (2 Nennungen) *("bei Paarproblemen gab es kaum Rückmeldungen, da diese fast jedes Paar hat")*, wobei wiederum verschwiegen wurde, von wem die Rückmeldung kam. 7 Äußerungen konnten *nicht ausgewertet* werden.

Die Angaben auf diese Frage lassen sich nach zwei Gesichtspunkten analysieren: Zum ersten danach, von wem diese Rückmeldungen kommen: Die überwiegende Zahl von Bemerkungen kommt von Familienmitgliedern (64% aller Antwortenden): An erster Stelle stehen dabei die PartnerInnen, sodann erstaunlicherweise die Eltern, wenn man bedenkt, daß ein Großteil der KlientInnen nicht mit diesen zusammenlebt. Weiters folgen Geschwister und an letzter Stelle eigene Kinder. Nach den Familienmitgliedern ist mit 102 Nennungen (bei 42% aller Antwortenden) der Freundeskreis nächster Lieferant von Rückmeldungen. Sehr wenig Bemerkungen machen etwa ArbeitskollegInnen (7%) oder betreuende ÄrztInnen (ca. 1,7%).
Inhaltlich fallen die meisten der wiedergegebenen Bemerkungen hauptsächlich in den Bereich von Rückmeldungen zur Therapiewahl: Diese sind besonders bei FreundInnen und PartnerInnen positiv, bei Eltern, Geschwistern und anderen Familienmitgliedern eher kritisch. Relativ hoch ist bei allen Gruppen die Zahl der Bemerkungen, die Kritik an Charakterzügen und Verhaltensweisen der KlientInnen beinhaltet, sowie die mehr oder minder differenzierten Ratschläge und Aufforderungen ("Reiß dich zusammen!"). Angebote zur Unterstützung werden bei allen Gruppen eher selten genannt.
Insgesamt dominiert ein Bild von nur teilweise hilfreichen, eher kritischen oder distanzierten Bemerkungen und Aufforderungen.

3.2.3.13 Was war Ihr Ziel, Ihre Ziele, Ihre Erwartungen, als Sie mit der Psychotherapie begannen? (Frage 24)

Es handelt sich bei dieser Fragestellung um eine der meistbeantworteten offenen Fragen des gesamten Evaluations-Fragebogens. Nur 10 ProbandInnen haben ihre Ziele und Erwartungen

zu Beginn der Psychotherapie nicht zu Papier gebracht. Des weiteren fällt die hohe Anzahl von Mehrfachantworten auf, sowie die Tatsache, daß niemand mit "ich weiß nicht" geantwortet hat. Dies deutet auf einen enormen Bewußtseinsgrad hinsichtlich der Intention der KlientInnen hin, sich einer Gestalttherapie zu unterziehen (wobei man nicht außer acht lassen darf, daß es sich hierbei um eine katamnestische Befragung handelt, die nicht Wissen und Interpretationen der ProbandInnen zu Beginn der Psychotherapie erhebt, sondern erst rückblickend nach deren Abschluß, was natürlich Verzerrungen zur Folge hat.). Alle Angaben beziehen sich auf mehrere Ziele, 2-, 3-, und 4-fach Kodierungen von Kategorien überwiegen.

Wendet man sich nun den Ergebnissen im Detail zu, so fällt auf, daß die weitaus häufigste Zielsetzung der KlientInnen mit 266 Nennungen im Bereich der **Persönlichkeitsentwicklung und -veränderung** liegt. Mehr als die Hälfte aller befragten Personen nennt dies in der einen oder anderen Form als angestrebte Erwartung an die Gestalttherapie.
Die häufigste Nennung ist hierbei die *Selbsterkenntnis und -reflexion*, also das Erlangen von Klarheit bezüglich der eigenen Person und Lebenssituation. Rund ein Drittel aller Persönlichkeitsentwicklungen (70 Nennungen) sollen auf diesem Gebiet stattfinden *("mich selbst zu erfahren; meine nicht bewußten Persönlichkeitsanteile zu erleben; meine Strukturen und Paradigmen anzuschauen").* 37 Personen erwähnen dabei die *Erforschung der Ursachen* ihrer Probleme als Therapieziel *("daß ich die Ursache meines Übels erkenne", "klären, woher die Probleme kommen").*
Des weiteren soll ein Fünftel aller geplanten Persönlichkeitsentwicklungen (46 Nennungen) dazu dienen, sich selbst *besser durchzusetzen und abzugrenzen* und zwar auf verschiedensten Ebenen, wie etwa Entscheidungskraft erlangen *("Vertrauen zu den eigenen Entscheidungen zurückgewinnen"),* der angemessene Umgang mit Aggression *("mit meiner Wut zurechtkommen"),* Grenzen setzen lernen *("widersprechen ohne gleich loszuheulen"),* die Erlangung von Unabhängigkeit *("Befreiung von Abhängigkeiten")* und andere Formen der Selbstbehauptung *("Raum und Zeit für mich selbst beanspruchen/fordern").*
Jeweils ein knappes Zehntel aller Persönlichkeitsveränderungen beziehen sich auf Bereiche wie etwa *Selbstvertrauen und -bewußtsein* (28 Nennungen) *("Hoffen, einen Weg zu finden, um wieder Kraft und Selbstvertrauen zu erlangen"), Selbstwert, -sicherheit und Stabilität* (26 Nennungen) *("Wiederherstellung meines Selbstwertgefühls")* sowie auf *Innere Ruhe und Ausgeglichenheit* (25 Nennungen) *("ein inneres Gleichgewicht zu entwickeln"* oder *"meinen Mittelpunkt zu finden für zufriedene Ausgeglichenheit").*
Des weiteren wird der Wunsch nach *Akzeptanz* der eigenen Person oder Situation (19 Nennungen) *("ja zu mir zu sagen - zu mir und meinen Handlungen stehen"* oder *"Akzeptieren der Krankheit")* sowie *allgemeine persönliche Weiterentwicklung* (10 Nennungen) *("die Bremse zur Weiterentwicklung lockern können")* oder der *Abbau von Schuldgefühlen* (5 Nennungen) *("keine Schuldgefühle meinen Eltern gegenüber zu haben")* angeführt.

Das zweithäufigste Ziel zu Beginn einer Gestalttherapie stellt mit 149 Nennungen die **Bearbeitung von Problemen auf der Beziehungsebene** dar. D.h. rund ein Drittel aller Befragten möchte sich mit allgemein zwischenmenschlichen, partnerschaftlichen, familiären oder sexuellen Problemstellungen auseinandersetzen.
Innerhalb dieser Gruppe fallen fast die Hälfte aller Äußerungen (72 Nennungen) in den Bereich der *Partnerschaftsprobleme*, wobei hier drei Viertel aller KlientInnen (54 Nennungen) sich eine Besserung allgemeiner partnerschaftlicher Beziehungsprobleme wünscht *("meinem Partner wieder näher zu kommen und meine Partnerschaftsprobleme zu lösen"* oder *"einen Konsens zwischen meiner Ehefrau und mir zu erreichen"),* und das letzte Viertel (18 Nennungen) eine Trennung oder Scheidung entweder herbeiführen oder bearbeiten will *("Ziel: mich von meinem Freund zu trennen"* oder *"Loslösung von Ex-Frau").*

Immerhin noch ein Viertel der ProbandInnen (39 Nennungen), die Probleme auf der Beziehungsebene klären möchte, meint damit *familiäre Probleme*, etwa mit den Eltern (12 Nennungen) *("Aufarbeiten der Elternbeziehung")*, den eigenen Kindern (10 Nennungen) *("Kinder nicht zu sehr belasten, Beziehung zu Kindern nicht zu sehr verlieren")* oder generell mit der Familie (17 Nennungen) *("Verbesserung der familiären Situation"* oder *"Familiendynamik erkennen - Zusammenhänge").*
Nur noch ein Fünftel aller Beziehungsprobleme (28 Nennungen) spielen sich auf einer *allgemein zwischenmenschlichen Ebene* ab, wobei die KlientInnen hierbei ihre sozialen Fertigkeiten, wie etwa Kontaktfähigkeit *("wieder selbständig mit anderen Menschen Kontakt aufnehmen zu können"* oder *"Freundeskreis aufbauen, nicht mehr so einsam sein")*, Umgang mit anderen Menschen *("mit meiner Umgebung zurechtkommen"* oder *"in Gruppen, wo mehrere Menschen sind, offen reden zu können"* oder auch Konfliktfähigkeit *("anders mit zwischenmenschlichen (Konflikt)Situationen umgehen lernen")*, verbessern wollen.
Nur etwas über 6% aller genannten Beziehungskonflikte (10 Nennungen), die die KlientInnen in der Gestalttherapie bearbeiten wollen, spielen sich auf *sexuellem Gebiet* ab *("mit meiner Sexualität klarzukommen").* Sexuelle Probleme scheinen also entweder keine besonders große Motivation darzustellen, sich in Therapie zu begeben, oder sie sind Teil der Partnerschaftsproblematik, für sich aber tabuisiert oder verdrängt, sodaß sie einfach nicht angegeben werden.

Das insgesamt dritthäufigste Ziel zu Beginn einer Gestalttherapie stellt die **Verbesserung der Befindlichkeit und des Vitalgefühls** dar. Mit 129 Nennungen wollen immerhin fast ein Drittel aller KlientInnen ihre Lebenslust wieder steigern. Dies kann auf drei verschiedenen Ebenen versucht werden: auf der emotional-affektiven Ebene, auf der Handlungsebene und auf der kognitiven Ebene.
Am ehesten wird eine *Verbesserung der Lebenslust und -qualität* auf der emotional-affektiven Ebene angestrebt (68 Nennungen, 53% aller Vitalgefühlssteigerungen) *("meine Freude und die Leichtigkeit des Lebens wiederfinden"* oder *"meine Lebensfreude ... mich über jeden Tag, jede Blume usw. freuen zu können").*
Aber auch auf Handlungen wie das Setzen eines *Neubeginns*, dem Folgen eines *Lebenssinns* sowie die Suche nach und das Ausleben von *neuen Energien* wird oft hingearbeitet (52 Nennungen, 40% der Nennungen) *("um die Zukunft gestalten zu können"* oder *"die Änderung meiner Lebenssituation"* oder *"den Mut zu haben, mehr Bewegung, mehr Änderung, mehr Kontakte und Initiativen in mein Leben zu bringen").*
Eher selten gestaltet sich die Verbesserung des eigenen Vitalgefühls auf der rein kognitiven Ebene, dem *positiven Denken* (9 Nennungen) *("die Zukunft positiv sehen").*

An vierter Stelle aller genannten Zielsetzungen steht die explizite **Heilung bestimmter klinischer Störungen**, die mit insgesamt 96 Nennungen etwas mehr als ein Fünftel aller Antworten ausmacht.
An allererster Stelle der klinischen Probleme stehen *Ängste* in ihren unterschiedlichsten Ausprägungen (45 Nennungen), die fast die Hälfte aller klinischen Störungen ausmachen. Dazu gehören größtenteils *unspezifische Angstzustände* (29 Nennungen) *("ohne Ängste durch die Welt gehen")*, aber auch diverse *spezifische Ängste* (11 Nennungen) *("wollte Zukunftsängste loswerden")* sowie *Panikattacken* (5 Nennungen) *("Panikattacken so schnell wie möglich ' loszuwerden`").*
An zweiter Stelle wird die Befreiung von *Depressionen* genannt (20 Nennungen), welche ein Fünftel aller angeführten klinischen Störungen ausmacht *("meine Depression in den Griff bekommen").*
Weiters werden noch diverse *Sucht- und Abhängigkeitsphänomene* (12 Nennungen, rund 12,5% aller genannten klinischen Störungen) geschildert, wobei *Alkoholismus* am häufigsten

genannt wird *("weg von Alkohol, danach werde ich weitersehen")* und *Drogen* ("mit Drogen aufzuhören, wieder auf die Reihe kommen"), *Medikamente ("von den Tabletten loskommen, d.h. sie nicht mehr benötigen")* oder *Sonstiges* wie etwa *Rauchen* kaum ins Gewicht fällt.
Auch *Schlafstörungen* (7 Nennungen, 7% aller klinischen Störungen) gehören zu jenen Störungsbildern, die zu Beginn der Therapie als Behandlungsziel festgelegt werden *("wieder gut durchschlafen und nach akzeptabler Schlafzeit ausgeschlafen und tatenfreudig aufstehen").*
Schließlich werden noch mit je 4 Nennungen ex equo *Zwänge ("nicht zwanghaft Dinge zu tun, die man gar nicht machen will"), Eßstörungen ("normales Eßverhalten, nicht immer mit Körper und Gewicht beschäftigen müssen")* sowie *Suizidtendenzen und selbstzerstörerischen Handlungen ("noch einmal etwas versuchen, sonst bleibt nur Selbstmord")* angeführt.

58 mal wurden verschiedenste **Problemlösungs- und Bewältigungstrategien** als Therapieziel zu Beginn der Gestalttherapie angeführt, wobei es sich zumeist um konkrete Probleme oder explizit um den besseren Umgang damit handelte *("Weg aus der Sackgasse finden - Anleitung zum Problembewältigen"* oder *"konstruktiver Umgang mit Konflikten").* Dies macht immerhin noch 13% aller genannten Zielsetzungen aus.
Fast ebenso oft (55 Nennungen) werden Ziele angeführt, die sich auf das **therapeutische Setting** beziehen. Dazu gehören in erster Linie das Bedürfnis, sich *Hilfe, Rat und Unterstützung* von der TherapeutIn zu holen (37 Nennungen) *("Tips, gezieltes Arbeiten mit Kontrolle von Seiten des Therapeuten"* oder *"Ich hatte keine Ahnung, was auf mich zukommt. Doch ich erhoffte mir Hilfe bei meinen Problemen - jemand, der weiß, warum es mir so schlecht geht bzw. weiß, wie damit umzugehen ist"),* des weiteren finden sich in dieser Kategorie auch *allgemeine Anmerkungen* zu diesem Thema (5 Nennungen) *("ich wußte allerdings, daß das länger dauern würde und auch mit sehr viel Geld verbunden sein würde")* auch die Sehnsucht danach *Verständnis* zu finden (5 Nennungen) *("ich hoffte, verstanden zu werden"), Integration der Erfahrungen in den Alltag* (4 Nennungen) *("Rückweg bzw. Eingliedern dieser Erfahrungen in die Normalität / Alltag")* .Weiters wurden dieser Kategorie jene mehr oder minder als solche auch im Fragebogen erkennbar apostrophierte *irreale Vorstellungen und Erwartungen* hinsichtlich der Möglichkeiten einer Gestalttherapie (4 Nennungen) *("er (der Therapeut) soll meine Situation ändern. Er soll mir sagen, warum - weshalb - wie ...")* zugeordnet.
Für 11 Personen waren **Gespräch und Kommunikation** ein Therapieziel *("Gesprächskultur verbessern", "Verbesserung meiner Kommunikation").*

54 KlientInnen nannten lediglich eine **allgemeine Besserung ihres Leidenszustandes** *("Verbesserung der Psyche", "Besserung des Zustandes"*) als ihr Ziel in der Psychotherapie (34 Nennungen). Es gab aber auch Äußerungen, in denen es ganz ***allgemein*** um *Gesundheit, Heilung* ging, ohne nähere inhaltliche Details (20 Nennungen) *("Verschwinden des Symptoms", "Ich wollte wieder gesund werden!).*

28 Mal wurden verschiedenste Aspekte aus den Bereichen **Beruf und Ausbildung** als Therapieziel angeführt *("weniger Probleme bei der Übernahme von Verantwortung im Beruf", "eine Ausbildung zu machen (Lebensberaterin)").*
Relativ gering ist die Zahl der Nennungen, bei denen es um die **Heilung oder Linderung körperlicher Probleme *und Störungen*** (26 Nennungen) *("Lösen der körperlichen Beschwerden", "von Schmerzen befreit")* ging.
23 KlientInnen waren eher abstrakt vor allem die **Aufarbeitung ihrer belastenden Vergangenheit** interessiert *("meine Vergangenheit zu be(ver-)arbeiten", "Aufarbeitung der persönlichen Geschichte").*

Des weiteren wurde die Lösung emotionaler Blockaden sowie ein **anderer Umgang mit Gefühlen** angestrebt (17 Nennungen) *("mich endlich zulassen und mich spüren", "Blockaden abzubauen").*
16 ProbandInnen geben als Ziel **Verhaltensänderungen** verschiedenster Art *("Änderung meines Verhaltens in bestimmten Situationen", "Überwindung eingefahrener (automatisierter) Verhaltensmuster")* an.
Es gab schließlich noch eine Kategorie von allgemein **ironisch-überzogene Erwartungen** (10 Nennungen) *("Freiheit und Glück im Leben finden / erleben", "Die Schlüssel zum Leben, ein weiser (kluger) Mann werden").*

Schließlich gab es noch jene, die **kein bestimmtes Ziel** angaben (5 Nennungen) *("zu Beginn kein Ziel")* sowie jene, die meinten, **keine ihrer Erwartungen sei in Erfüllung** gegangen (3 Nennungen) *("gar nichts").*
Die restlichen 6 Antworten konnten nicht ausgewertet werden.

In der vorangegangenen Frage nach den Beschwerden werden mit größter Häufigkeit klinisch-psychiatrische Störungen genannt, sodann bei mehr als der Hälfte der Antworten Probleme in den sozialen Beziehungen, an 3. Häufigkeitsstelle Persönlichkeitsprobleme wie Selbstwertprobleme, Unsicherheit und mangelndes Selbstvertrauen, mangelnde Durchsetzungsfähigkeit, innere Unruhe und Ziellosigkeit etc.. Als vierte Großkategorie werden körperliche Probleme und (psycho)somatische Erkrankungen Störungen der Befindlichkeit mit 108 Nennungen in 26% aller Antworten enthalten. Als herausragend zeigt sich die Klage über mangelnde Lebensfreude, innere Zerrissenheit und Resignation. 13% aller Antworten beinhalten Störungen der Aktivierung (Antriebslosigkeit, Müdigkeit...).
Bei der Frage nach den in der Therapie überwiegenden Zielen jedoch zeigt sich eine Verschiebung der Wertigkeiten: An erster Stelle (53% aller Antworten) steht hier die Dimension der Persönlichkeitsveränderung mit Selbstwertzunahme, Selbstvertrauen und Ruhe, gefolgt von 35% Zielen, die mit sozialen Beziehungen, allen voran partnerschaftlichen, zu tun haben. 30% aller Antwortenden erwarten eine Verbesserung in Bezug auf Lebensfreude und Vitalgefühl. Erst an vierter Stelle stehen mit 22% der Antwortenden die Kategorie der Verbesserung klinisch-psychiatrischer Störungen; 14 % der Befragten geben Ziele der Linderung körperlicher Symptomatiken an. Je 13% der Antwortenden beziehen sich auf den Erhalt von Hilfe oder die Lösung von bestimmten Lebensproblemen, wobei sich 2% sehr wohl ihrer zum Teil irrealen Erwartungen bewußt sind.
Die mit 97 % überaus hohe Antwortfrequenz deutet auf einen enormen Bewußtseinsgrad hinsichtlich der Intention der KlientInnen hin, sich einer Gestalttherapie zu unterziehen (wobei man nicht außer acht lassen darf, daß es sich hierbei um eine katamnestische Befragung handelt, die nicht Wissen und Interpretationen der ProbandInnen zu Beginn der Psychotherapie erhebt, sondern erst rückblickend nach deren Abschluß, was natürlich Verzerrungen zur Folge haben kann).
Die Differenz der Antworten auf diese Frage zu den der Symptomatik ist ein Indiz dafür, daß eine Verringerung einzelner Symtome(komplexe) nicht im Vordergrund des Bewußtseins der KlientInnen steht. Sie streben vielmehr nach Kategorien wie einer allgemeinen Verbesserung ihrer Einsicht in persönliche Zusammenhänge und ihrer Lebensqualität sowie Beziehungen. Dies zeigt uns, wie vernetzt sich Menschen - als "bio-psycho-soziales" Wesen - in ihrem Lebensganzen wahrnehmen und Therapieziele und -erfolge nicht allein durch Symptomverringerung abgebildet werden können. Solche nämlich bringen auch Verbesserungen in anderen, obengenannten Dimensionen mit sich, die gesamthaft mehr im Bewußtsein verankert sind.

3.2.3.14.Würden Sie sagen, daß Sie dieses Ziel/diese Ziele in der Therapie erreicht haben? - Wenn ja, was haben Sie erreicht? (Frage 25)

357 Personen, d.h. 83% aller befragten KlientInnen äußerten sich zu den in der Therapie erreichten Zielen. Alle Antwortenden geben zumindest zwei bis vier Kategorien an, in denen sie eine Verbesserung erlebt haben (Mehrfachkodierungen).

Den Löwenanteil dieser Ziele stellen mit 283 Nennungen **Persönlichkeitsentwicklungen und -veränderungen** dar. Vor allem die *Selbsterkenntnis, Reflexion und Klarheit* wurde im Rahmen der Therapie gesteigert (79 Nennungen) *("Zusammenhänge erkannt, Selbsterkenntnis verbessert", "häufigeres Nachdenken über die Probleme", "mehr Selbstreflexion", "Klarheit über die Situation").* Fast ebenso oft wurden *Durchsetzungsstrategien* entwickelt sowie die *Abgrenzung* gefördert (70 Nennungen) *("ich habe gelernt, meine Bedürfnisse besser zu berücksichtigen, mich abzugrenzen", "mehr Durchsetzung", "Nein sagen können").* Weit abgeschlagen steht die Steigerung von *Selbstvertrauen und -bewußtsein* (33 Nennungen) *("ich habe dadurch erreicht, selbstbewußter zu sein", "neues Selbstvertrauen").* Im gleichem Ausmaß wurden *Selbstwert, -sicherheit und Stabilität* gefördert (25 Nennungen) *("mehr Selbstwertgefühl", "ich bin etwas selbstsicherer geworden, lasse mich nicht mehr so leicht unterkriegen", "seelisch stabiler").* Aber auch eine gewisse *innere Ruhe* wurde erreicht (25 Nennungen) *("bin gelassener geworden", "ich wurde ruhiger", "ausgeglichener").* Es fand auch eine *allgemeine persönliche Weiterentwicklung* statt (23 Nennungen) *("besser und liebevoller mit mir selbst umzugehen", "bei mir zu sein", "es ist mir gelungen, mich zu ändern").* Weiters wurde die *Akzeptanz* gefördert (20 Nennungen) *("akzeptieren, was ist", "stehe besser zu mir - akzeptiere mich gut").* Selten, aber doch kam es zum *Abbau von Schuldgefühlen* (8 Nennungen) *("Abbau von Schuldgefühlen allem und jedem gegenüber", "nicht alles was passiert, ist nur meine Schuld").*

An zweiter Stelle mit insgesamt 139 Äußerungen stehen Ziele, die auf der **Beziehungsebene** angesiedelt sind. Dazu zählen unter anderem Angelegenheiten, die mit *Partnerschaft* zu tun haben (69 Nennungen), wobei es sich teils um *allgemeine Partnerschaftsprobleme* handelt (51 Nennungen) *("Klärung von Verhältnissen in der Partnerschaft", "geklärt meine Beziehung zu meiner Frau", "ich lebe jetzt in einer stabilen Beziehung")* und andererseits um *Scheidung und Trennung* dreht (18 Nennungen) *("Dreiecksbeziehung aufgelöst, ich habe mich getrennt", "meine Scheidung", "Ende der Paarbeziehung").* Weiters konnten Ziele innerhalb der *Familie* erreicht werden (37 Nennungen). Hierbei stehen *allgemeine Familienprobleme* im Vordergrund (19 Nennungen) *("Familienmuster aufdecken", "Abgrenzung in den familiären Beziehungen").* Es ging aber auch um die Lösung von Problemen mit den *Eltern* (14 Nennungen) *("gute Beziehung zu meiner Mutter", "Lösung von den Eltern")* sowie mit den *Kindern* (4 Nennungen) *("Sohn - Probleme gelöst", "emotional wieder Kontakt zu meinem Sohn bekommen").* 27 Mal wurden *allgemein zwischenmenschliche Angelegenheiten* angeführt *("Freisein für andere menschliche Kontakte", "auf andere Menschen zugehen", "Nachreifung in sozialer und Beziehungskompetenz").* 6 Äußerungen spielten sich auf der *sexuellen Ebene* ab *("Sexualprobleme durch Partnerwechsel wesentlich verringert", "Sex ohne Angst").*

Knapp gefolgt an dritter Stelle der erreichten Ziele steht die **Heilung klinischer Störungen** (76 Nennungen). Am häufigsten beziehen sich diese Aussagen auf **klinisch-psychiatrische Symptome** wie auf *Ängste* (34 Nennungen). Hierzu zählen sowohl *unspezifische Ängste* (22

Nennungen) *(“Ängste unter Kontrolle”, “Angstzustände waren weg”)* als auch *spezifische Ängste und Hemmungen* (7 Nennungen) *(“Zukunftsängste sind geschrumpft”, “Schreibhemmungen haben sich aufgelöst”)* sowie Panikattacken (5 Nennungen) *(“die Panik abgelegt”, “Fast keine Panikattacken mehr”).* An zweiter Position stehen ex aequo Depressionen (13 Nennungen) *(“keine Depression”, “weniger depressive Zustände”)* und Sucht (13 Nennungen). Bei der Sucht kann unterschieden werden zwischen *Alkoholismus* (8 Nennungen) *(“Abstinenz”, “kein Alkohol”), Drogensucht* (3 Nennungen) *(“mit Drogenkonsum aufgehört”, “ich rauche nicht mehr täglich 5 Joints, sondern ca. 2-3 wöchentlich”)* sowie *Medikamentenabhängigkeit* (2 Nennungen) *(“manchmal einige Tage ohne Tabletten ausgekommen”, “keine Psychopharmaka mehr zu brauchen”).* Schließlich folgt noch die Heilung von Schlafstörungen (5 Nennungen) *(“kann wieder normal schlafen”, “Schlafstörungen zu beheben”),* Zwängen (4 Nennungen) *(“reagiere weniger zwanghaft”, “konnte mich von Zwängen befreien”),* Eßstörungen (3 Nennungen) *(“Das Erbrechen ist weg”, “weniger Freßanfälle”),* Suizid- und Selbstagressionsstendenzen (3 Nennungen) *(“destruktives Verhalten passiert mir immer wieder, doch es ist seltener und leichter für mich erkennbar”, “die Gedanken an den Tod treten zwar auch jetzt noch auf, allerdings kann ich damit leichter umgehen”)* sowie Psychosen (1 Nennung) *(“ich weiß, daß ich all die Jahre zuvor manisch-depressiv war”).*
Auch **Heilung respektive Linderung körperlicher Probleme und Störungen** konnte im Rahmen der Therapie erreicht werden (25 Nennungen) *(“Körperliche Beschwerden gänzlich gelöst”, “bin schmerzfrei”, Durchfälle nur noch bei extremer Belastung”).* Eine Mischkategorie sind Aussagen zu **Gesundheit, Linderung oder Heilung,** wobei entweder sowohl Psyche als auch Soma davon betroffen waren oder dies aus den Antworten der ProbandInnen nicht hervorging (15 Nennungen) *(“wurde wieder gesund und leistungsfähig”, “Abklingen der Symptome”, “Linderung der Beschwerden”),* und **allgemeine Verbesserungen** (9 Nennungen) *(“deutliche Besserung”, “die Situation hat sich geklärt und verbessert”).*

Auf dem vierten Platz der Häufigkeiten aller als erreicht genannten Ziele rangiert mit 71 Äußerungen eine Verbesserung der **Vitalgefühle** auf folgenden 3 Ebenen: auf der emotionalen Ebene im Sinne von Lebenslust und -qualität (46 Nennungen) *(“die Erkenntnis, wie schön das Leben sein kann”, “fühle mich glücklich”, “sehr hohes, neues Niveau”)* erreichen, auf der Verhaltensebene im Sinne von Neubeginn, Lebenssinn und neue Energien schöpfen (21 Nennungen) *(“Neugestaltung des Lebens”, “einen Sinn im Leben zu finden, der nicht mehr so von außen abhängig ist”, “Unternehmungen nehmen wieder zu”)* sowie auf der kognitiven Ebene im Sinne von positivem Denken (4 Nennungen) *(“die positiven Seiten des Lebens sehen”, “Positives Denken”).*
Auch **Problemlösungen, Bewältigungsstrategien *sowie ein besserer Umgang mit Problemen*** wurden einige Male angeführt (45 Nennungen) *(“Problemlösungen selber entwickeln”, "Klarstellung und Entschärfung der Konfliktsituation”, “Probleme wachsen mir nicht mehr über den Kopf”).*

Es gab darüber hinaus auch 34 Nennungen, die sich direkt auf das **therapeutische Setting** bezogen, wobei kritische Äußerungen ebenso verlautbart wurden wie lobende. Dazu gehörten allgemeine Bemerkungen zur Therapie (10 Nennungen) *(“Ziele haben sich in der Therapie verändert”, “mehr Gruppenerfahrung”),* das Gefühl, sich selbst mehr geholfen zu haben als die Therapie es tat (6 Nennungen) *(“einiges kann man aber nur selbst!”, “die Erkenntnis, daß mir niemand helfen kann, kein Seminar, keine Therapie, keine asiatischen Weisheiten etc. außer - ich mir selbst - nach einiger Zeit stülpte ich die Ärmel hoch!!”)* sowie Hilfe, Rat und Unterstützung seitens der Therapeutin (5 Nennungen) *(“muß nicht alles allein lösen, kann mir Hilfe holen”, “Unterstützung zu finden”).* Des weiteren wurden folgende therapeutischen

Ziele aufgelistet: *Verständnis* für die eigene Situation seitens eines anderen Menschen, in diesem Falle durch den/die TherapeutIn finden (3 Nennungen) *("ich habe mehr Verständnis für mich und meine Probleme bekommen")*, *Integration in den Alltag* (2 Nennungen) *("Ich bin Depressionen nicht losgeworden, ich lernte sie integrieren")*, unsichere Zuschreibungen ob die *Gestalttherapie an sich* die spezifische Verbesserung gebracht hätte (2 Nennungen) *("allerdings liegen zwischen deren Beginn und dem Ende der Gestalttherapie 4 Jahre, in denen ich eine andere Therapieform (Familientherapie) wählte")*, kritische Anmerkungen zur *Therapielänge in Zusammenhang mit den Kosten* (2 Nennungen) *("tiefgründigere Probleme wurden nicht angesprochen, da ich mir eine längere Therapie nicht leisten konnte")*, anerkennende Überlegungen zur *Person des/der TherapeutIn oder deren Methoden* (2 Nennungen) *("langanhaltender Erfolg durch die vom Therapeuten mir beigebrachte Selbstbehandlung")*, Anmerkungen zur *Therapiegeschwindigkeit* im Vergleich zur eigenen Schnelligkeit bei der Problembearbeitung (1 Nennung) *("ich bin heute der Meinung, daß ich das ohne Therapie nicht so schnell hingekriegt hätte")* sowie *irreale Vorstellungen und Erwartungen* hinsichtlich der Therapie der Realität anzupassen (1 Nennung) *("die Erkenntnis, daß man durch die Therapie weit kommen kann, man jedoch nicht vollkommenes Auflösen von Problemen erwarten kann")* .
In weiterer Folge wurden auch Ziele im Bereich von **Beruf und Ausbildung** erfolgreich angestrebt (26 Nennungen) *("berufliche Weiterbildung", "Ausübung des Berufes wieder möglich", "Ausbildung erfolgreich abgeschlossen").*

Schließlich scheint auch die **Erforschung der Problemursachen** für die verschiedensten Probleme geglückt zu sein (19 Nennungen) *("ich weiß jetzt den Grund für meine Probleme", "ich weiß, warum ich in bestimmte Situationen komme").*
Es kam zu einer Verbesserung im **kommunikativen Bereich** (17 Nennungen) *("offenes Darlegen von Schwierigkeiten und Rückmeldung", "bessere Gesprächsbasis", "Probleme auszusprechen und nicht alles in mich hineinzufressen").*
Weitere Nennungen beziehen sich auf das Gelingen **allgemeiner Verhaltensänderungen** (18 Nennungen) *("Ablegen der alten Verhaltensmuster", "mehr Handlungsvielfalt")* sowie die **Lösung emotionaler Blockaden** sowie eines **anderen Umgangs mit Gefühlen** (15 Nennungen) *("Blockaden abgebaut", "kann besser mit meinen Gefühlen umgehen, sie zulassen").*
Auch die **Vergangenheitsaufarbeitung** zählt zu jenen Zielen, die in der Therapie erreicht wurden (11 Nennungen) *("Aufarbeiten von Erlebtem", "Vergangenheit bearbeiten").*
Schließlich wurde noch **Frauenspezifische Zielerreichungen** (2 Nennungen) *("Auseinandersetzung mit Frausein - Schwangerschaft", "Schwangerschaft")genannt.*

Zu den wenigen negativen Statements auf diese Frage zählen **Klagen über Rückfälle** (3 Nennungen) *("es gibt immer noch Rückfälle", aber die Symptome sind nach einem Jahr wiedergekommen").* 4 ProbandInnen gaben an, es haben sich **kaum bis gar keine Erwartungen in der Therapie erfüllt** *("kaum Problemlösungen").*
3 weitere Aussagen konnten nicht ausgewertet werden.

Betrachtet man die Antworten auf diese Frage, so zeigt sich, daß alle antwortenden KlientInnen (82%) mehr als eine Zielerreichung angegeben haben; der Schwerpunkt der erreichten Ziele im Bereich der Veränderungen der Persönlichkeit (79% aller Antwortenden), an zweiter Stelle (39%) stehen Verbesserungen auf der Beziehungsebene vor allem in Partnerschaft und Familie. Dicht gefolgt stehen an dritter Stelle (32% aller Antwortenden) explizit Heilungen klinischer-psychiatrischer oder somatischer Störungen.

19% berichten von einer Verbesserung ihres Lebensgefühls, 17 % aller Antwortenden geben an, daß sie mit ihr Problem (besser) bewältigen können und ihr emtionales Verhalten geändert haben. Weitere 8% haben mehr Klarheit über die Ursachen ihrer Probleme bekommen und Hilfe bei der Aufarbeitung ihrer Vergangenheit erhalten. Nur in 4 Fällen, das ist 1% wird ausdrücklich angegeben, daß sich keine der Erwartungen in die Therapie erfüllt haben.

Der Vergleich mit der vorangegangenen Frage zeigt eine hohe Übereinstimmung zwischen den angestrebten und tatsächlich erreichten Zielen: Die Reihung der wichtigsten Zieldimensionen (Persönlichkeits- und Beziehungsdimension sowie Heilung der klinischen Symptomatik) ist ident.

3.2.3.15 Welche Erwartungen haben sich in der Therapie nicht erfüllt? (Frage 25)

Ein knappes Drittel (30%) aller befragten Personen gibt an, daß sich Ziele und Erwartungen hinsichtlich der Gestalttherapie nicht oder nur wenig erfüllt haben.

Vor allem auf der **Beziehungsebene** hat sich einiges nicht so aufgelöst, wie es sich die KlientInnen erhofft haben. 35 ProbandInnen, das sind immerhin ein Viertel aller Antworten, führen an, daß in diesem Bereich für sie nicht alles so in Erfüllung ging, wie sie es sich zu anfang der Therapie gewünscht hätten. Am häufigsten (20 Nennungen) konnten sie ihre Zielsetzungen bezüglich *partnerschaftlicher Problemstellungen* nicht ausreichend in die Realität umsetzen: *("die Beziehung konnte nicht gerettet werden", "nicht erfüllt hat sich meine Hoffnung, meine "Suchtbeziehung" in eine harmonische Beziehung zu verwandeln"* oder *"Partnerschaft noch nicht gelöst - war nicht so weit").* Aber auch manche *allgemeine zwischenmenschliche Schwierigkeiten ("mein Kontaktmangel blieb erhalten"* oder *"verliere mich in der Nähe")* blieben erhalten (9 Nennungen). Weiters werden in geringem Maße auch weiterbestehende *familiäre Probleme* (3 Nennungen) *("Machtproblematik mit Vater", "Kinder-Regelung")* sowie *sexuelle Probleme* (3 Nennungen) *("Schwierigkeiten mit Sexualität noch nicht so bearbeitet, daß ich glücklich bin")* geschildert.

An zweiter Stelle der nicht ausreichend erfüllten Erwartungen stehen Angaben, die sich auf das **therapeutische Setting** und Vorgehen in der Therapie beziehen. (31 Nennungen, 24% aller Angaben). Vor allem die *Person* sowie die bevorzugten *Methoden der/des jeweiligen TherapeutIn* (9 Nennungen) *("Individualität und Authentizität der Therapeuten,...", "es fehlte mir die Kontrolle, das Nachfragen, z.B. ob die/der Vorsatz ausgeführt wurde, warum nicht ... zu viele Ratschläge, die mich verwirrten, war noch nicht so weit, diesen Schritt auszuführen", "die Introspektion ist gar nicht tief gegangen")*, die *Therapielänge* in Zusammenhang mit den *Kosten* wird kritisiert (9 Nennungen) *("da ich die Therapie aus finanziellen Gründen abbrechen mußte, hat sich der Erfolg eher wenig eingestellt")*, aber auch die als zu langsam empfundene *Therapiegeschwindigkeit* (5 Nennungen) *("die Therapieerfolge stellten sich zu langsam ein","hauptsächlich gebessert haben sie sich erst ca. 2-3 Jahre nach der Gestalttherapie").* Ansonsten wird mangelnder *Rat und Unterstützung* (2 Nennungen) *("kaum Hilfe"),*eine nicht gelungene *Integration* des Therapiegeschehens *in den Alltag* (2 Nennungen) *("es fällt mir schwer, neues Verhalten dauerhaft zu integrieren")*, *allgemeine therapeutische Probleme* (1 Nennung), sowie 1 Mal zu wenig *Verständnis ("ich fühlte mich nicht verstanden, meine tiefsten Nöte nicht begriffen")* und 2 Mal *irreale Vorstellungen und Erwartungen ("er hat nichts ändern können - ich muß es selbst tun ... schade")* angegeben.

Ein Fünftel aller ungeklärten Problemstellungen beziehen sich auf diverse Aspekte der **Persönlichkeitsentwicklung und -veränderung** (25 Nennungen = 6% der Gesamtstichprobe). Dazu zählen etwa das *Selbstwertgefühl*, die *Selbstsicherheit und Stabilität* der KlientInnen (7 Nennungen) *("Selbstwertgefühl aufzubauen, mich nicht als Versager fühlen")*, aber auch die *allgemeine persönliche Weiterentwicklung* (6 Nennungen) *("daß ich mich ändere")*, sowie *Selbsterkenntnis und -reflexion*, die zu mehr Klarheit führen soll (5 Nennungen) *("mich ganz im Spiegel sehen. Höchstens Umrisse, aber sehr interessant")*. Schließlich wird auch bedauert, daß zuwenige *Durchsetzungsstrategien und Abgrenzungsmöglichkeiten* entwickelt wurden (3 Nennungen) *("bin noch zu sehr angepaßt und oft zu wenig überzeugt von mir selbst, mangelndes Durchsetzungsvermögen")* sowie die *Akzeptanz* der eigenen Person und Lebenssituation (3 Nennungen) *("mich selbst gut anzunehmen", "das Lebenkönnen mit dieser "Behinderung"")* nicht gegeben ist. Eine Person führt an, *innere Ruhe und Ausgeglichenheit ("daß ich ruhiger werde, daß ich nicht jammere")* noch immer zu vermissen.

Auch die **Heilung klinischer Störungsbilder** scheint manchen KlientInnen in der Gestalttherapie nicht genügend gelungen zu sein (19 Nennungen, 14% = 4% der Gesamtstichprobe). Vor allem *Ängste* (7 Nennungen) *("teilweise sind die Ängste immer noch überdurchschnittlich stark vorhanden")* und *Depressionen* (6 Nennungen) *("ganz von der Depression wegkommen - wurde mir aber von der Therapeutin gesagt")*, aber auch *Suchtverhalten* (4 Nennungen) *("mit Alkohol "vernünftig" umzugehen")* und *Eßstörungen* (2 Nennungen) *("Behebung der Eßstörungen")* sind nach wie vor vorhanden. Auch die allgemein diesbezügliche **Gesundung, Heilung oder Linderung** von Beschwerden und Symptomen, die sich ProbandInnen erhofft hatten, blieb bisweilen aus: 9 Nennungen (7% aller diesbezüglichen Angaben), konnten ihre Gesundheit nicht im erwarteten Ausmaß wiederherstellen *("Symptomheilung", "Beschwerdefreiheit")*. Bei 6 weiteren KlientInnen blieb die **Heilung oder Linderung körperlicher Probleme und Störungen** *("die Hoffnung, physisch gesund zu werden, mußte ich aufgeben")* ganz oder teilweise aus.

Immerhin beziehen sich noch etwas mehr als 10% aller Aussagen zu dieser Frage (14 Nennungen) beziehen sich auf nicht geglückte **Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien**, also auf einen besseren Umgang mit den jeweiligen Problemen der KlientInnen *("das Problem wurde nicht gelöst bzw. gebessert", "sofortige Hilfsmaßnahmen in der schwierigen Situation")*.

Selten (ca. 5% der hier Antwortenden) wurde die **Erforschung der Ursachen** der Probleme nicht zufriedenstellend abgeschlossen (7 Nennungen) *("ich bekam, für meine Begriffe zuwenige Erkenntnisse / Rückschlüsse, wieso ich heute das eine oder andere Problem habe")*, Auch das Ausbleiben einer **Steigerung des Vitalgefühls** (6 Nennung) *("in der Situation der Verzweiflung gelang es nicht, meine Gefühlslage zu verbessern")* sowie die **Behebung beruflicher Sorgen** (6 Nennungen) *("ich bin immer noch nicht fähig, mehr als halbtags berufstätig zu sein")*. wurden angegeben.

Ferner wurden von einzelnen (weniger als 4% der hier Antwortenden) folgende Problemkreise beanstandet: unzureichende **Verhaltensänderungen** der KlientInnen (5 Nennungen) *("es ist mir nicht gelungen, alte Verhaltensweisen zu ver- und neue einzulernen" "die alten Muster und Vorstellungen sind nicht verschwunden, ich falle auch oft dahin zurück")*, die **Lösung emotionaler Blockaden** sowie ein besserer Umgang mit Gefühlen (4 Nennungen) *("Zulassen von Gefühlen")*, das Ausschließen von ***Rückfällen*** (4 Nennungen) *("es kam immer wieder zu Rückfällen, ja Verschlechterung der Ausgangsposition")*, eine befriedigende **Bewältigung der Vergangenheit** (4 Nennungen) *("ein für alle mal die Defizite*

aus meiner Kindheit und die vielen Verletzungen ad acta legen zu können") sowie ein Mal eine ***frauenspezifische Problemstellung*** *("Kind mit meinem Partner zu bekommen").*
Aber auch **ironisch-überzogene Erwartungen,** die gar nicht erfüllt werden können, wurden angeführt (3 Nennungen) *("Glücksgefühl, Reichtum, Freiheit").*
8 ProbandInnen machten keine genaueren Angaben darüber, welche Ziele im Rahmen der Therapie nicht erreicht wurden, sondern meinen nur allgemein es hätten sich **wenige bis gar keine Erwartungen** (das sind etwa 2% der Gesamtbefragten) in der Gestalttherapie erfüllt *("viel Frieden habe ich dort nicht gefunden").* Eine Person meint, sie hätte ***gar kein Ziel*** gehabt *("hatte wenig Erwartungen").*
Der Rest fällt unter ***Sonstiges*** (2 Nennungen).

Diese Summe der hier Antwortenden ist höher als jene, die bei den erreichten Zielen keine Antwort gaben, was sich dahingehend interpretieren läßt, daß ein Teil der Befragten sehr wohl etwas, aber nicht a l l e Erwartungen erfüllt bekam. 27% der hier antwortenden KlientInnen, das sind 4,6% der Gesamtstichprobe, sehen die in die Verbesserung ihrer (damaligen) Partnerschaft gesetzten Erwartungen nicht erfüllt.
Die Heilung somatischer und psychischer klinischer Störungsbilder scheint 6% der KlientInnen in der Gestalttherapie nicht gelungen zu sein . Vor allem Ängste zeigen sich als veränderungsresistent. 20% der hier Antwortenden (ebenfalls 6% der Gesamtstich-probe) beziehen sich auf die nicht weitgend genug vollzogene Hebung ihres Selbstwerts, ihrer Stabilität, ihrer Durchsetzung etc. Jeweils 4-5% aller hier Stellung beziehenden Personen beklagen eine weiterhin zu geringe Lösung von negativen Gefühlen und emotionalen Blockaden sowie zuwenig stattgefundene Änderungen von als problematisch empfundenem Verhalten.
Auch hier sind 2-bis4-fachNennungen von jenen, die diese Frage beantworteten, die Regel, d.h. die in ihren Erwartungen enttäuschten beanstanden mehrere Elemente.
23% der KlientInnen, die zu den nicht erfüllten Zielen Stellung beziehen, (das sind 7% der Gesamtstichprobe) gehen in ihrer Kritik auf den therapeutischen Prozeß undSetting ein, in 10 Fällen davon (7% der Gesamtstichprobe) richtet sich die Kritik dabei auf den/die TherapeutIn. In 13 Nennungen beziehen sich die enttäuschten Erwartungen auf die Therapielänge und -geschwindigkeit (meist in Relation zu den Kosten).

3.2.3.16. Merken andere Menschen eine Veränderung in Ihrem Befinden, Ihrem Verhalten jetzt nach der Psychotherapie? (Diese Frage bezieht sich auf die Restkategorie, der schon vorgegebenen Antwortmöglichkeiten) Frage 35.

Auf die Frage, ob andere als die schon in Antwortkategorien vorgegegebenen Personen Veränderungen an den KlientInnen nach deren Psychotherapie bemerkt haben, antworten die meisten Befragten gar nicht. Nur knappe 3% aller ProbandInnen (15 Nennungen) geben an, daß sie diesbezüglich von anderen als in den vorgegebenen Kategorien enthaltene Rückmeldung bekommen haben.
Dabei kommen die "meisten" Feedbacks aus dem **beruflichen Umfeld** (5 Nennungen) *("Schüler", "Kunden", "Arbeitgeber", "Klienten"),* gefolgt von **ÄrztInnen und TherapeutInnen** (3 Nennungen). Außerdem werden **Ex-PartnerInne*n*** (2 Nennungen), **Bekannte** (1 Nennung) sowie **Eltern** (1 Nennung) angeführt. Ein/e ProbandIn weiß nichts dazu und zwei Antworten laufen unter Sonstiges.

3.2.3.17 Merken andere Menschen eine Veränderung in Ihrem Befinden, Ihrem Verhalten? Haben Sie diesbezügliche Rückmeldungen erhalten? Wer hat z.B. was gesagt? (Frage 35)

Rund 50% aller befragten KlientInnen gaben an, nach Abschluß der Gestalttherapie die eine oder andere Rückmeldung zu ihrem Verhalten und Befinden bekommen zu haben und zwar von verschiedenen Personengruppen.
Am häufigsten kamen solche Feedbacks aus dem **FreundInnen- und Bekanntenkreis** der jeweiligen Person (109 Nennungen, 51% aller ProbandInnen).
An zweiter Stelle folgen Rückmeldungen aus dem Kreise der **eigenen Familie** (insgesamt 83 Nennungen, 39% aller ProbandInnen), wobei diese sich noch genauer aufsplitten in Kommentare *diverser Familienmitglieder* bzw. der Familie als ganzem (24 Nennungen), der *Eltern* (23 Nennungen), der *eigenen Kinder* (19 Nennungen) sowie der *Geschwister* (17 Nennungen).
An dritter Stelle stehen Rückmeldungen seitens der **PartnerInnen** (55 Nennungen, 26% aller ProbandInnen), gefolgt von jenen der **KollegInnen** aus dem Arbeitsbereich (32 Nennungen, 15% aller Antworten).
Nur 2 Personen konnten keiner dieser Gruppen zugeordnet werden.
102 verschiedene ***Rückmeldungen*** wurden ***ohne Angabe zur Person***, die sie aussprach, angeführt (48% aller ProbandInnen).
Schließlich gaben noch 13 KlientInnen an, ***keinerlei Rückmeldungen*** erhalten zu haben, 5 antworteten mit einem simplen ***Ja***, 3 weitere ***wußten es nicht*** mehr.

Im **FreundInnen- und Bekanntenkreis** erfolgen die mit Abstand meisten Rückmeldungen dann, wenn merkliche *Persönlichkeitsentwicklungen und -veränderungen* bei den KlientInnen stattgefunden haben (50 Nennungen). Darunter fallen neben *allgemeinen Veränderungen* (14 Nennungen) *("Freunde: Phantastisch, wie ein anderer Mensch", "Meine Freunde sagen, ich habe eine Umwandlung von 50% gemacht")* auch eine Steigerung der *inneren Ruhe und Gelassenheit* (12 Nennungen) *("Freunde: Ich sei ausgeglichener geworden und ruhiger, auch verläßlicher", "Freundinnen erleben mich klar-gelassen")*, verstärkte *Durchsetzungskraft und Autonomie* (9 Nennungen) *("Meine Freundinnen sehen, daß ich mich besser gegen meine Eltern abgrenzen kann", Freunde: Du weißt, was du willst")*, mehr *Offenheit* (6 Nennungen) *("Freunde -> offener, zugänglicher")*, mehr *Selbstbewußtsein und -vertrauen* (5 Nennungen) *("Freunde: Du bist selbstbewußter und stellst dein Licht nicht mehr unter den Scheffel")* sowie ein höherer Grad an *Selbstwertgefühl, -sicherheit und Stabilität* (4 Nennungen) *("Freunde: Du bist mehr in dir, merke, wie sicher du heute warst in der Arbeit")*. Aber auch eine *Steigerung des Vitalgefühls* und damit der Lebenslust und -qualität wurde von FreundInnen bemerkt (9 Nennungen) *("Meine Freunde: Bemerkungen darüber, daß ich aktiver geworden bin", Freunde: Du bist voller Energie, strahlend")*. Ebenso häufig fielen Verbesserungen im *zwischenmenschlichen Bereich* auf *("Freunde haben mir gesagt, ich reagiere zum Teil anders, nehme nicht mehr alles gegen mich, überlege zuerst, gehe anders auf Menschen zu", "Freundin: Ich bin froh, daß du wieder "normal" mit Männern umgehst. (wollte keine Gespräche mit fremden Männern führen, weil mit Freund so schwierig, wollte nur meine Ruhe haben")*. Einige fanden auch, daß die KlientIn einfach *gut ausschaue* (6 Nennungen) *("z.B. Du bist hübscher geworden!, Deine Stimme klingt runder, voller! ("Freunde: Deine Haltung ist jetzt ganz anders, strahlender", "Freunde: Du strahlst von innen heraus")* oder sprachen ihre *Bewunderung und Anerkennung* aus (4 Nennungen) *("Du bist das beste Beispiel dafür, daß man es schaffen kann (Freunde)")*. Äußerst selten wurde eine verbesserte *Fähigkeit, Probleme zu lösen*, bei den KlientInnen bemerkt, *("Freundin: Du handelt überlegter, sagst nicht gleich nein")* (2 Nennungen) ebenso wie eine *Verminderung* vorhandener *klinischer Störungen* *("Freunde: oftmalige Unterhaltungen über das Ergebnis der Therapie, meinen jetzigen Umgang mit Angstzuständen, meine Erfolge")* (1 Nennung).

Schließlich erfolgte 11 Mal ein *allgemein positives Feedback ("Freunde: Du bist wieder viel mehr du selbst", "ich freue mich, daß ich dich kenne - Freund")* sowie 4 Mal ein *allgemein negatives ("Ein Freund klagt, daß ich mich jetzt nicht mehr um ihn kümmere", "Viele Freunde konnten mit meiner intensiven Beschäftigung mit der Psychotherapie nicht viel anfangen; Du bist so arg auf dem Psycho-Trip (häufigstes Zitat von Freunden)").* 13 Mal wurden FreundInnen und Bekannte zwar als Personen genannt, die nach Abschluß der Gestalttherapie den ProbandInnen Rückmeldungen gegeben hatten, *nähere Angaben* zum Inhalt dieser Rückmeldungen wurde jedoch *nicht* genannt.

Die Rückmeldungen aus den Reihen der eigenen **Familie** wurden getrennt analysiert, da die Beziehungen zu den einzelnen Familienmitgliedern ja auch unterschiedlich gestaltet sind (Eltern, Kinder, Geschwister).
Verwandte und diverse andere **Familienmitglieder** sowie die Familie als Gesamtes beobachteten wie die meisten anderen Personengruppen auch vor allem *Persönlichkeitsentwicklungen und -veränderungen* an der KlientIn, nachdem sie ihre Therapie beendet hatte (11 Nennungen). Sie bemerkten *allgemeine Veränderungen* (5 Nennungen) *("Verwandte sagen, daß ich ein ganz anderer (im positiven Sinne) Mensch geworden bin", Meine Familie sind der Meinung, mein ganzes Wesen hätte sich dadurch verändert")*, mehr *innere Ruhe und Gelassenheit* (3 Nennungen) *("Verwandte empfinden mich ausgeglichener")*, mehr *Durchsetzungskraft und Autonomie* (2 Nennungen) *("Großmutter: Ich würde nicht mehr mit allem einverstanden sein - ich grenze mich mehr ab", "Ich bin mutiger geworden; ich trete mehr für mich ein und traue mich "Dinge" zu sagen, wo z.B. Verwandte staunen - sie schätzen mich anders ein")* sowie ein gesteigertes *Selbstbewußtsein und -vertrauen* (1 Nennung) *("mehr Selbstbewußtsein -> Familie")*. Alle anderen Kategorien von Veränderungen wurden kaum angeführt. Je einmal äußerten sie *Bewunderung und Anerkennung ("Respekt von der Verwandtschaft")*, sagten "*du schaust gut aus*" *("Verwandte: "gut schaust aus"")*, bemerkten eine *Steigerung der Vitalgefühle* und somit der Lebensqualität *("Verwandte - mehr Interesse")*, Fortschritte auf *zwischenmenschlichem Gebiet ("Du bist so warmherzig - Schwägerin")*, Verbesserungen im Bereich *klinischer Störungen (Verwandte: Wie gut, daß du jetzt deine Krankheit besser im Griff hast")* sowie eine vermehrte *Fähigkeit, Probleme zu lösen ("konfliktfreudiger -> Familie")*. 2 Mal gaben sie ein *allgemein positives Feedback ("meine Familie ist froh, daß ich die Therapie gemacht habe")*, 2 Mal ein *allgemein negatives ("Großmutter: Du bist hart geworden", "Distanz von der Verwandtschaft")*. 2 weitere Male wurden Verwandte zwar erwähnt, jedoch *ohne inhaltliche Angaben* zur Art ihrer Rückmeldung. Eine weitere *sonstige* Meldung konnte nicht ausgewertet werden.
Auch die eigenen **Eltern** bemerkten vor allem *Persönlichkeitsentwicklungen und -veränderungen* bei ihren Kindern nach Therapieende. Dazu zählen *allgemeine Veränderungen* (4 Nennungen) *("Eltern -> reife Entfaltung zum Leben", Mutter sagt, ich bin ein ganz anderer Mensch")*, eine *innere Ruhe und Gelassenheit* (3 Nennungen) *("Mutter: ich bin diplomatischer", "Eltern -> bin gelöster, ruhiger")*, mehr *Selbstbewußtsein und -vertrauen* (2 Nennungen) *("Mutter sagt, ich bin selbstbewußter, selbständiger geworden")* sowie eine gesteigerte *Durchsetzungskraft und Autonomie* (2 Nennungen) *("Eltern hocken nicht mehr auf mir")*. Weiters entdeckten sie eine *Steigerung der Vitalgefühle* ihrer Kinder (3 Nennungen) *("Eltern bemerkten meine positivere Lebenseinstellung", Mutter: "Sie ist viel fröhlicher und aktiver im Leben"")* und Verbesserungen im *zwischenmenschlichen Bereich ("Eltern -> besseres Zusammenleben innerhalb der Familie")*. 3 Mal gaben sie ein *allgemein positives Feedback ("Eltern: man erkennt an meiner gesamten Ausstrahlung, daß es mir besser geht", "Mutter: Endlich! Ich freu mich für dich (aber du mußt noch mehr "tun")")*, 2 Mal ein *allgemein negatives ("Mutter: kritisierte die Therapie sehr stark: ich wurde nicht zur "liebenden Tochter", wie sie erwartete, sondern grenzte mich noch stärker ab als davor; sie*

"verteufelt" Therapie und Therapeutin noch wie vor"). Weitere zwei Mal wurden sie nur angeführt *ohne nähere Angaben* zum Inhalt ihrer Rückmeldungen. Eine weitere *sonstige* Rückmeldung konnte nicht ausgewertet werden.
Die **eigenen Kinder** sind die einzige der angeführten Personengruppen, die nicht Persönlichkeitsveränderungen an allererster Stelle bemerkten. Außerdem sind die Inhalte ihrer Rückmeldungen relativ gleichmäßig auf verschiedene Kategorien verteilt. 4 Mal äußern sie ein *allgemein positives Feedback (*"Kinder haben meine Veränderung als positiv gesehen"*),* *Bewunderung und Anerkennung* für die Veränderungen ihrer Eltern in der Therapie *("Ich bin stolz, dich als Mutter zu haben(Tochter)", "Kind: Du bist ein Kämpfer, ich lerne von Dir", "Kinder: Du bist die Beste")* und kommentieren 3 Mal deren *Persönlichkeitsentwicklung und -veränderung ("Kinder: Konsequenteres Verhalten", "Kinder (Tochter): Du hast dich geändert, aber er (Sohn) nicht").* 2 Mal stellen sie Veränderungen im *zwischenmenschlichen Bereich ("Kind: Wir können jetzt viel besser miteinander reden", "besseres Auskommen mit den großen Kindern")* fest. Außerdem kam es vor, daß sie als einzige Personengruppe kein verbales *Feedback* gaben, sondern dieses *auf der Verhaltensebene* ausdrückten (2 Nennungen) *("Mein Kind hat zwar darunter (sehr) gelitten, konnte sich aber bis heute gut seelisch und körperlich stabilisieren").* Hierbei ist jedoch einschränkend anzumerken, daß Eltern diesbezüglich bei ihren Kindern vielleicht sensibler reagieren als bei anderen Menschen bzw. daß die Kinder noch zu klein waren, um diffizile verbale Rückmeldungen zu machen. Sie bemerkten auch eine *Verminderung der klinischen Störung* ihrer Eltern *("Kinder: Du hast jetzt keine Depressionen mehr")* und eine *Steigerung der Vitalgefühle* (je 1 Nennung) *("Tochter: Mami, du lachst wieder").* 1 weitere *sonstige* Aussage konnte nicht eindeutig zugeordnet werden.
Auch die **Geschwister** der befragten Personen reagierten auf Veränderungen nach Therapieende. Sie kommentierten wie alle anderen auch am häufigsten diverse *Persönlichkeitsveränderungen* (7 Nennungen), wie etwa mehr *Selbstvertrauen und -bewußtsein* (2 Nennungen) *("Schwester: "Du hast viel erreicht, bist stark geworden und hast das Richtige gemacht"),* mehr *innere Ruhe und Gelassenheit* (2 Nennungen) *("Während der Therapie sagte meine Schwester, daß ich ausgeglichener sei"),* sowie je 1 Mal eine höhere *Selbstsicherheit und Stabilität ("Während der Therapie sagte meine Schwester, daß ich sicherer sei"),* verbesserte *Durchsetzungskraft und Autonomie ("Meine Schwestern haben gemeint, ich brauche keine Therapie, weil ich mich viel mehr getrau als vorher")* oder sonstige *allgemeine Veränderungen ("Schwester: Du trägst nicht mehr die Last der Welt auf deinen Schultern").* Weiters gaben sie 4 Mal ein *allgemein positives Feedback ("Meine Schwester: Das tut dir gut - ich sollte auch gehen", "Bruder war zuletzt ebenfalls angetan")* sowie erstaunlicherweise kein einziges Mal ein negatives. Sie bemerkten eine *Steigerung der Vitalgefühle* (2 Nennungen) *("Schwester: Ich bin positiver und fröhlicher geworden"),* Veränderungen im *zwischenmenschlichen Bereich* (1 Nennung) *("Mein Bruder hält mich jetzt für warmherziger")* und drückten ihre *Anerkennung und Bewunderung* aus (1 Nennung) *("Schwester: So wie du möchte ich auch sein! Warum schaffst du alles?").* 2 Mal wurden sie als Feedbackgeber angeführt *ohne* nähere *inhaltliche Angaben.*

Seitens der jeweiligen **PartnerInnen** zeigte sich, daß diese ebenfalls vor allem auf verschiedenste Aspekte der *Persönlichkeitsentwicklung und -veränderung* eingingen (21 Nennungen), wie etwa auf die *Durchsetzungskraft und Autonomie* der jeweiligen KlientIn (7 Nennungen) *("Vor allem mein Mann hat im Laufe der Jahre festgestellt, daß ich einen eigenen Willen habe und dies auch verwende, mich nicht beuge, um anderen zu gefallen", "Mein Mann sagt, auch kann ich besser Wünsche oder Aggressionen artikulieren"),* auf deren *innere Ruhe und Gelassenheit* (5 Nennungen) *("Meine Frau ist froh, daß ich in Therapie gegangen bin, wie ich dadurch ausgeglichener und zugänglicher geworden bin"),* auf gewonnenes *Selbstbewußtsein und -vertrauen* (3 Nennungen) *("Meinem Partner ist mein*

besseres Selbstbewußtsein aufgefallen"), mehr *Offenheit* (2 Nennungen) *("Partnerin: Man kann mit dir reden, du bist ehrlich")*, auf die Steigerung von *Selbstwert, -sicherheit und Stabilität* (2 Nennungen) *("Freund bemerkte nach meiner ersten Therapie extreme Veränderungen bezüglich meines Selbstwertgefühls")*, sowie auf *allgemeine Veränderungen* (2 Nennungen) *("Partner sagt, ich bin ein ganz anderer Mensch")*. 5 PartnerInnen befanden die *Fähigkeit, Probleme zu lösen* als verändert *("Partner hat größere Lockerheit im Umgang mit anfallenden Problemen festgestellt", "Partner: daß es leichter ist, auftretende Probleme in Angriff zu nehmen")*, 4 äußerten sich zu *zwischenmenschlichen Belangen ("Partner: früher nicht vorhanden - hat gesagt: ich will dich heiraten", Mein Partner findet mich - und uns (als Folge) - jetzt viel gesünder als vor ein paar Jahren. Wir sprechen manchmal über diesen Prozeß.")*. Aber auch die *Steigerung des Vitalgefühls* blieb nicht unbemerkt (3 Nennungen) *("Freund bemerkte nach meiner ersten Therapie extreme Veränderungen bezüglich meiner Stimmungen und Leistungsfähigkeit")*. Je einmal wurde angemerkt, die KlientIn *schaue gut aus ("Ehemann: Du bist aufgeblüht")* oder hätte ihre *klinische Störung besser im Griff ("Partner: oftmalige Unterhaltungen über das Ergebnis der Therapie, meinen jetzigen Umgang mit Angstzuständen, meinen Erfolgen")*. Weiters gab es noch 5 Mal ein sehr *allgemein positives Feedback ("Partner haben die Entwicklung mitverfolgt und immer wieder positive Bemerkungen gemacht")*, und ebenso oft ein *allgemein negatives ("Partner: Mag dich so nicht", "Während der Gestalttherapie wurde meine wachsende Unzufriedenheit über das Ausbleiben derartiger Erfolge als neue Belastung erkannt")*. 9 Mal wurde lediglich diese *Personengruppe* genannt ohne darauf einzugehen, welche Rückmeldung von ihr gekommen ist, 2 Angaben ließen darauf schließen, daß die *PartnerIn mitlernen muß*.

Auch im Arbeitsbereich wurden seitens der **KollegInnen** Veränderungen der KlientInnen wahrgenommen und angesprochen. Auch in dieser Gruppe überwiegen Kommentare zur *Persönlichkeitsentwicklung und -veränderung* der ProbandInnen (14 Nennungen). Vor allem wird deren größere *Offenheit* bemerkt (5 Nennungen) *("Kollegen: du bist zugänglicher - offener - nicht mehr so arrogant (=zurückgezogen)")*, ihre höhere *Durchsetzungskraft und Autonomie* begrüßt (4 Nennungen) *("Kollegen: Du wirst aufmüpfig", "von Kollegin erhalte ich Achtung und Respekt", "Kollegen - Akzeptanz, berufliche Beförderung")*, aber auch *allgemeine Veränderungen* (2 Nennungen) *("Kollegen: Sie sind ganz verändert")*, mehr *Selbstwert und -sicherheit bzw. Stabilität* (2 Nennungen) *("meine damalige Chefin: ich bin selbstsicherer")* sowie mehr *Selbstbewußtsein und -vertrauen* (1 Nennung) *("laut Kollegen habe ich mehr Selbstvertrauen")*. An zweiter Stelle der kollegialen Rückmeldungen stehen solche, die auf die *Steigerung der Vitalgefühle* der Betroffenen hinweisen (6 Nennungen) *("Kollegen: Sie ist immer so gut aufgelegt", Kollegen über den Leistungserfolg")*. Eher selten kommt der Ausdruck von *Bewunderung und Anerkennung* (2 Nennungen) *("Kollegen: Kraft, Klarheit und Belastbarkeit bewundert")*, Anmerkungen zu Veränderungen im *zwischenmenschlichen Bereich* (2 Nennungen) *("Kollegen: Bin ... freundlicher, "leichter", umgänglicher, aber auch klarer und wirkungsvoller")* oder ein einfaches "*Du schaust gut aus*" (1 Nennung). 5 Mal wird ein *allgemein positives Feedback ("Kollege: Endlich bist du wieder wie früher", "Kollegen: An der Psychotherapie muß doch was dran sein")* gegeben, nur 2 Mal ein *allgemein negatives ("während der Gestalttherapie wurde meine wachsende Unzufriedenheit über das Ausbleiben derartiger Erfolge als neue Belastung erkannt")*. Einmal wurde der *Inhalt* der Rückmeldung *nicht* angeführt.
2 ***weitere Personen*** fallen in keinen einzigen der genannten Personenkreise (Nachbar, Kunde). Diese machten ebenfalls Rückmeldungen zu *Persönlichkeitsentwicklungen und -veränderungen ("Ein Kunde sagte, ich sei jetzt ruhiger", "mit dir kann man gut reden - Nachbarn").*

Sehr viele **Rückmeldungen** wurden auch gänzlich **ohne Angaben zur Person**, von der sie stammen, aufgelistet. Hier wird wieder einmal ganz deutlich, daß es vor allem *Persönlichkeitsentwicklungen und -veränderungen* sind, die den Mitmenschen der KlientInnen auffallen (47 Nennungen). Obwohl die Rückmeldungen zumeist sehr generell gehalten sind, d.h. sich eher auf *allgemeine Veränderungen* beziehen (20 Nennungen) *("meine eigene Persönlichkeit kam zum Vorschein", "Das Ganze war ein langwieriger Prozeß der Veränderung. Danach ging es stetig bergauf")*, kommen auch viele Kommentare zur *inneren Ruhe und Gelassenheit* der ProbandInnen (14 Nennungen) *("wurde ruhiger -> Rückmeldungen der anderen auch ruhiger, entspannter im Umgang mit mir", "Sei etwas ausgeglichener, falle nicht mehr so oft ins Tief")*. Seltener wird eine größere *Durchsetzungskraft und Autonomie* bemerkt (6 Nennungen) *("mehr Durchsetzungskraft - weniger Anpassung", "faktische Rückmeldung, daß ich Ziele häufiger erreiche")*, sowie mehr *Selbstvertrauen und -bewußtsein* (3 Nennungen) *("Ich habe viele Rückmeldungen in Bezug auf mein Selbstvertrauen, mein Auftreten und meine Ausstrahlung bekommen")* oder ein höheres Ausmaß an *Offenheit* (3 Nennungen) *(""Du zeigst mehr deine Gefühle")*. Außerdem wird noch ein gesteigerter *Selbstwert und* eine gesteigerte *Stabilität* angesprochen (2 Nennungen) *("Es ist so schön, zu sehen, wie fest du im Leben stehst")*. Weit abgeschlagen rangieren Rückmeldungen zur *Steigerung der Vitalgefühle* (9 Nennungen) *("positivere Lebenseinstellung, genußfähiger", "Wieder Freude an allen Dingen")*, allgemeine Äußerungen wie "*Du schaust gut aus*" (8 Nennungen) *("Ich würde besser aussehen. Nona, wenn man nicht mehr trinkt.")* sowie ein Feedback zu Veränderungen auf *zwischenmenschlichem Gebiet* (8 Nennungen) *("ging wieder unter Leute, suchte Kontakt", "Ich kenne plötzlich unvergleichlich mehr Menschen und kann das auch verkraften")*. Vereinzelt beobachten diese nicht näher definierten Personen eine gesteigerte *Fähigkeit, Probleme zu lösen* (3 Nennungen) *("Du bist fähig, zu handeln, die Probleme in Angriff zu nehmen. Du kannst auf alles zugehen und dann gehst du mittendurch!")*, wird *Bewunderung und Anerkennung* ausgesprochen (2 Nennungen) *("Ermutigung, Bestätigung, Anerkennung, Bewunderung")*, eine *Besserung klinischer Störungen* bemerkt (2 Nennungen) *("Daß ich nicht mehr trinke, ist offensichtlich, merkt jeder")*. 12 Mal geben sie ein *allgemein positives Feedback* *("allgemeine Freude über den Erfolg der Therapie und meines Gesundheitszustandes", "manche sind froh, daß ich mich besser fühle, manche freuen sich darüber")*, 6 Mal ein *allgemein negatives* *("Daß es mir schlechter geht, daß ich mich herauskämpfe", "Ablehnung des neuen Verhaltens")*. 4 *sonstige* Äußerungen konnten nicht ausgewertet werden.
Schließlich gab es noch einige Befragte, die auf die Frage nach den Rückmeldungen lediglich mit einem ***Ja***, d.h. Rückmeldungen erhalten (5 Nennungen) oder einem ***Nein***, d.h. keine Rückmeldungen erhalten (13 Nennungen) reagiert haben. 3 weitere Probandinnen antworteten mit "***ich weiß nicht***".

50% der Befragten gaben an, daß ihre (nähere) Umwelt Änderungen nach der Psychotherapie rückgemeldet hätten. Dabei sind Menschen aus dem Freundes- und Bekanntenkreis (51%) , gefolgt von der eigenen Familie (40%) (vor allem Eltern mit 11%) sowie an dritter Stelle PartnerInnen (26%) genannt. Die Art der Rückmeldungen ist fast durchgehend positiv und bezieht sich ziemlich einheitlich auf Kommentare zu Persönlichkeits- und Vitalgefühlveränderungen der Befragten.

3.2.3.18 Haben Sie während der Psychotherapie Psychopharmaka genommen? Von wem wurden diese empfohlen? (Frage 37)

Auf die Frage, von wem sie während der Psychotherapie die Einnahme von Psychopharmaka empfohlen bekommen haben, antworten rund 19% der befragten Personen (81 Nennungen).

Nicht weiter verwunderlich ist das Ergebnis, daß Psychopharmaka vor allem von **MedizinerInnen** empfohlen wurden - immerhin wurden 50 ÄrztInnen angeführt. Am häufigsten werden *ÄrztInnen ohne nähere Spezifizierung* (10 Nennungen) sowie *PsychiaterInnen* (ebenfalls 10 Nennungen) genannt. Darauf folgen 9 Mal HausärztInnen bzw. *praktische ÄrztInnen*, 8 Mal *FachärztInnen ohne nähere Spezifizierung* sowie 7 Mal *NeurologInnen*. Der Rest der Antworten erstreckt sich über *InternistInnen* (2 Nennungen), *bekannten ÄrztInnen* (2 Nennungen) *("Psychiater, Arztfreund")* sowie je einmal eine *NervenärztIn* und eine *GynäkologIn.*
Selten wurde die Empfehlung seitens eines *Krankenhauses* allein ausgesprochen (5 Nennungen).
An zweiter Stelle jener Personengruppen, die den KlientInnen die Einnahme von Psychopharmaka nahegelegt haben, stehen **PsychotherapeutInnen** (12 Nennungen) sowie einmal eine **PsychotherapeutIn, die gleichzeitig ÄrztIn** war.

Es gab aber auch die Variante, daß die Empfehlung von ***mehreren verschiedenen Personen*** ausgesprochen wurde (7 Nennungen). 4 Mal geschah dies in **Zusammenarbeit zwischen ÄrztIn und TherapeutIn** *("Praktischer Arzt in Absprache mit PsychotherapeutIn", "Vom Therapeuten empfohlen. Psychiater verschrieben")*, 3 weitere Male in *anderen Kombinationen ohne Mitwirkung der PsychotherapeutIn ("Neurologin und Empfehlung bei Kuraufenthalt - Kurärztin", "Spital, praktischer Hausarzt")*.
Ansonsten wurde die **Eigeninitiative** (mit oder ohne Zusammenarbeit mit Arzt) betont (2 Nennungen) *("von mir", "Arzt und mir")* sowie eine ***ApothekerIn*** erwähnt (1 Nennung).
2 Mal wird **Kritik an der Verschreibung von Psychopharmaka** geübt *("Immer abgelehnt", "Neurologen - waren verantwortungslos")*.

Auf die Frage, von wem sie während der Therapie die Einnahme von Psychopharmaka empfohlen bekommen hätten, antworten 19% der Gesamtstichprobe. Dabei rangieren ÄrztInnen bzw. HausärztInnen mit 25% der Nennungen und 22% PsychiaterInnen und NeurologInnen. In 16 % der Fälle empfehlen die PsychotherapeutInnen eine medikamentöse Unterstützung, 4 weitere Nennungen beziehen sich ausdrücklich auf die Zusammenarbeit zwischen PsychotherapeutIn und FachärztIn bei der Frage der Psychopharmakaverordnung.

3.2.3.19 Haben Sie nach der Therapie Psychopharmaka genommen? Wenn ja, wie lange? (Frage 38) Nehmen Sie zur Zeit Psychopharmaka? (Frage 39)

Nur rund **11%** aller befragten KlientInnen (47 Nennungen) geben an, nach der Gestalttherapie Psychopharmaka genommen zu haben. Dabei lassen sich zwei in etwa gleich große Gruppen unterscheiden: Jene, die mittlerweile schon ohne Psychopharmaka leben (25 Nennungen), und jene, die immer noch solche Medikamente einnehmen (21 Nennungen).
Die Dauer der Medikamenteneinnahme innerhalb der Gruppe derer, die **keine Psychopharmaka mehr** nehmen, variiert ein wenig. Am häufigsten wird angegeben, daß die Medikamenteneinnahme *bis zu einem halben Jahr* nach Abschluß der Gestalttherapie angedauert hat (11 Nennungen), wobei die Spannungsbreite sich von 2 Tagen bis zu 6

Monaten erstreckt. An zweiter Stelle stehen jene Personen, die ihre Psychopharmaka *zwischen einem halben und einem ganzen Jahr* nach Therapieende eingenommen haben (8 Nennungen). Nur 3 KlientInnen führen an, die Medikamente *länger als ein Jahr* gebraucht zu haben, genauer gesagt zwischen 2 und 5 Jahren. Die restlichen Angaben sind eher subjektiv gehalten und beinhalten entweder *ungenaue Zeitangaben* (2 Nennungen) *("bis vor 3 Monaten")* oder eine *Kritik an der Medikamenteneinnahme* (1 Nennung) *("zu lange").*
Die Gruppe derer, die **noch immer Psychopharmaka** einnimmt, kann natürlich keine abschließenden Angaben zur Länge der Medikamenteneinnahme geben. Daher beschränken sich ihre Antworten in erster Linie auf ein simples *noch immer*, wobei meist nicht klar ist, wie lange die Therapie schon beendet ist (16 Nennungen). Die restlichen Äußerungen weisen darauf hin, daß die ProbandInnen die Medikamente zwar noch immer, aber *selten* einnehmen (3 Nennungen) bzw. dies *in bestimmten Phasen* wie etwa während Depressionen oder den Winter hindurch zu sich nehmen (2 Nennungen).

Von den 11% der Gesamtstichprobe, die angeben, noch nach der Psychotherapie Psychopharmaka eingenommen zu haben, hat der überwiegende Teil der Antwortenden, 53%, diesen Konsum im Jahr nach der Beendigung der Psychotherapie eingestellt. 45% der Antwortenden nehmen (wenn auch zum Teil nicht permanent) weiter Medikamente.

3.2.3.20 Hat sich durch die Therapie in Ihrem Leben Ihrer Meinung nach etwas verändert? - Wenn ja: Was hat sich durch die Therapie verändert? (Frage 40)

372 der befragten Personen, also 86% der Gesamtstichprobe antworten, es hätte sich durch die Gestalttherapie etwas in ihrem Leben verändert.
Dabei stehen weit abgeschlagen auf Platz eins aller angeführten Veränderungen **Persönlichkeitsentwicklungen und -veränderungen** (298 Nennungen). Diese machen sich vor allem in folgenden Bereichen bemerkbar: In der *Selbsterkenntnis, Reflexion und Klarheit* der KlientInnen (71 Nennungen) *("sehe meine Stärken und Schwächen", "ich bin klar", "viel erkannt ... klare Auffassung ... Durchschauen")* und der Aufbau von *Durchsetzungsstrategien und Abgrenzung* (63 Nennungen) *("kann "nein" sagen, Prioritäten setzen", "ich habe gelernt, mich wichtig zu nehmen", "ich handle selbstbestimmter").* Etwas weniger stark ausgeprägt waren Veränderungen im Bereich von *Selbstbewußtsein und -vertrauen* (34 Nennungen) *("gestärktes Selbstbewußtsein", "zurückgewonnenes Selbstvertrauen"),* *innere Ruhe und Ausgeglichenheit* (27 Nennungen) *("bin ruhiger, gelassener geworden", "mein seelisches Gleichgewicht habe ich wiedergefunden"),* Steigerungen in *Selbstwert, -sicherheit und Stabilität* (26 Nennungen) *("mehr Selbstrespekt", "habe wieder guten Selbstwert", "ich wurde noch stabiler - fast immer im Lot"),* ein *besserer Umgang mit sich selbst* (21 Nennungen) *("meine Beziehung zu mir", "ich schaue besser auf mich", "freundlicherer Umgang mit mir selber")* sowie der Aufbau von *Akzeptanz* (20 Nennungen) *("kann mich besser akzeptieren wie ich bin", "Ich habe mich durch die Krankheit verändert. Durch die Therapie versuche ich, sie anzunehmen").* Seltener wurde eine *allgemeine persönliche Weiterentwicklung* (12 Nennungen) *("entwickle mich - so gut ich kann - weiter", "die positiven Eigenschaften weiter verstärkt"),* eine Zunahme von *Glück und Zufriedenheit* (11 Nennungen) *("höhere Lebenszufriedenheit", "alles - besonders mein eigenes Glück"),* die Entwicklung von *Stärke* (8 Nennungen) *("innere Stärkung", "bin belastbar"),* sowie der *Abbau von Schuldgefühlen* (5 Nennungen) *("ich habe aufgehört, ständig die Schuld (vor allem bei mir) zu suchen", "ich habe mir viel verziehen")* genannt.

Auf Rang zwei der Häufigkeiten der Nennungen stehen Veränderungen auf der **Beziehungsebene** (159 Nennungen). Diese fanden vor allem im *partnerschaftlichen Bereich* statt (62 Nennungen)., wobei es sich größtenteils um die Lösung *allgemeiner Partnerschaftsprobleme* handelt (47 Nennungen) *("neue befriedigende Partnerschaft", "Einstellung zu Partnerschaft bzw. Partnerwahl")*, aber auch um *Trennung und Scheidung* (15 Nennungen) *("erste positive Trennung von meinem Partner", "Scheidung von meinem Mann -> Freiheit, Freude!")*. Des weiteren werden die *Verbesserungen im sozialen Umfeld* genannt (46 Nennungen) *("meine Beziehung zu meiner Umwelt", "kann besser als vorher mit Leuten umgehen")*. Schließlich wurden noch *Verbesserungen im familiären Beziehungen* angeführt (30 Nennungen), die sich folgendermaßen unterscheiden lassen: Der Großteil betrifft die *Eltern* der KlientInnen (14 Nennungen) *("bessere Beziehung zu Eltern", "mehr Distanz zu Eltern")*, ein weiterer Teil *allgemeine Familienprobleme* (9 Nennungen) *("meine Sicht familiärer Zusammenhänge", "anderer Umgang mit Verwandten")*, des weiteren die *Kinder* (5 Nennungen) *("mehr Sicherheit im Umgang mit dem behinderten Kind", "mein Umgang mit meiner Tochter")* sowie die *Geschwister* (2 Nennungen) *("intensiveres Zusammensein und Zusammenhalten mit meinen Brüdern")*. 9 ProbandInnen haben zu mehr *Offenheit und Kontaktfähigkeit* gefunden *("Kontakte herzustellen wurde leichter", "bin offener geworden")*, 7 zu mehr *Konfliktbereitschaft* *("Auseinandersetzung wird zugelassen", "kann mit Konflikten besser umgehen")*. 5 Personen konnten ihre *sexuellen Probleme* lösen *("sexuelle Zufriedenheit", "neues eigenständiges sexuelles Begehren")*.

An dritter Stelle der Häufigkeiten kommen **Veränderungen der Vitalgefühle** (108 Nennungen) auf folgenden 3 Ebenen: auf der emotional-affektiven Ebene von *Lebenslust und -qualität* (65 Nennungen) *("Lebensqualität", "Lebensfreude", "Lebenseinstellung")*, auf der Verhaltensebene im Sinne von *Neubeginn, Lebenssinn und Energien finden* (35 Nennungen) *("ich konnte durch die Therapie geduldig in ein neues positives Leben gehen", "ich bin wieder in Bewegung")* sowie auf der kognitiven Ebene des *positiv Denkens* (7 Nennungen) *("nach jedem Tief ein Hoch kommt", "ich kann an mir viel Positives sehen")* sowie eine Verbesserung bezüglich der *Antriebsstörungen* (1 Nennung) *("Problemlösungsstrategien für Antriebsschwäche")*.

Der nächste wichtige Bereich ist jener der explizit auf klinische Symptomatiken eingeht (60 Nennungen): 34 Mal wurde dabei angegeben, daß eine **Heilung klinischer Störungen** stattgefunden hat. Diese gab es vor allem bei *Ängsten* (15 Nennungen), wobei es eher *unspezifische Ängste* waren (9 Nennungen) *("keine Angst mehr", "Allein ohne ständige Angst kann ich besser leben")*, aber auch *spezifische* (5 Nennungen) *("viel weniger Angst vor Menschen", "keine Zukunftsängste mehr")* sowie *Panikattacken* (1 Nennung) *("die Panik abgelegt")*. Ferner wurden *Depressionen* geheilt oder gelindert (9 Nennungen) *("beinahe nie mehr depressiv", "keine Depression")* und *Suchtprobleme* verringert (7 Nennungen) *("konsumiere keine Drogen", "keine Spannungen bei Alkohol")*. Ansonsten wurden nur *Suizid- und Selbstzerstörungstendenzen* gemildert (2 Nennungen) *("bin nicht mehr suizidgefährdet")* und *Eßstörungen* behoben (1 Nennung) *("wurde bewußter schlank")*. 16 Personen stellten eine **Heilung oder Linderung körperlicher Probleme und Störungen** fest *("keine Neurodermitis-Symptome mehr", "habe nur noch sehr selten und eher leichte Migräne")*. 10 Mal kam es zu nicht näher bezeichneten **allgemeinen Verbesserungen** *("deutliche Besserung")*.

38 Personen geben an, einen besseren Umgang mit Problemen gewonnen zu haben bzw. **Problemlösungen und Bewältigungsstrategien** gefunden zu haben *("Alltagsprobleme erledige ich leichter", "Habe gelernt, mit Problemen umzugehen", "komme öfters zu Lösungen")*.

Weitere 30 Aussagen betrafen das **therapeutische Setting**. Es ging hierbei um *Hilfe, Rat und Unterstützung* (9 Nennungen) *("akute Hilfe bei der Bewältigung eines speziellen Problems", "Wissen, daß Unterstützung in schwieriger Lebenslage möglich ist")*, *Allgemeines* (7 Nennungen) *("es ist für mich unvorstellbar, wie mein Leben ohne jegliche Therapieerfahrug aussehen würde")*, um Positives und Negatives zur *Person der TherapeutIn* (4 Nennungen) *("eine ablehnende Haltung gegenüber Therapeuten hat sich entwickelt", "ja - hurra - mein Therapeut hat doch etwas getan - er hat mir einige Eigenschaften in mir gezeigt, die mir geholfen haben, mich wieder zu lieben")*, um eine *positive Sicht der Therapie* (4 Nennungen) *("ich bin positiv überrascht von der Therapie", "ich habe einen positiven Eindruck von Psychotherapie")*, um das Gefühl, *selbst mehr getan zu haben als die Therapie* (3 Nennungen) *("Diese Therapie war der Anstoß, mein Leben zu verändern, aber der entschiedene Schritt geschah erst viele Zeit später - durch andere Aspekte, die eigentlich nichts mit der Therapie zu tun haben")*, um die *Gestalttherapie an sich*, (2 Nennungen) *("Die Partnerschaft hat sich sehr positiv entwickelt, ich weiß nicht, ob wegen der Paartherapie oder der Gestalttherapie")* sowie um die *Integration des Gelernten in den Alltag* (1 Nennung) *("ich denke öfters an die Ziele, die damals besprochen wurden - werde ich sie jemals realisieren?")*.

19 KlientInnen erlebten die Veränderung vor allem auf dem Gebiet von **Beruf und Ausbildung** *("Berufswechsel", "ein zweiter Beruf hat sich entwickelt")*.
Ebenso oft fand eine **Lösung emotionaler Blockaden** bzw. ein anderer Umgang mit Gefühlen statt (19 Nennungen) *("ich stelle mich meinen Gefühlen", "Ich achte auf meine Gefühle, horche auf die innere Stimme")*.
15 Mal kam es durch die Therapie zu **Verhaltensänderungen** *("neue Muster ausprobiert", "Verhalten anderen gegenüber")*. Aber auch die **Vergangenheitsaufarbeitung** wurde durch die Therapie begünstigt (9 Nennungen) *("Probleme der Vergangenheit bewältigt", "konnte meine Kindheit gut aufarbeiten")*.
Zur **Ursachenerforschung ihrer Problematik** äußerten sich lediglich 7 Personen *("komme heute viel schneller den Ursachen für Verhalten oder Befindlichkeit auf den Grund", "es wurde mir teilweise bewußt, warum ich so oder so reagiere")*.
Ansonsten wurden noch Veränderungen in folgenden Bereichen angeführt: im Umgang mit eventuellen **Rückfällen** (6 Nennungen) *("weiß, wo ich hingehe, wenn ich einen Rückfall habe", "Ich sacke nicht mehr so tief ab und weiß, daß es wieder vorbeigeht")*, **Wohnsituation** (4 Nennungen) *("Wohnsitzwechsel")*, sowie **Verbesserung der Kommunikation** (3 Nennungen) *("Das viele Ausreden habe ich gelernt")*
4 Personen gaben an, **kaum bis gar keine Veränderungen** erlebt zu haben *("nicht viel im nachhinein gesehen")*, 9 weitere konnten *nicht zugeordnet* werden.

Auf die Frage nach Veränderungen, die in ihrem Leben durch die Psychotherapie Platz gegriffen hätten, antworten 86% der Gesamtstichprobe: Dabei stehen mit 80% der Antwortenden solche von Änderungen der eigenen Person im Vordergrund (Klarheit, Durchsetzung, Selbstvertrauen und Selbstwert etc. wurden gewonnen), gefolgt von 43%, die Verbesserungen im sozialen, hauptsächlich in partnerschaftlichen Beziehungen konstatieren. 29% haben neue Energien und Lebenslust. 16% stellen eine Verbesserung ihrer vorigen klinischen Symptomatik fest. 9% der Antwortenden erfahren dabei die Heilung von einer klinisch-psychiatrischen Störung, 4% eines körperlichen Leidens. 5% erfuhren eine berufliche Verbesserung, die sie auf die therapeutische Behandlung zurückführten, ebensoviele geben an, jetzt mit ihren Gefühlen besser umgehen zu können.

8% machen allgemein positive Äußerungen über ihre Therapie, ohne auf konkrete Änderungen einzugehen.

3.2.3.21 Wenn nein: Warum glauben Sie, hat die Psychotherapie nicht gewirkt, hat sich nichts verändert? (Frage 40)

64 KlientInnen vertreten in der Beantwortung dieser Frage die Meinung, daß die Gestalttherapie ihnen nicht geholfen hat, das sind ca. **15%** der Gesamtheit aller befragten Personen.

Therapieinterne Gründe werden dabei folgende als Ursachen gesehen (33 Nennungen): An erster Stelle der Häufigkeiten steht dabei Kritik an der *Person des/der TherapeutIn* (8 Nennungen) *("... im Gegensatz zur später absolvierten Familientherapie ist nie ein wirkliches Vertrauensverhältnis entstanden, da mir viele ihrer Aussagen "technisch", weit entfernt von meiner Wahrnehmung und Lebenswirklichkeit so pauschal erschienen"* oder *"Ich hatte bei der gewählten Therapeutin den Eindruck, ich könnte sie "um den Finger wickeln". "Die Antworten, die ich bei ihr gefunden habe, habe ich mir auch vorher schon geben können. "Ich hatte das Gefühl, sie läßt zu, daß ich uns beide "gekonnt austrickse".),* dazu gehört auch die mangelnd erlebte *Unterstützung* (2 Nennungen) *("in Akutphase keine Hilfestellung erhalten").* Fast ebensooft wird die fehlende *Integration des Therapieinhaltes in das Alltagsleben* (7 Nennungen) beklagt *("Im Alltag bleibt alles gleich"* oder *"daher Herüberretten der Ergebnisse ins reale Leben schwierig"),* weiters die mangelnde *Tiefe der Problembearbeitung* (6 Nennungen) *("redete ich über meine Probleme, so konnten sie nur oberflächlich, grob und kurz behandelt werden (obwohl man sich in dem Moment Zeit und Aufmerksamkeit nahm"),* diverse *Therapietechniken und -methoden* (5 Nennungen) *("es wurden zu wenige dynamische Techniken eingesetzt, wo man aufgefordert wurde, über sich zu reflektieren")* sowie Kritik an der *Gestalttherpie an sich* (1 Nennung) *("Gestalttherapie ist in meinem Fall kein taugliches Mittel zur Alkoholabstinenz").* Ebenso Probleme mit der *Gruppentherapie* (2 Nennungen) *("Therapie war für mich ineffektiv, da die Gruppe zu groß war, so daß ich sehr selten Gelegenheit hatte, über meine Probleme zu sprechen"),* die Bevorzugung *anderer Therapieschulen* (2 Nennungen) *("eventuell wäre zusätzlich noch eine Gruppentherapie und/oder Körpertherapie hilfreich gewesen")* werden angeführt.
Ein nächster Faktor (8 Nennungen) der die **Effizienzfrage** aufwirft und nicht klar therapieintern bzw. -extern zuzuordnen ist, sind Rückmeldungen bezüglich der *Therapielänge* (5 Nennungen) *("zu kurz"* oder *"Behandlung müßte (...) über längeren Zeitraum erfolgen (nach Arbeitslosigkeit geringer Verdienst)"*) und in diesem Zusammenhang auch zu hohe *Therpiekosten* (2 Nennungen) *("aus Kostengründen nicht realisierbar")* werden als Ursachen für eine mangelnde Zielerreichung durch die Psychotherapie gesehen. Eine Befragte führt den Mißerfolg in der Therapie auf den vorzeitigen *Abbruch der Gestalttherapie* zurück. Hier stellt sich die Frage, ob die Angaben den Schluß zulassen, bei längerer Dauer (durch niedrigere finanzielle Belastung ermöglicht) wären lebensweltliche Veränderungen erfolgt.
6 Mal wird einfach nochmals angegeben, daß die Psychotherapie **keine Heilung oder Besserung** mit sich gebracht hat *("meine sexuellen Störungen sind nicht heilbar"* oder *"keine Veränderung meines Wohlbefindens"),* wobei auf die (vermuteten) Gründe dafür nicht näher eingegangen wird bzw. 4 ProbandInnen bedauern, daß die Psychotherapie insgesamt **kaum Wirkung** gezeigt hat *("es hat sich wenig geändert, die Höhen und Tiefen sind flacher geworden").*
4 KlientInnen äußern **Eigenverantwortung** für das Scheitern und geben sich dabei selbst aus verschiedenen Gründen die Schuld *("ich hätte mehr Feedback an meine Therapeutin geben müssen, mich stärker gegen die gutgemeinten Ratschläge wehren, sicherer ihr gegenüber*

auftreten, Wünsche, Forderungen äußern..."), 4 andere KlientInnen suchen das **Verschulden therapieextern** in anderen Personen oder in ihrer sozialen Umwelt *("wenig Bereitschaft meines Partners, sich in diese Therapie zu investieren"* oder "*Schwachstellen sind psychologische Versorgung und Tabu, das über der Psychotherapie liegt. Erstkontakte sind nicht selbstverständlich. Psychohygiene wird oft gleichgesetzt mit Psychogewäsch").*
2 Aussagen konnten nicht ausgewertet werden.

Bei jenen 15% der Befragten, die hier angeben, daß die Therapie nicht gewirkt, sehen die Hälfte die Ursache dafür im Therapeutischen Setting oder Prozeß, davon etwa je ein Viertel in der Person des/der TherapeutIn, der Schwierigkeit der Integration des Erkannten ins Alltagsleben. Auch Probleme mit Techniken und der Methode an sich machen ein Viertel der therapiekritischen Nennungen aus. Ebensooft wird die Frage nach Therapiedauer und -kosten im Zusammenhang mit der mangelnden Veränderung genannt. 6 Personen sehen in ihrem eigenen Verhalten, weitere 4 im Verhalten anderer Menschen den Grund für den mangelnden psychotherapeutischen Erfolg.

3.2.3.22 Wodurch glauben Sie, wurde die Veränderung bewirkt, was hat in der Therapie gewirkt? Erinnern Sie sich an hilfreiche Elemente im Therapieprozeß? (Frage 42)

343 KlientInnen, d.h. **79%** aller befragten Personen gaben Auskunft darüber, wie die Therapie ihrer Meinung nach gewikt hat und nennen hilfreiche Elemente im Therapieprozeß.

Am allermeisten rechnen die Befragten die Veränderungen in der Therapie den **Fähigkeiten und Eigenschaften der TherapeutIn** an (223 Nennungen). In erster Linie zählen dazu <u>allgemeine therapeutische Elemente und Haltungen</u> (34 Nennungen) *("Veränderung, vorsichtige und behutsame Begleitung durch den Therapeuten", "Klärende und supportive Haltung")*, <u>Verständnis</u> (21 Nennungen) *("das Gefühl, verstanden zu werden", "jemand war da, der Verständnis zeigte, mich in den Arm nahm")* und <u>Vertrauen</u> (18 Nennungen) *("Vertrauen zu/in meine Therapeutin", "wichtigstes Element war das vorhandene Vertrauen")*. Weiters wudren die Fähigkeit des <u>Zuhörens</u> (16 Nennungen) *("Ihr Zuhören", "aktives Zuhören der Therapeutin, Interesse und positive Zuwendung stärken das Ego")*, <u>Empathie und Einfühlsamkeit</u> (16 Nennungen) *("Empathie .. Auf-mich-eingehen", "das einfühlsame Verständnis")*, die Fähigkeit der richtigen <u>Gesprächsführung</u> sowie das Stellen der richtigen Fragen (15 Nennungen) *("durch die tolle Gesprächsführung", "durch gezielte Fragestellungen")*, <u>Hilfe und Unterstützung</u> (14 Nennungen) *("eine gewisse weibliche Unterstützung ohne konkurenziellen Druck", "Hilfestellungen")*, <u>Wärme, Freundlichkeit und Geborgenheit</u> (13 Nennungen) *("Die Wärme, die ich vom Therapeuten bekam, war sehr wichtig und das Gefühl von aufgehoben zu sein", "Ruhe und Freundlichkeit des Therapeuten", "Geborgenheit")*, <u>Wissen und Kompetenz</u> der TherapeutIn (11 Nennungen) *("durch die fachlich-kompetente Art", "der Therapeutin ihr umfassendes Wissen")* sowie diverse <u>Tips und Ratschläge</u> (10 Nennungen) als positive Elemente aufgelistet *("praktische Tips von Therapeutin", "hilfreiche Ratschläge!")*. Schließlich kamen noch Äußerungen über die <u>Persönlichkeit</u> der TherapeutIn (9 Nennungen) *("Vorbild des Therapeuten als Mensch", "ausgeglichene Persönlichkeit des Therapeuten")*, die <u>positive Beziehung zur TherapeutIn</u> (9 Nennungen) *("wichtigstes Element war die Sympathie zum Therapeuten, aber auch in die umgekehrte Richtung", "gute Beziehung")*, ihre Fähigkeit zu <u>Analysieren</u> und zu hinterfragen (8 Nennungen) *("meine Therapeutin hat meinen Selbstbetrug aufgedeckt", "Reflexionen und Hinweise bzw. Deutungen der Therapeuten")*, <u>Echtheit, Wertschätzung und Kongruenz</u> (5 Nennungen) *("Wertschätzung, Echtheit des Therapeuten")*, <u>Geduld</u> (5 Nennungen) *("die Therapeutin konnte geduldig meinen verworrenen Geschichten folgen")*, <u>Ernstgenommen</u> zu

werden (5 Nennungen) *("ich fühlte mich ernstgenommen so wie ich bin")*, *aufgebaut* zu werden (5 Nennungen) *("Mein Therapeut hat mich immer sehr aufgebaut")*, die *Neutralität* der TherapeutIn (3 Nennungen) *("einer neutralen Person erzählen zu können")*, ihre *Provokationen* (3 Nennungen) *("Totale Provokation des Therapeuten und habe mich endlich gewehrt")* sowie ihre *Motivation* (3 Nennungen) *("die Motivation von außen (Therapeutin), zu mir was zu tun")* angeführt.

An zweiter Stelle der Häufigkeit stehen **integrativ-gestalttherapeutische Methoden und kreative Medien** (176 Nenungen). Hier ist es vor allem das sogenannte *Rollenspiel*, von dem anzunehmen ist, daß hierbei die Methode des Arbeitens mit dem leeren Stuhl gemeint ist, das den KlientInnen sehr geholfen hat (43 Nennungen) *("durch Rollenspiel habe ich mich viel besser kennengelernt", "Darstellung von Problemen in kleinen Szenen")*. Aber auch *bildhafte Darstellungen wie Zeichnen und Malen* erfüllten ihren Zweck (30 Nennungen) *("die großen Plakataufzeichnungen waren mir eine Hilfe", "hilfreich waren Bilder malen")*. Weiters wurde dann explizit auch als Methode der *leere Stuhl* genannt (13 Nennungen) *("Kontakt mit Personen aus der Kindheit mittels leerem Stuhl", "Sesselarbeit")*. Ebenfalls förderlich war es für einige Personen mit Texten zu arbeiten und zu *schreiben* (12 Nennungen) *("Schreiben (besonders Märchen)", "Durch das Schreiben konnte ich meinem Therapeuten Sachen mitteilen, die ich mir zuerst nicht sagen traute")*. Ansonsten wurden noch genannt: *allgemeine kreative Methoden* (5 Nennungen) *("kreative Formen", "kreative Elemente")*, *modellieren mit Ton* (5 Nennungen) *("Tonarbeiten", "mit Ton modellieren")*, der Einsatz von *nonverbalen Medien und Symbolen* (4 Nennungen) *("Suche nach Symbolen für meinen Zustand", "nonverbale Arbeit")* sowie *Experimentsätze* (1 Nennung).
Nicht ganz klar ist, ob die folgenden Kategorien als spezifisch gestaltische Methoden erkannt wurden. Der recht häufig genannte **Perspektivenwechsel**, sich in **andere Sichtweisen** hineinversetzen, ist ebenfalls eine Folge der Arbeit mit dem leeren Stuhl und wird im Rahmen einer Hot-seat Arbeit stattfinden, wurde aber nicht explizit als diese gestalttherapeutischen Methoden benannt. (27 Nennungen) *("Dinge einmal aus der Sicht der anderen sehen", "mich in andere hineinversetzen"* oder*"das "Hereinholen" von Verwandten")*.
Auch **leibtherapeutische Interventionen** fanden einigen Anklang (25 Nennungen). Aus den Zitaten läßt sich auch bei dieser Kategorie, obwohl von den KlientInnen nicht als solche benannt, auf spezifisch integrativ-gestalttherapeutische Interventionen schließen *("Am Beginn der Stunde: das Atmen, den Körper spüren wie es mir jetzt geht", "leibtherapeutisch orientierte Arbeit")*.
Es wurden auch **allgemein gestalttherapeutische Methoden** angeführt ohne nähere Angaben, um welche es sich handeln könnte (11 Nennungen) *("gestalttherapeutische* Elemente", "mag die "Gestalt" als Methode sehr").

An dritter Stelle der Häufigkeiten folgen **allgemeine therapeutische Haltungen und persönlichkeitsfördernde Maßnahmen** (unspezifische Wirkfaktoren) im Rahmen der Gestalttherapie (112 Nennungen). Diese zielten auf folgende Bereiche ab: *Selbstreflexion* (30 Nennungen) *("durch Einblick in mich selbst", "Selbstfindung")*, *Akzeptanz* durch sich und durch andere (25 Nennungen) *("das Gefühl, angenommen zu werden", "Gefühl von Akzeptanz")*, Entwicklung von *Durchsetzungsstrategien* (15 Nennungen) *("meine Autonomie wurde herausgefordert", "Auseinandersetzungen mit dem eigenen Selbst. Was w i l l ich wirklich?")*, die Förderung von *Selbstvertrauen, -bewußtsein, -wert, -sicherheit und Stabilität* (13 Nennungen) *("u.a. die Aufmöbelung meines Selbstwertgefühls", "Hinweise zu mehr Selbstbewußtsein")*, diverse *Ermutigungen* (9 Nennungen) *("Mut zugesprochen", "Der Therapeut zeigte mir gewisse Dinge, die mir auch Mut gaben")* sowie *allgemeine Persönlichkeitsentwicklungen und -veränderungen* (9 Nennungen) *("jemand war da, der mir zeigte, wo mein Persönlichkeitsraum anfängt", "Loch in der Seele flicken")*. Auch die

Bewußtmachung von Problemen gehörte zu den aufgezählten hilfreichen Elementen (7 Nennungen) *("Bewußtmachen der Prozesse, die in mir abliefen", "viele Dinge begriffen, die früher unbewußt waren").* Schließlich fanden noch *ganzheitliches Arbeiten* (2 Nennungen) *("eine ganzheitliche körperliche und seelische Arbeit")* sowie die Vermittlung des Gefühls, *normal zu sein* (2 Nennungen) *("Bestätigung, daß ich normal bin, daß meine Wahrnehmungen nicht falsch sind")* unter der Kategorie der allgemeinen therapeutischen Förderung Erwähnung.
Ebenfalls als wichtiges allgemeines Therapie-Element werden etwas vage **Gespräche** bezeichnet. (53 Nennungen) *("die Einzel- und Gruppengespräche", "das Miteinander-sprechen mit meiner Therapeutin").*
Besonders erwähnte Methoden und Techniken, die aber zu allgemein beschrieben wurden, als daß sie einer speziellen Methode zuzuordnen wären waren für einige Personen die **Traumarbeit** innerhalb der Therapie (8 Nennungen) *("Eingehen der Therapeutin auf meine Träume", "Traumdeutung wichtiger Lebensträume").*
Ebenso wurden **Meditations- und Entspannungsübungen** genannt (7 Nennungen) *("meditative Elemente", "Entspannungstherapie"),* **Hausübungen** gelobt (5 Nennungen) *("Hausaufgaben", "Zeichnungen als Hausübung").*
Mehrmals wurden **Familienaufstellungen** (als der systemischen Therapie zuzuordnende Methode) als besonders hilfreich genannt. (4 Nennungen) *("Systemische Arbeit zum Thema Familie", "Familienaufstellung").*

Ein weiteres wesentlich erfolgsförderndes Element war für eine Anzahl KlientInnen die gezielte **Auseinandersetzung mit Emotionen**. (60 Nennungen). Neben dem Nennen einer ganz *allgemeinen Auseinandersetzung* mit Gefühlen (21 Nennungen) *("Ansprechen der Gefühle", "Bewußtmachen der eigenen Gefühle"),* gab es auch viele ProbandInnen, die es förderlich empfanden, ihre Gefühle zeigen zu können und etwa einfach zu *weinen dürfen* (15 Nennungen) *("es war Zeit genug, zu weinen", "weinen dürfen - nicht immer stark sein müssen"),* einen anderen *Umgang mit Angst* zu gewinnen (7 Nennungen) *("Zulassen von meiner Angst", "das Aussprechen von Gefühlen wie Angst"),* einen anderen *Umgang mit Aggression* (7 Nennungen) *("ich konnte Dampf ablassen", "meine Wut endlich herausschreien können"),* sowie einen anderen *Umgang mit Schmerzerfahrungen und Depressionen* (6 Nennungen) *("Schmerzen zulassen", "Depression wichtig").* Weiters wurde der *Umgang mit Einsamkeit* (2 Nennungen) *("sich nicht alleine zu fühlen - gemeinsames Durchleben")* sowie *Lachen* (2 Nennungen) *("gemeinsames Lachen")* erwähnt.

Ein wahrgenommener Veränderungsfaktor war das Setting der **Gruppenbehandlung** (24 Nennungen) *("Konfrontation in der Gruppe", "Bewußmachen von der Wirkung meines Verhaltens in der Gruppe").* Des weiteren half das **Feedback** durch andere, sei es das der TherapeutIn oder das der Gruppe (9 Nennungen) *("Rückmeldungen von anderen kriegen", "die Gruppe als Spiegel").*

Weiters wurde die **Bewältigung der eigenen Vergangenheit** als hilfreiches Element erlebt (16 Nennungen) *("zusätzlich: zurückgehen zur Kindheitsgeschichte", "Fragen des Therapeuten, wodurch langsam meine Vergangenheit aufbrach").* Ferner wurden ebenso verschiedene gegenwärtige Aspekte und Elemente von **Familie, Beziehung und Partnerschaft** bearbeitet (10 Nennungen) *("Hilfe beim Erkennen von Beziehungen").*

Für eine kleinere Gruppe von Antwortenden lag der hilfreiche Hauptaspekt in der gezielten **Problembearbeitung** (14 Nennungen) *("Strukturierung der Probleme", "Hilfe beim Erkennen der Probleme", "Krisenmanagement")* und in der **Veränderungen und Eröffnung**

neuer Möglichkeiten (14 Nennungen) *("grundlegende Veränderung", "Eröffnen von Möglichkeiten, die mir unbekannt waren")* als hilfreiche unspezifische Therapieelemente.

Einige KlientInnen geben auch an, sie hätten vor allem **sich selbst geholfen**, also eigenverantwortlich agiert (10 Nennungen) *("daß mir nichts vorgesetzt wurde, sondern der Therapeut gewartet hat, bis etwas von mir kam", "arbeitete selbst aktiv an meiner Veränderung").*
Weiters wurden Elemente des **Settings** (8 Nennungen) dabei der Zeitaspekt dezidiert angesprochen (6 Nennungen) *("Zeitfaktor (immer 2 Einheiten hintereinander), dadurch tiefergehend").*

8 KlientInnen äußerten in diesem Zusammenhang **Kritik an der Therapie** *("Rollenspiele habe ich gehaßt", "Veränderungen erlebte ich als sehr langsam, schleppend", "Langsam. Entscheidend: Feststellung bei einer Rückblende: Mir kommt vor, ich bin gleich weit wie beim Beginn der Therapie")*, 3 ***verneinten*** jedwede Anwesenheit von hilfreichen Elementen in der Therapie *("nein")*, 5 weitere gaben an , es ***nicht zu wissen***.
14 sonstige Aussagen konnten nicht ausgewertet werden.

An erster Stelle der von den KlientInnen als hilfreich empfundenen Elementen im Therapieprozeß geben mit 65% aller Antwortenden Eigenschaften und Fähigkeiten des/der TherapeutIn an. Nennungen zu deren Einfühlsamkeit, Wärme, Geduld, Hilfe, Empathie, Geduld, des Vertrauens in deren Kompetenz und Wissen etc. finden sich in den Fragebögen.
Die zweite hoch ladende Kategorie (51% aller Antwortenden) auf diese Frage ist diejenige der integrativ-gestalttherapeutischen Methoden und Techniken mit Beispielen von Rollenspiel und Hot Seat (16% aller Antwortenden) oder kreativen Medien wie Zeichnen (15%) sowie Awareness-Übungen. An dritter Häufigkeitsstelle (33%) der Wirkfaktoren reihen die Befragten allgemeine unspezifische therapeutische Haltungen und Methoden wie Akzeptanz, Ermutigung, Selbstreflexions- und Selbstwertförderung etc. 15% führen dabei auch einfach "Gespräche" an. Als nächstgrößte Kategorie zeigt sich mit 17% die Dimension der gezielten Auseinandersetzung mit Emotionen, vor allem das Zulassen unbequemer Gefühle wie Angst oder Wut wird genannt. 10% erwähnen positive Gruppenerfahrungen, mit je 4-5% Nennungen allgemeine Beschreibungen wie Auseinandersetzung mit der eigenen Vergangenheit, mit Familienbeziehungen, Problembewältigung etc.. Etwa 3% stellen fest, daß eine Änderung hauptsächlich durch ihr eigenes Zutun eingetreten sei, 3% äußern sich generell kritisch zur Gestalttherapie.
Aus diesen Antworten geht hervor, daß in Übereinstimmung mit anderen Untersuchungen der positive Rapport zum/r TherapeutIn das wesentlichste Veränderungsagens der Psychotherapie ist. Methoden und Techniken folgen an zweiter Stelle, wobei sich hier doch eine hohe Wahrnehmung und Unterscheidung einzelner integrativer-gestalttherapeutischer noch vor allgemeiner, nicht schulenspezifischer Methoden und Haltungen abzeichnet.

3.2.3.23. Was gab es Hilfreiches außerhalb der Therapie, andere Faktoren in Ihrer Umwelt, die Veränderung bewirkten? (Frage 43)

322 aller befragten Personen, also rund drei Viertel, gaben Auskunft darüber, ob und welche hilfreichen Faktoren sie außerhalb der Therapie in ihrem sozialen Umfeld erlebt haben.

Die mit überaus großem Abstand wichtigste Ressource außerhalb des therapeutischen Settings sind **soziale Beziehungen** (172 Nennungen), vor allem *PartnerInnen* (63 Nennungen), *FreundInnen und Bekannte* (57 Nennungen), die *Familie* (36 Nennungen), weniger *Personen aus dem Arbeitsbereich* (14 Nennungen) sowie andere *GruppenteilnehmerInnen* (2 Nennungen).
Was den Bereich der *Partnerschaft* angeht, so gab es die größte Stütze innerhalb *bestehender Beziehungen* (41 Nennungen) *("ein hilfreicher, verständnisvoller Partner", "Die Begleitung meines Mannes auf meinem Weg durch dick und dünn.", "eine längerfristige (5 Jahre) Partnerbeziehung, die die Therapie sehr unterstützend begleitet hat").* Weniger als halb soviele *neue Partnerschaften* wurden als hilfreich erlebt (17 Nennungen) *("neuer, liebevoller Partner", "meine "neue" (= erste) Beziehung", "neuer Partner mit viel Verständnis").* Selten nur gab es KlientInnen, die eine *Trennung oder Scheidung* von ihrer PartnerIn als fruchtbar empfanden (5 Nennungen) *("Trennung von meiner langjährigen Partnerin", "Trennung von meinem Freund").*
Innerhalb des *FreundInnen- und Bekanntenkreises* waren es ebenfalls eher *längere Freundschaften*, die hilfreiche Veränderungen (mit)bewirkten (43 Nennungen) *("eine sehr gute Freundin, die mich jeden Tag anrief und mich auch sehr oft besuchte und mit mir sprach", "Freundinnen, die mir zur Seite standen", "stabiler und guter Freundeskreis", "Ich hatte gute und feste Freundschaften mit 3 anderen Frauen. Sie hatten immer Zeit für mich, wenn ich verzweifelt war, ohne mich deshalb zu bevormunden und mein Leben ordnen zu wollen").* Trotzdem gab es auch *neue Freundschaften*, die positiv erlebt wurden (14 Nennungen) *("daß ich immer wieder Menschen kennenlerne, die mich verstehen und mir Liebe schenken, ohne daß sie auf Gegenleistung aus sind", "neuer Freundes- und Bekanntenkreis", "neue Freunde - wo ich lernte, über Gefühle zu sprechen").*
Auch *Gespräche* gehören zu jenen Dingen, die dabei als hilfreich und unterstützend bei Veränderungen erlebt wurden (18 Nennungen) *("Ich erzählte jede Sitzung meiner Freundin", "Gespräche mit FreundInnen", "Bestärkungen und Aussprachen mit Freundinnen", "sprechen, sprechen, sprechen, Freunde, die einen weinen ließen").*
Auch wenn die ***Therapie von anderen akzeptiert*** wurde, hatte dies hilfreiche Konsequenzen für die Betroffenen (5 Nennungen) *("Austausch mit Freunden zum Thema Therapie und Akzeptanz von deren Seite", "Freunde, die sich mit mir für die Therapie begeisterten, einige haben später selber eine Therapie begonnen").*

Im Bereich der *Familie* wurde am häufigsten die *Eltern bzw. die Herkunftsfamilie* erwähnt (13 Nennungen) *("Beziehung zu Eltern besserte sich", "Mutter, die mich materiell unterstützte", "Ein sehr offenes Gespräch mit Geschwistern, offenere Gespräche mit dem Vater, Enthüllungen über seine Lebensgeschichte", "reden mit Verwandten").* Doch auch die *eigene Familie* war Auslöserin von Veränderungsprozessen (12 Nennungen) *("Das Verständnis und Geduld meiner Familie", "eigene Familie - Partner und Kinder", "Mein Partner nahm sich mehr Zeit für mich, und auch meine Kinder waren, wann immer es ging, für mich da").* Erstaunlich oft wurden in diesem Zusammenhang auch die *eigenen Kinder* angeführt (11 Nennungen) *("Mein Kind, das unerschütterlich zu mir hielt, mit dem ich alles besprechen konnte, und das meinem Leben wieder Sinn gab!", "Meine Liebe zu den Kindern und deren Liebe zu mir", "Schwangerschaft", "meine Kinder, in denen vieles von mir weiterlebt, wie ich meine Kinder erlebte und erlebe").*
Im *beruflichen Umfeld* gab es immerhin 10 Personen, die ihre *KollegInnen* als Stütze betrachteten *("Verständnis im Beruf durch Kolleg/innen", "Meine Arbeitskollegin übernahm oft die Stelle der "Therapeutin", indem wir oft über mein Problem diskutierten, und sie heiterte mich oft auf", "Fand in meinem Kollegenkreis einen Ansprechpartner, der mir zuhört und zu verstehen versucht").* Auch *Vorgesetzte* waren mitunter in dieser Lebensphase hilfreich (4 Nennungen) *("Mein Chef hat sehr viel Verständnis und unterstützte mich sehr,*

schickte mich danach auf Seminare, die Selbstbewußtsein, Problembewältigung fördern", "ein positiv reflektierender Chef", "meine damalige Chefin, die mich immer wieder aufmunterte, zur Therapie zu gehen, wo ich schon aufhören wollte").
Nur selten wurden *andere GruppenteilnehmerInnen* erwähnt, möglicherweise, weil dies mit der Ermittlung von Hilfe außerhalb der Therapie eher nicht gefragt war (2 Nennungen) *("private freundschaftliche Kontakte mit den anderen Gruppenteilnehmern", "Kontakte zu anderen Gruppenteilnehmern, später auch Gespräche mit anderen Menschen").*

Weit abgeschlagen mit lediglich 59 Äußerungen steht der Bereich **Ausbildung und Beruf** an zweiter Stelle der stützenden Faktoren. In allererster Linie werden hierbei *berufliche Veränderungen* als angenehm empfunden (32 Nennungen) *("bessere Verankerung in der Arbeit, Erfolge in der beruflichen Arbeit", "Einsteigen in den Arbeitsprozeß, selbständig sein, Geld verdienen", "berufliche Veränderung (Karrieresucht abgelegt)", "ein neues berufliches Aufgabenfeld", "Der Satz meiner Freundin: "Maria, wie lange magst du dir deine Chefin noch geben? Hast Du es nötig, bei ihr zu bleiben?" Ich wechselte den Arbeitsplatz").* Weiters dürfte die *Ausbildung* einen gewissen positiven Einfluß auf die KlientInnen haben (17 Nennungen) *("Psychologiestudium", "Massageausbildung", "meine Outdoor-Ausbildung; die berufsbegleitende Einbettung", "Tanztherapieausbildung", "Ausbildung in einem sozialen Beruf", "Ausbildung Lebens- und Sozialberater bei Dr.Dr.X.Y ").* Aber auch die *allgemeine positive Sicht einer Erwerbsarbeit nachzugehen* wurde angeführt (10 Nennungen) *("Kontinuität im Beruf", "Arbeitsplatzerhaltung", "Arbeit außerhalb der Wohnung").*

Nicht vernachlässigt wird in den Rückmeldungen neben dem Beruflichen der Freizeit- und persönliche Bereich. Immerhin 48 Personen haben Hilfe und Stütze aus verschiedenen **Interessen und Tätigkeiten** bezogen. An erster Stelle steht klarerweise die *Freizeitgestaltung mit diversen Hobbies* (22 Nennungen) *("Ausprobieren neuer Dinge (Sport, Zeichnen, Photographieren, ...)", "viel wandern und spazieren gehen, Musik", "zwei alleinige Reisen in den Süden waren ebenso hilfreich", "ja Haustier, unser Hund Caja, 3 Jahre", "gute Bücher").* Weiters wurden *spirituelle Beschäftigungen* im weitesten Sinne als verändernd beschrieben (12 Nennungen) *("Exerzitien mit einer geistlichen Schwester", "Energieübungen", "Gebet befreundeter Geistlicher, Ordensleute, Gebetskreise", "Ertiefung in Gott", "Meditation").* Auch *Fernöstliches* erfreut sich einiger Beliebtheit (8 Nennungen) *("Karate-Do", die intensive Beschäftigung mit fernöstlichen Bewegungskünsten wie Taiji und Qi Gong", "Besuch eines Zen-Seminares, diverse Lektüre", "Yoga").* Eher selten wurden *Entspannungstechniken, Ruhe und Autogenes Training* angeführt (6 Nennungen) *("Autogenes Training auf Kassetten", "Bücher, Vorträge, Seminare, Entspannungskassetten").*

Einige KlientInnen führten auch **zusätzliche Therapien, diverse psychosoziale Einrichtungen sowie Selbsthilfegruppen** im Zusammenhang mit hilfreichen Faktoren außerhalb ihrer Gestalttherapie ins Treffen (23 Nennungen). Immerhin 8 ProbandInnen finden Stütze in einer *anderen Therapie* *("Familientherapie mit Sohn", "eine weitere (noch laufende) Therapie seit 06/96", "Intensivtherapie 6 Wochen im Krankenhaus", "Paartherapie").* 6 weitere besuchten eine *Selbsthilfegruppe* *("Selbsthilfegruppen", "Frauengruppe", "Anonyme Alkoholiker").* 5 wandten sich an *psychosoziale Stellen* *("Institut für Erziehungshilfe gleichzeitig", "Marriage Encounter - lernen reden, Gefühle anzuschauen und darüber reden, nicht werten und gewertet werden").* 2 gingen zur *Supervision* *("Supervision in der Arbeit", "Supervision von Kolleginnen").* 1 Person nahm an einer *Selbsterfahrungsgruppe* teil *("Selbsterfahrungsgruppe"),* eine andere konsultierte eine *ÄrztIn*..

Fast ebenso oft werden mehr Bedacht auf **gesunde Lebensweisen** angeführt (20 Nennungen). Dabei geht es um *Gesundheit* im allgemeinen (10 Nennungen) *("Erkennen einer Schilddrüsenerkrankung", "Homöotherapie", "Umstellung von Ernährung", "Medikamente").* Weiters wird *Streßreduktion* angeführt (7 Nennungen) *("ja: belastendes Ehrenamt aufgegeben", "ich gab meinen nervenaufreibenden Beruf auf", "Fernhalten von Belastungen, soweit möglich").* Aber auch *Alkoholabstinenz* gehört zu diesem Bereich, der Veränderungen im Leben der KlientInnen bewirkt hat (4 Nennungen) *("der Abstand von Alkohol", "Partner trinkt nicht mehr", "Alkoholabstinenz durch regelmäßigen Besuch der Anonymen Alkoholiker (3 - 4 mal pro Woche)").*
Es wurden auch **Zuschreibungen an die eigene Person** getätigt, d.h. die Veränderungen werden intern attribuiert (19 Nennungen) *("Eigenkritik", "meine eigenen intensiven Bemühungen (Musik, Blumen, Körperkultur etc.)", "mein eigener Wille, nicht mehr nach jedem Essen zu brechen, kontrolliert essen, d.h. kleine Mengen, um das Völlegefühl zu vermeiden", "Ich habe Entscheidungen getroffen, die meine direkte Umgebung getroffen haben").*

Auch gewisse Aspekte der Änderung der **äußeren Lebensumstände** brachten mitunter außerhalb der Therapie Hilfe (16 Nennungen). Vor allem eine Verbesserung der *Wohnsituation* wird in diesem Zusammenhang als förderlicher Faktor betont (12 Nennungen) *("Wohnraumerweiterung", "Übersiedeln", "Geglücktes Suchen und Erwerben einer größeren Wohnung", "Wohnortswechsel").* Aber auch eine Verbesserung und Stabilisierung der *finanziellen Situation* ist natürlich hilfreich (3 Nennungen) *("keine materiellen Sorgen (keine Geldprobleme, etc.)", "langsames Entspannen der sehr engen finanziellen Situation", "erhebliche Verbesserung der finanziellen Situation, konnte mir Interessen - Musik und Literatur besser leisten").* Des weiteren wurde *mehr Freizeit* gewonnen (1 Nennung).

Als eine weitere entlastende Änderung der äußeren Lebensumstände wurden Umstände genannt, wenn durch **Distanzierung, Trennung und Abwesenheit** von bestimmten Personen Veränderungen im Leben der KlientInnen (12 Nennungen) bewirkt wurden. Hierbei ist es eher der *Auszug der Kinder*, der einen solchen Eingriff darstellt (6 Nennungen) *("Kinder sind außer Haus!", "räumliche Trennung von meinem Kind, mehr Freizeit für mich persönlich", "Loslassen meiner Tochter (Auszug aus Wohnung)").* Darüber hinaus wird auch die *Distanz zur Herkunftsfamilie*, zur Verwandtschaft und zu Angehörigen (4 Nennungen) *("Urlaub der Eltern (in dieser Zeit Entschluß, einige Zeit ins Ausland zu gehen)", "Umzug in eine andere Stadt 400 km entfernt, weg von der Familie", "Kontaktabbruch zu Eltern").* Selten wird auch der *Tod von Angehörigen* in diesem Zusammenhang genannt (2 Nennungen) *("der Tod meiner Mutter ("sorry to say")", "Krankheit und Tod meines Vaters, Krankheit und Tod meines Freundes").*

Therapieerkenntnisse umzusetzen wurde von 3 KlientInnen hier als stützend angeführt *("ich konnte die gewonnenen Erkenntnisse gleich in einer neuen Beziehung umsetzen und ausprobieren und bestärken", "das in der Therapie - unter anderem durch Rollenspiele - Gelernte umzusetzen").*
Auch einen nötigen **Abstand zu bekommen** wurde selten genannt (2 Nennungen) *("mehrwöchige Auslandsreisen (beruflich) -> haben mir zu mehr Abstand verholfen", "Familien-Aufstellungen und Zeit, um Abstand zu bekommen").* Letzere Kategorien allerdings sind sicher erst durch eine Änderung im Innenbereich möglich, werden hier allerdings extern attribiuert.

Allgemeinere Faktoren, wie die Tatsache, daß **die Zeit vergeht**, wurden immerhin von 8 Personen als lebensverändernd angeführt *("Ich bin älter geworden (18 Jahre)", "Zeit", "zum*

anderen ist es die Zeit, die verstrichen ist (1½ - 2 Jahre), die ohne bestimmte Ereignisse Besserung bewirkte").

Schließlich gab es noch eine größere Gruppe von Personen, die nur allgemein mit **Ja oder Nein** antworteten (22 Nennungen), wobei sich folgende Varianten unterscheiden ließen: Jene, die einfach mit *Nichts* antworteten (11 Nennungen und jene, die eine *Verschlechterung durch äußere Umstände* anführten (6 Nennungen) *("im Gegenteil, die Umwelt machte es schlechter", "habe meine Umwelt in dieser Zeit als einzigen Gegenwind erlebt, gegen den ich mich behaupten mußte")* und somit eigentlich auch in gewisser Weise mit einem Nein antworteten.

Weiters eine Gruppe von Personen, die sehr allgemein mit einem *Ja* und ein paar erklärenden Worten auf die o.g. Frage antworteten *("Natürlich. Darauf hatte ja die Therapie gezielt. Umgang mit Umwelt", "Spezielles fällt mir nicht ein. Alles war hilfreich. Das Leben selbst ist Veränderung und ich bin ein Teil dieses Prozesses. Wie sollte ich mich da nicht verändern?").*
3 weitere Personen gaben an, es ***nicht zu wissen***. 2 Mal wurden ***Substanzen*** ganannt, 2 andere Mal erfolgte eine ***theoretische Befassung*** mit dem Problem.
3 weitere Antworten konnten nicht ausgewertet werden.

Auf die Frage nach außerhalb der Therapie hilfreichen Elementen geben 61% aller Antwortenden soziale Beziehungen an: Hier findet sich die größte Unterstützung in Freundschaften (25% aller Antwortenden) , sodann in bestehenden Partnerschaften (13% aller Antwortenden) und der Familie (11%). An zweiter Stelle der unterstützenden Faktoren werden - allerdings mit großem numerischen Abstand (18%) Ausbildungen und Beruf genannt, gefolgt von persönlichen (Freizeit)interessen und Tätigkeiten (15% aller Antwortenden) darunter auch spirituelle Hilfe. Jeweils ca. 7% der Antwortenden finden Hilfe und Entlastung in dem Bemühen um gesündere Lebensweise oder betonen explizit ihre eigenen Leistungen bei der Verbesserung ihrer Situation. Ebenfalls 7% haben sich auch in anderen professionellen Zusammenhängen Unterstützung geholt (andere Therapie, Selbsterfahrungs-, Selbsthilfegruppen). 5% geben an, daß außerhalb der Therapie keine hilfreichen Aspekte zu finden waren, manche (2% aller Antwortenden) konstatieren dezitiert eine Verschlechterung durch ihre Umfeldsituation.

3.2.3.24 Gab es etwas, das Ihnen während der therapeutischen Behandlung nicht gefallen hat, womit Sie beim Behandlungsprozeß nicht zufreiden waren. Gab es etwas, das Sie nicht gemocht haben? (Frage 45)

Äußerungen der Unzufriedenheit mit Elementen der Gestalttherapie gab es von rund 257 KlientInnen, was einem Prozentsatz von fast 60% der Gesamtstichprobe entspricht.

In erster Linie galten das Mißfallen der ProbandInnen den **therapeutischen Rahmenbedingungen, dem Setting** (54 Nennungen). Diese bezogen sich vor allem auf den *Zeitaspekt* (24 Nennungen), etwa auf ein *zu pünktliches Beenden der Sitzungen* (7 Nennungen) *("die pünktliche Beendigung der Sitzungen nach genau 50 Minuten, fast egal, was gewesen ist, das störte mich extrem", "Therapiestunde endet schulisch pünktlich "der nächste bitte"", "Sitzungen dauerten genau 50 Minuten und keine Sekunde länger"), Terminprobleme* (4 Nennungen) *("oftmalige Verschiebung der Termine", "Termindruck bzw. pünktliches Einhalten des Termins, was mir beruflich schwer fällt, somit Streß, an dem ich ja*

eigentlich litt"), zu kurze oder verkürzte Stunden (4 Nennungen) *("Die Gesprächszeiten sind zu kurz", "verkürzte letzte Stunde")* sowie auf die *Unpünktlichkeit der TherapeutIn* (3 Nennungen) *("unpünktlicher Beginn der Stunden", "es wurde ständig zu spät angefangen")*, den *Verlust oder das Verplempern von Therapiezeit* (3 Nennungen) *("Zu Beginn einer Sitzung hat die Therapeutin zuerst während der Sitzung ½ Stunde ihre Aufzeichnungen der Vorsitzungen durchgelesen und dabei "interessant, interessant" gemurmelt. Und hat dann nicht weiter gewußt, wie sie so recht weiterreden soll", "Organisatorisches wurde in den Stunden besprochen und so vergingen ganze Stunden")* und *zu lange Intervalle zwischen den Sitzungen* (3 Nennungen). Aber auch *finanzielle Aspekte* wurden kritisiert (14 Nennungen). Vor allem die *zu hohen Kosten* der Therapie (8 Nennungen) *("Ich bin oft aus der Therapie herausgekommen und habe mich gefragt, wozu ich eigentlich so viel Geld dalasse", "zu teuer", "hohe Stundensätze")*, aber auch die *Zahlungsmodalitäten und finanzielle Organisation* (3 Nennungen) *("Abhandlung von Geld- und organisatorischen Angelegenheiten", "die Abwicklung der Zahlungsmodalitäten")* sowie die Tatsache, daß KlientInnen auch dann für Sitzungen *zahlen mußten, wenn sie unverschuldet fernblieben* (3 Nennungen) *("Bezahlung auch bei unverschuldetem Entfall verlangt", "Die Verpflichtung, auch jene Stunden zu bezahlen, die ohne mein Verschulden ausfielen (Krankheit meiner Tochter, nicht rechtzeitig, aber immerhin am Vorabend abgemeldet)", "Am Beginn war mein Hauptproblem durch die Angstzustände überhaupt zur Therapeutin zu kommen. War es einmal gar nicht möglich, mußte ich die Stunde trotzdem zahlen.")*. Es gab auch noch andere Probleme mit dem therapeutischen Setting, wie etwa die *Räumlichkeiten und das Aussehen der Praxis* (4 Nennungen) *("bißchen alternative,... Atmosphäre", "Einrichtung der Praxis", "der Raum")*, *Störungen durch Geräusche* (3 Nennungen) *("schreiende Kinder...", "gelegentliche Störungen: Telefon", "sehr störend war Lärm jeder Art: Telefon und Türklingel, Nachbarschaftslärm, etc. im Therapieraum auch tickende Uhren, Geräusche elektrischer Geräte")*, *keine Pausen bei Klientenwechsel* (2 Nennungen) *("wenn der nächste Klient bereits im Vorhaus wartet")* und *sonstige ähnliche Probleme* (7 Nennungen) *("Anwesenheit meiner Mutter", Sessel - Sitzhaltung", "Die ständige Meckerei übers Rauchen", etc.)*.

An zweiter Stelle der Unmutsbezeugungen steht die **Kritik an der Beziehung zum/zur TherapeutIn** (45 Nennungen). Die meisten Äußerungen ließen auch eine allgemein *schwierige und problematische Beziehung zwischen KlientIn und TherapeutIn* schließen (32 Nennungen) *("Mein Therapeut meinte des öfteren, daß ich ihn langweile; dadurch bin ich unter Druck gekommen, daß ich ihm "etwas Würdiges abliefern" muß. Das war sehr unangenehm und hat mir Angst vor der Therapie gemacht", "manchmal hatte ich das Gefühl, daß keine Verbindung da war", "zu rasche, intensive Nähe, Verkumpelung (unecht teilweise)")*. Weiters gab es Beschwerden zum Thema *Abstinenz* (6 Nennungen). Teilweise war es den KlientInnen diese *zu gering*, wenn die/der TherapeutIn einfach zu viel aus ihrem/seinen Privatleben erzählte (3 Nennungen) *("Therapeut hat manchmal zu viel selbst geredet und von sich erzählt", "ich wollte keine Beispiele aus dem Leben der Therapeutin hören, ich hatte das Gefühl, daß sich eine freundschaftliche Beziehung entwickeln würde, ich wollte das nicht, wollte Distanz, hab genug Freundinnen")*, teilweise war es aber auch *zu viel therapeutische Abstinenz*, was sich darin äußerte, daß die KlientIn gerne mehr über die TherapeutIn erfahren hätte (3 Nennungen) *("Therapeut will nichts Privates über sich erzählen", "Zeitweise hätte ich mir gewünscht, die Therapeutin möge auch von selbst mehr erzählen und mir ihr Herz ausschütten, sodaß zwischen uns eine symmetrische Freundschaft entsteht")*. 2 Mal wurde *Körperkontakt* als unangenehm oder unangebracht geschildert *("ich hätte während der Sitzung nicht umarmt werden wollen - Hätte dort mehr Distanz gebraucht", "mochte nicht die körperlichen Berührungen des Therapeuten (streicheln, festhalten)")*, 2 andere Mal wurde bedauert, daß scheinbar die/der *KlientIn die TherapeutIn*

täuschen konnte (“ich konnte manchesmal den Therapeuten um den Finger wickeln”). 2 andere Mal wurde der TherapeutIn im Rahmen einer Paartherapie vorgeworfen, *sich mit einer der beiden PartnerInnen zu solidarisieren (“ich hatte öfters das Gefühl, daß sich meine Therapeutin als Frau mit meiner Partnerin solidarisierte, als Mann fühlte ich mich von ihr als Frau teilweise nicht verstanden bzw. als Egoist eingestuft”).* Eine letzte Äußerung bezieht sich auf eine Problematik, was überhaupt das Zustandekommen der Therapie betrifft *(“die Tatsache, daß meine Therapeutin eine Freundin meiner besten Freundin war”).*

Fast ebenso häufig galt die **Kritik an dem/der TherapeutIn als Person** (41 Nennungen). Vor allem das *Verhalten der TherapeutIn* wurde getadelt (22 Nennungen) *(“manchmal herablassende Bemerkungen und autoritäres Verhalten des Therapeuten”, “chaotische Abrechnung gepaart mit der Neigung, Geld zum Gruppenthema zu machen”, “Der Therapeut konnte sich vom einem zum anderen Mal nicht genau an die Vorgeschichte erinnern (4-6 Wochen)”).* Es gab weiters *negative Zuschreibungen an die TherapeutIn* als Person (15 Nennungen) *(“Neidkomplex der Therapeutin”, “Als ich erkannt habe, daß meine Therapeutin große Ähnlichkeit mit meiner Mutter hat, die ich als Kälte und Härte gespürt habe”, “eine gewisse negative Einstellung des Therapeuten, die auch im Abschlußgespräch zum Ausdruck kam: “ich habe nicht geglaubt, daß sie es schaffen” oder "wahrscheinlich nehmen Sie die Medikamente gar nicht!" Vermutungen statt Fragen”, “wenig Bereitschaft, bei Emotionen mitzugehen. Über sexuelle Probleme wollte Therapeutin nicht beraten und sprechen”).* Einige dieser Zitate lassen auf eine unaufgelöste Übertragungssituation schließen, können jedoch aufgrund ihrer Kürze nicht viel weiter analysiert werden. Weitere Nennungen äußern den *Zweifel an der Kompetenz der TherapeutIn* (4 Nennungen) *(“Eine absurde Theorie über AIDS nahm mir (Mikrobiologin) schließlich das Vertrauen in die Kompetenz dieser Therapeutin”, “mangelnde Erfahrungen mit Alkohol”).*

40 kritische Äußerungen galten den **therapeutischen Techniken und Methoden** an sich, wobei sich der Großteil auf integrativ-*gestalttherapeutische Methoden* bezog (12 Nennungen) *(“Mit Teddybären spielen...”, “spontane Gesten oder Laute zu wiederholen”, “Sprechen mit nicht vorhandenen Personen”).* Aber auch die Technik des *Nachfragens* wurde beanstandet (8 Nennungen), teils war es *zu wenig* (6 Nennungen) *(“zu wenig Insistieren und Fragen von Seiten des Therapeuten, manchmal vielleicht etwas zu weich, vielleicht auch ratlos”, “Manchmal noch zu wenig Druck - zu wenig Konfrontation mit den zentralen Punkten und Problemen”),* teils war es *zuviel* (2 Nennungen) *(“Die Schwierigkeit für mich, ständig mit Fragen konfrontiert zu werden, die ich nur schwer oder gar nicht beantworten konnte, da es sehr mühsam war”, “das ständige Nachfragen und Antworten der Fragen während der Behandlung, da ich das offene Reden nicht gewohnt war”).* Manche KlientInnen bemängelten auch einen *Mangel an Ratschlägen, Tips und konkreten Vorschlägen* seitens der TherapeutIn (6 Nennungen) *(“ich erwartete mir Ratschläge und konkrete Hinweise, wo ich eventuell falsch liege. Übertriebenes Lob wurde nur “angefragt” und bekam keine Antworten auf meine Fragen”, “Ich finde es komisch, daß Therapeuten keinerlei Tips und Ratschläge geben können, es (in meinem Fall) geradezu krankhaft vermeiden.” “etwas “Hilfestellung” für nach der Therapie, Literaturempfehlungen, wie kann ich dies und jenes ändern”)* oder die *Orientierungslosigkeit,* d.h. das eigentliche *Therapieziel* war ihnen *nicht ganz klar* (5 Nennungen) *(””Ziel” wurde immer wieder aus den Augen verloren”, “eine gewisse Orientierungslosigkeit, die auch zum Abbruch der Therapie führte, ich wußte nicht mehr, worüber ich mit ihm sprechen sollte”, “es fehlte mir der rote Faden, oft das Gefühl der Verwirrung”).* Andere wiederum bekrittelten, daß die Therapie *zu gesprächsorientiert* sei und ihrer Meinung nach *zu wenige gestalttherapeutische Elemente* enthielt (4 Nennungen) *(“zu wenig Körperübungen, zu sehr gesprächsorientiert”, “es wurden kaum Techniken (wie z.B. Malen etc.) eingesetzt, durch die ich mir erhofft hatte, angeregt zu werden”, “wenig*

Gestalttherapie, fast nur Gespräche") und fühlten sich durch *Erinnerungen, Selbsterkenntnis und ein An- und Aussprechen von Gefühlen* teilweise überfordert (5 Nennungen) *("Erinnerungen an Vorfälle, welche Jahre zurückliegen", "Schmerz der Selbsterkenntnis", "Sprechen über die geheimsten Gefühle in meinem Leben").*

23 Mal richtete sich die **Kritik gegen die eigene Person** *("meine eigene Distanz zur Therapeutin", "daß ich so leicht zu durchschauen war", "konnte mich nicht richtig auf die Therapie konzentrieren", "ich bin selber privat sehr kreativ, daher war für mich bei der Gestalttherapeutin Malen, Zeichnen überflüssig").*

10 Äußerungen ließen darauf schließen, daß das **Tempo der Therapie** nicht passend war, wobei zumeist die Ungeduld überwog: 9 KlientInnen empfanden das Tempo als *zu langsam ("das Gefühl, keine oder zu langsame Fortschritte zu machen", "manchmal "Leerläufe" in Stunden, wo scheinbar nichts Wesentliches passierte", "es hat mir zu lange gedauert, ca. 7-10 Sitzungen und ich habe nichts Konkretes über mich erfahren"),* als Stagnation, nur einer Person ging alles *zu schnell ("ich mochte es nicht, wenn zu schnell vorwärts gegangen wurde und das Alte noch nicht abgeschlossen war bzw. noch nicht umsetzen konnte. Wer konfrontiert sich schon gerne direkt mit Problemen?").*
Ebenfalls 9 Mal wurde **Kritik an der Gruppenbehandlung** geübt, etwa zum Setting, daß die Gruppe *zu groß* sei (4 Nennungen) *("Ich hätte lieber in einer etwas kleineren Gruppe gearbeitet, z.B. 8 - 10 Personen", "Die Gruppe - 16 Teilnehmer - war sehr groß - fast zu groß"),* aber auch *diverse andere Probleme* innerhalb der Gruppe (5 Nennungen) *("teilweise Blockierungen in / durch die / der Gruppe", "manchmal wurde in der Gruppe zu viel Zeit über Banalitäten geredet", "bei der Wortmeldung herrschte das Recht des Stärkeren, manche dominierten durch mehrere Sitzungen hindurch, ich kam fast nie zum Zug").*

Weitere 10 Äußerungen galten verschiedenen störenden Methodik- oder Beziehungsaspekten in der Therapie, die zwar als **hilfreich, jedoch unangenehm** geschildert wurden *("Therapeutin: etwas zu kühl - objektiv betrachtet - notwendig", "Anfangs ging mir alles zu langsam. Jetzt weiß ich, daß es nicht anders möglich war", "Die Provokationen des Therapeuten waren mir unangenehm, haben aber auch sehr zum Nachdenken angeregt", "Gruppe war groß - Kampf um "Gesehen-werden", öfter Rückzug von mir - letztlich auch wichtige Erfahrung","Das Rollenspielen hat mich genervt, ich weiß aber, daß es notwendig ist").*
Es gab auch Kritik am (vermuteten) **ideologisch-politischen Hintergrund** bzw. an der ***Weltanschauung*** der TherapeutIn (6 Nennungen), wie etwa an der *Ausgrenzung religiöser Werte* (2 Nennungen) *("Die Einbeziehung des Glaubens in die Therapie hat mir gefehlt, obwohl ich mir das am Anfang wünschte", "die Ausgrenzung religiöser Werte"),* an dem *Mangel an feministischen Ansätzen* (2 Nennungen) *("zu geringer feministischer Ansatz", "zu wenig feministische Ansätze, unbewußte Rollenzuschreibungen wurden weitergegeben")* sowie an *sonstigen weltanschaulichen Differenzen* (2 Nennungen) *("Erkrankungen wurden nur psychischem Zustand zugeschrieben....Der Körper (Mensch) besteht aus Psyche und Körper -> mehr ganzheitliche Sicht wäre hilfreicher gewesen und hätte weniger Unsicherheit gebracht", "im Nachhinein gesehen schätze ich den starken Einfluß des klassischen Familienbildes während der Therapie als sehr hinderlich für mich ein").*

4 Mal wurde generell beklagt, daß **kein gesamter oder teilweiser Therapieerfolg** eingetreten ist *("Der Behandlungserfolg war unbefriedigend.", "Ehrlich gesagt: ich habe mir eine Lösung meines Problems, mit anderen nur ungenügend kommunizieren zu können, erwartet").*

2 KlientInnen gaben an, daß ***Probleme zwar vorhanden waren, aber in der Therapie besprochen*** wurden *("nur Einzelheiten, die nicht erwähnenswert sind und sofort besprochen wurden!", "Ja, das habe ich auch angesprochen, und es wurde gut aufgenommen").*

2 Mal wurde mit "weiß nicht" geantwortet, 1 Mal wurde "einiges" an Problemen angegeben, 7 weitere Äußerungen waren unleserlich oder unverständlich formuliert, 5 Äußerungen konnten nicht zugeordnet werden.

49 Personen gaben jedoch explizit an, daß sie **keinerlei Schwierigkeiten und Probleme** im Rahmen ihrer Therapie erlebt haben.

Auf die Frage nach Kritik an der Therapie äußern sich 256 Befragte (60% der Gesamtbefragten). Hierbei sind die Aspekte des/der Beziehung zum/r TherapeutIn aller sowie Kritik an der Person des/der Therapeutin (jeweils 16% aller Antwortenden) im Vordergrund. Bei der Analyse Zitate taucht die Vermutung auf, daß zu einem Gutteil (unaufgelöste) Übertragungen eine Rolle spielen, können jedoch aufgrund ihrer Kürze nicht viel weiter analysiert werden, vor allem die Beziehungs- und Abstinenzproblematik dürfte davon geprägt sein. An zweiter Stelle der Nennungen wird in erster Linie Unzufriedenheit mit dem Setting angegeben (21% aller Antwortenden): Aufgeführt werden dabei in der Hälfte aller diesbezüglichen Nennungen der Zeitaspekt, gefolgt vom Finanziellen. Der nächste Kritikaspekt (16%) bezieht sich auf die Methodik und Strukturierung in der therapeutischen Situation; weitere 3% aller Antwortenden, die Kritik an Gestalttechniken üben, fügen jedoch hinzu, daß diese zwar schwierig, im Endeffekt jedoch hilfreich waren. 9% aller Antwortenden sehen ihre eigenes Therapieverhalten als Kritikpunkt. Etwa 4% aller Antwortenden äußern sich kritisch über das Gruppensetting, ebensoviele beklagen den für sie zu langsam empfundenen Therapiefortschritt.

3.2.3.25 Gab es besonders positive Ereignisse in der Therapie, etwas, das Ihnen sehr gefallen hat? (Frage 46)
71% aller befragten Klientlnnen (308 Vpn) gaben an, betont positive Ereignisse 'in der Gestalttherapie erlebt zu haben.
Mit Abstand am häufigsten werden solche Begebenheiten geschildert, die mit den **Eigenschaften und Fähigkeiten der jeweiligen TherapeutIn** zusammenhängen (228 Nennungen). Besonders erfreulich erlebte Interaktionen zwischen 'Therapeutln und Klientln machen somit also 73% aller Angaben zu dieser Frage aus!
Zu diesem großen Feld zählen *verschiedene Rückmeldungen zum positiven Kontakt* (31 Nennungen) *("generell: die Natürlichkeit meiner Therapeutin, ohne daß sie ihre Funktion vergessen hat - mit einer Mischung aus Wärme und Kritikfähigkeit ", "äußerst ehrlicher und intensiver Einsatz um den Klienten (auch nach der Therapie Art guter Kontakt)", "Therapeutin war nicht abstinent und hat in entscheidender Phase (Trennung vom Partner) sehr mit«fühlend reagiert", "Lob, Freude, Einmal hat sie mich gegen imaginäre Feinde verteidigt, als ich noch nicht dazu in der Lage war. Das war phantastisch, daß ich sie umarmen durfte. Daß sie mit mir Strategien ausgearbeitet hat, um Klinikaufenthalte zu umgehen. Daß sie verläßlich war'),*
eine spezielle *Wärme und Freundlichkeit*, welche die Entwicklung von Gefühlen wie *Geborgenheit und Sicherheit* fördert, also eine allgemein *gute Atmosphäre* (24 Nennungen) *(,die Warmherzigkeit der Therapeutin", "angenehme Atmosphäre, ich konnte mich öffnen und gehen lassen ich habe mich wohl und geborgen gefühlt),*

eine *positive* zwischenmenschliche *Beziehung zur TherapeutIn*, die aus Sicht mancher KlientInnen einer Freundschaft ähneln kann (20 Nennungen) (*"Freundschaft fühlend zwischen Therapeutin und mir", "Wenn ich zu meiner Therapeutin ging, war es, als würde ich eine gute Freundin besuchen und nicht einen Arzt", "das Gefühl, daß sich die Therapeutin wirklich um mich bemüht, daß ich ihr" am Herzen liege '"),*
ein besonderes Ausmaß von *Empathie und Einfühlsamkeit* seitens der Therapeutln (14 Nennungen) (*"viele Ideen, feinfühliges Eingehen* in Krisensituationen", *Fingerspitzengefühl der Therapeutin", intensives Mitgefühl der Therapeutin'),*
das Vermitteln von *Verständnis* (14 Nennungen) *("Die Therapeutin hat mich verstanden, ohne daß ich ihr alles so kompliziert erklären mußte, wie früher Freunden, mit denen ich über Probleme ohne Angst, nicht verstanden zu werden! Einfach das Erlebnis: es gibt, wer mich"),*
eine Atmosphäre des *Vertrauens* (14 Nennungen) (*,sehr hohe Vertrauensbasis mit der Therapeutin'),* ein Klima der *Offenheit* (11 Nennungen) *(,Mir gefiel die Situation der absoluten Offenheit ", " Daß ich das, was mir nicht gefiel, immer artikulieren konnte und es in die Therapie integriert wurde ", "das Gefühl, absolut aufmachen zu können'),*
besonderes *Wissen und Kompetenz* der Therapeutln (10 Nennungen) (*,Ich glaube, ich bin in guten Händen gewesen -fähig, kompetent und sehr menschlich'),* die spezifische *Herangehensweise an Probleme* (10 Nennungen) ("*Die Art, wie die Therapeutin sich um Probleme annahm während der Krise engmaschiges Setting mit zum Teil sehr klaren. strukturierten Vorgaben'),*
das Gefühl, endlich einmal *ernstgenommen* zu werden (9 Nennungen) *(,beruhigendes Klima, ich wurde - endlich - ernst genommen und in meinen Gefühlen und Ahnungen bestärkt ich fühlte mich ernster genommen als ich mich selbst ernst nahm'),*
die Persönlichkeit der TherapeutIn (8 Nennungen) *("großartige Menschlichkeit des Therapeuten", " Wie oben gesagt, die Therapeutin war eine starke Persönlichkeit, sie gefiel mir sehr. Auch der Umstand, daß sie eine Frau war, spielte im positiven Sinne eine Rolle", "intensive Ausstrahlung der Therapeutin),*
die selektive Authenzität im Einblick in deren persönliche Geschichte (7 Nennungen) *("daß auch Therapeuten Problemkinder sind, also auch Probleme haben und der Therapie bedürfen", "Therapeutin erzählte manchmal aus ihrem Privatleben Geschichten, die meinen ähnlich waren, gab mir das Gefühl sie ist kein Übermensch'),*
das Anbieten von *Hilfe und Unterstützung* (14 Nennungen) *("daß ich endlich auch von einem Mann Hilfe annehmen kann ", " ich fand die absolute Unterstützung während der Eskalation der Krise sehr wichtig -> ein starker Halt', " wenn sie meinen Rücken streichelte, bis ich mich beruhigte'),*
die explizit *antiautoritäre und antihierarchische Haltung* der Therapeutln (6 Nennungen) *(" es war eine Ebene mit dem Therapeuten, ich hatte nie das Gefühl, er steht ober mir", " und sie war mir gegenüber nie autoritär. Das alles empfand ich als sehr angenehm'),*
die Vermittlung von Werten wie *Ehrlichkeit, Echtheit und Wertschätzung* gegenüber der Klientln (5 Nennungen) (*"sie sagte mir gegenüber immer ehrlich, was sie empfand", "hohe Wertschätzung des Therapeuten für Klienten, "echte" innere Anteilnahme des Therapeuten'),*
das Talent zu *analysieren und zu hinterfragen* (5 Nennungen) ("positive Denkanstöße, auf die ich *selbst nicht gekommen wäre ", " Therapeut ist oft " auf den Punkt " gekommen. Therapeut ließ sich durch de Darstellung nicht irritieren und erkannte oft, wo das Problem wirklich lag'),*
die Fähigkeit, der Klientln *zuzuhören (5* Nennungen) (*"daß wer zuhören kann", ",eine Person, die zuhört und einem recht gibt. Ohne zu hören ist man selbst schuld", "daß mir jemand bedingungslos zuhört'),*
die Freiwilligkeit innerhalb der therapeutischen Situation, d.h. daß die Klientlnnen zu nichts gezwungen wurden, das sie nicht selbst wollten (5 Nennungen) (*"es wurde von mir nichts*

verlangt, zu dem ich nicht bereit war. Das war also kein " Überstülpen " einer Meinung, sondern ein gemeinsames Erarbeiten eines für mich gangbaren Weges", "alles geschah nur mit meiner völligen Übereinstimmung")
die gelungene *Gestaltung des Therapieendes* (6 Nennungen) *(‚Am Ende der Therapie bekam ich von meiner Therapeutin ein kleines Abschiedsgeschenk Das fand ich total nett.", "die sorgfältige Abschluß-Planung, die Gestaltung des letzten Termins'),*
ein bestimmtes Ausmaß an *Geduld* (4 Nennungen) (*‚ich konnte 537 mal dasselbe sagen, ohne auf Unwillen zu stoße")*
die spezielle *Gesprächsführung* bzw. ein Gespür für die *richtigen Fragen* (3 Nennungen) *(‚das freundliche, lockere, aber doch zielorientierte Gesprächsklima'),*
selten, aber doch *Tips und Ratschläge* seitens der Therapeutln (2 Nennungen) (*‚Die Therapeutin gab mir hilfreiche Tips und schrieb mir nicht vor, was ich zu tun hatte')*
sowie hingestreute *Provokationen* (1 Nennung) *(‚sehr kritisch-konfrontativ, Haltung').*

Weit abgeschlagen an zweiter Stelle stehen hinter den Aspekten der Beziehung zum/r TherapeutIn **fördernde therapeutische Maßnahmen** *(51* Nennungen), die jedoch insgesamt lediglich 16% aller Antworten ausmachen. Der Unterschied zu den Antworten der zuvor beschriebenen Kategorie liegt hauptsächlich darin, daß der Hauptaspekt der Angaben auf den Maßnahmen, und weniger auf der Beziehung zum/r TherapeutIn liegt, obwohl diese ebenfalls in vielen Fällen positiv erwähnt wird.
Dazu gehört vor allem eine gezielte *Selbstreflexion* (19 Nennungen) ("*mir gefiel es besonders, wenn Diffuses ganz klar wurde ", " mehrfache Klärung früher verwirrender Eindrücke -> Aha-Effekte ", "das "wie-Schuppen-von-den-Augen-fallen"-Gefühl", "Reflexionsplattform"),* aber auch das Gefühl der *Akzeptanz* durch sich und durch andere (10 Nennungen) ("*Sehr gefallen hat mir auch, daß man so sein konnte, wie man ist und wie einem zumute war", "Angenommen werden in die Gruppe mit Vorzügen und besonders mit Schwächen und Eingestehen können von Schwächen und Annehmen'), die Entwicklung von Durchsetzungs-strategien* (8 Nennungen) *("Erfahrung, daß ich auch austeilen kann ", " in meiner 2. Therapie haben die Therapeutin und ich gemeinsam versucht, Möglichkeiten und Strategien zu finden, wie ich mich im Umgang mit meiner Mutter besser abgrenzen kann, ohne den Kontakt deshalb völlig abzubrechen, was aus verschiedenen Gründen ohnehin kaum möglich gewesen wäre ", "rebellieren können'),* weiters die Förderung und Entwicklung von *Selbstvertrauen, -bewußtsein, -wert -sicherheit und Stabilität* (6 Nennungen) *("die ständige Zunahme der Festigkeit meiner Persönlichkeit'), sowie* Ermutigungen und Bestärkungen *(5* Nennungen) (*"Zu sehen, daß ich von mal zu mal " stärker " werde ", " man hat mir sehr viel Mut gemacht')* und andere *allgemeine Persönlichkeitsentwicklungen und -veränderungen* (3 Nennungen) ("*Ich habe mich jedesmal gefreut, weil sich nach jeder Sitzung etwas* in *mir tat').*

An dritter Stelle steht eine geziele **Auseinandersetzung mit Emotionen** (37 Nennungen, 12% aller Antworten).
Jenseits einer *allgemeinen Auseinandersetzung mit Gefühlen* (10 Nennungen) *(‚schärfte das "Hinschauen " und das Hören auf die eigenen Gefühle ", "Daß man traurig, zornig und übermütig sprudelnd sein konnte, wie man gerade in Stimmung war", "für negative Emotionen trotzdem als Mensch geschätzt zu werden')* wurden noch *Weinen ("wenn ich weinen mußte, mochte ich die Therapie ", " ich habe auch einige Male geheult - ein totaler Fortschritt')* und *Lachen (" Wir haben eine ähnliche Art von Humor. Wir haben viel gelacht. ", "Gegen Ende der Therapie haben wir gemeinsam auch oft gelacht über meine Familie", "es gab humorvolle Szenen, die sehr befreiend wirkten')* angeführt (je 9 Nennungen), sowie der gezielte *Umgang mit Schmerzerfahrungen und* Depressionen (5 Nennungen) (*, ich konnte in der ersten Zeit meiner Verzweiflung freien Lauf lassen ", " Ich habe gelernt, daß Depressionen " normal " sind!'),* mit Angst (3 Nennungen) (*, daß ich nicht immer Angst habe,*

wenn ich den Mund aufmache, daß ich kritisiert werde') und mit Aggression *(1* Nennung) (*, daß man zornig sein durfte').*

Integrativ-Gestalttherapeutische Methoden und hier vor allem **kreative Medien** auch innerhalb der Gestalttherapie werden von 33 Klientlnnen angeführt (11% aller Antworten).
Dazu zählen neben *allgemeinen kreativen Methoden* (6 Nennungen) *(‚meine kreativen Fähigkeiten neu zu entdecken ", "die Wochenendseminare zusätzlich zu Therapie, wo sehr viele kreative Elemente einflossen, nicht nur alles über den Kopf ablief Hier habe ich am meisten profiliert '),* bildhafte Darstellungen *wie Malen und Zeichnen* (6 Nennungen) *("malerische Aufarbeitung", "Besonders gefallen hat mir daran, daß ich durch das Malen so gut abschalten konnte und irgendwie dadurch eine große Erleichterung und Entspannung verspürte, die mir wieder sehr viel positive Energie zurückgab. " " Sehr positiv in Erinnerung ist mir das Bildermalen zu bestimmten Problemen und Situationen. Diese 'Bilder regen mich heute noch zum Nachdenken an"),* aber auch *Schreiben* (2 Nennungen) ("ein *beachtlicher Kreativitätsschub lyrischer und semantischer Qualität", "Als ich mich so schämte und nicht mehr reden konnte, hat mir mein Therapeut vorgeschlagen, statt reden es aufzuschreiben, und er hat auf der Rückseite des Zettels geantwortet. So haben wir schriftlich kommuniziert. Es war eine Brücke für mich, um darüber leichter reden zu können'),* Arbeiten *mit Ton* (2 Nennungen) *("Arbeit mit Ton'), R ollenspiele (6* Nennungen) (*, wie mir nach einem Rollenspiel die "Augen "aufgingen", " daß es meinem Therapeuten immer wieder gelungen ist, mich "spielend" zu Rollenspielen hinzuführen')* die Auseinandersetzung mit *Ritualen und Symbolen* (2 Nennungen) (*‚ein Ritual, das sehr spontan durchgeführt wurde, aber in diesem Moment höchst wichtig für mich war')* sowie Übungen mit dem *leeren Stuhl* (1 Nennung) (*" Sesselbeispiele').*Hierhinein fällt offenbar auch die Förderung des **Perspektivenwechsels**, also die Möglichkeit, eine andere Sicht anzunehmen (2 Nennungen) *(‚verhalf mir zu neuen Sichtweisen des Partners und der Beziehung,- zeigte auf, was unbewußt abläuft, wie es dazu kommen konnte, -> war sehr positiv für mein jetziges Leben").* **Allgemeine gestalttherapeutische Elemente** ohne nähere Angaben *("Techniken der Gestalttherapie ", " Gestalttherapie als Methode'*) werden 6 Mal genannt.
Ebenso wird als besonders positiv das Element von **Körperübungen** (12 Nennungen, 40%) *(‚verschiedene Methoden wie mit Stäben herumgehen oder körperliche Kontakte", "eine Übung, die recht kämpferisch und mit Einsatz körperlicher Kraft war", "Einmal gelang es dem Therapeuten, bei mir, als es mir sehr schlecht ging, starke körperliche Reaktionen hervorzurufen. Die Erfahrung, mich selbst so zu spüren, war gut und wichtig ')* genannt. **Traumarbeit** (2 Nennungen) *(‚großartige Arbeit mit meinen Nachtträumen!')* wird ebenfalls angegeben.

Nicht nur auf der individuellen Ebene, auch auf der **Gruppenebene** fanden für dieKlientInnen äußerst positive Erlebnisse statt. 22 Probandlnnen fanden verschiedene gruppendynamische Aspekte besonders gut (7% aller Antworten).
Neben *allgemeinen gruppeninherenten Prozessen* (19 Nennungen) *("das tiefgehende Kennenlernen anderer Menschen. Die Probleme sind bei allen Gruppenmitgliedern ähnlich, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung "ja, die Er ah Erfahrung der" Kraft der Gruppe ", ein neues Gefühl f für von " Gemeinsamkeit " ->die Weit ist zu retten (ich hoffe meine Vergleiche sind irgendwie verständlich - nicht religiös gemeint") ", "besonders in Seminaren gab es viele positive Ereignisse mit anderen Gruppenmitgliedern (Wärme - Zusammengehörigkeit - Verständnis - Lachen - Spaß - Innigkeit ", "Berührung durch andere Menschen und ihre Geschichten')* wurde das Gefühl, eine *Ersatzfamilie* gefunden zu haben, beschrieben (3 Nennungen) (*"alle waren (sind) eine große Familie').*

Des weiteren wurden allgemein **Gespräche** angeführt (19 Nennungen) *(‚angenehme Gesprächsatmosphäre, hohes Niveau "", Diskussion auch gesellschaftspolitischer Dimensionen individueller Probleme "", ich konnte, mit allen Problemen so oft ich wollte, hatte nie das Gefühl, daß wir darüber jetzt schon genug geredet hätten')*
Eine weitere positive Kategorie stellt *der* **Zeitfaktor** innerhalb der 'Therapie dar (15 Nennungen) wobei es sich hierbei um *Zeit für sich selbst* handelt (5 Nennungen) *(‚es geht 50 Minuten lang nur um mich, das war oft eine richtige Erholung'),* aber auch um den Besuch von *Wochenendseminaren* (7 Nennungen) (*‚die Wochenend-Therapien haben den meisten Erfolg gebracht")* oder eine *flexible Termingestaltung* (3 Nennungen) *(‚das Entgegenkommen meiner Therapeutin bezüglich Sprunghaftigkeit bei Terminen. bedingt durch meinen Beruf als Schauspielerin (unregelmäßige Arbeitszeiten!)').*

Aspekte, die sich mit **Familie, Beziehungen und Partnerschaft** auseinandersetzten (11 Nennungen, 3,5%) *(‚Heranziehen positiver Aspekte in die Beziehung. Was ist an Potential da? Genügt es, um die Beziehung aufrecht zu erhalten? " ,"Neubeelterung')* folgen.
Weit seltener wurden folgende Kategorien angeführt (vor allem auch im Vergleich mit Frage 42):
Die jeweiligen **Räumlichkeiten**, in denen die Gestalttherapie stattfand (9 Nennungen) *(‚angenehmer Raum", "der räumliche Abstand zur Therapeutin war sehr angenehm und die Ausstattung ihrer Praxis ", "die Praxis war mir auf Anhieb sympathisch (war bei den anderen nicht 100%ig der Fall)* ***Vergangenheitsbewältigung*** (9 Nennungen),
Meditations- und Entspannungsübungen sowie **spirituelle Aspekte** (8 Nennungen) *("Entspannungsphase ", "Daß das spirituelle Element eine schöne, wichtige Rolle in den Gesprächen spielte'),*
eine gezielte **Problembearbeitung** in den verschiedensten Bereichen (8 Nennungen) *("Die Befreiung, wenn ich einen Konflikt mit einem Teil von mir ausgetragen hatte", "Besonders positiv war die Stunde, in der ich gelernt habe, im Bedarfsfall ein schätzendes Ei um mich zu bilden (durch Suggestion) ",*
die systemische Technik der **Familienaufstellung** *(5 Nennungen) (‚Technik "Familienaufstellung", die sich einzelne Klienten von Zeit zu Zeit erwünscht hatten, war immer sehr spannend mit anzusehen'),*
Feedback zu bekommen sowohl von der Gruppe als auch von der 'Therapeutin, also einen Spiegel vorgehalten zu bekommen (5 Nennungen) *("bekam oft positive Feedbacks", "wenn mir meine Therapeutin gesagt hat, daß ich deutlich sichtbare Fortschritte mache').*
diverse **Veränderungen** sowie die **Eröffnung neuer Möglichkeite*n*** (4 Nennungen) *(‚Das Erleben von Ausweg", "Aufmerksamkeit wurde dem weiteren Vorgehen gewidmet - kein ständiges Jammern und Selbstbemitleidungen'),*
das **Gefühl** vermittelt zu bekommen, **normal zu sein** (4 Nennungen) (, *man fühlte sich kurz " gesund "* ", *" Bestätigung, das Gefühl, daß ich o. k. bin'),*
aber auch die Förderung **aktiver Selbsthilfe** und die Übernahme von **Eigenverant-wortlichkeit** *(2* Nennungen) *(, Selbsthilfe bei dringenden Problemen').*

Die restlichen Befragten halten ihre Antworten eher allgemein und entgegnen generell mit einem **Ja**, d.h. es gab besonders positive Ereignisse in der Therapie, (4 Nennungen) oder sie meinen, es war ***alles oder* vieles**, was ihnen sehr gefallen hat (5 Nennungen) *(‚die Therapie war ein einziges großes besonders positives Ereignis').*

Schließlich gibt es noch eine verschwindend kleine Gruppe von Personen, die angeben, es haben **keinerlei positive Erlebnisse** während der Gestalttherapie stattgefunden (8 Nennungen) bzw. **kritische Anmerkungen** von sich geben, die sich jedoch nicht auf die evaluierte Therapie, sondern auf vorhergehende oder begleitende andere 'Therapien beziehen

(2 Nennungen) *(‚Mein Therapeut war nie arrogant oder herablassend. Hingegen im AKH gibt es Ärzte, ehe nicht meiner Vorstellung entsprechen. Sie geben einem das Gefühl, nicht wirklich interessiert zu sein. Ich mußte wegen derTabletten hin').*
10 sonstige Aussagen konnten nicht enger zusammengefaßt werden.

Auf die Frage nach besonders positiven Elementen im Therapieprozeß antworten 71% aller Befragten. 73% aller dieser Angaben machen Rückmeldungen bezüglich der Interaktion mit dem/der TherapeutIn aus. Dabei wird vor allem Aspekte der geglückten therapeutischen Beziehung genannt (Wärme und Freundlichkeit, Geborgenheit, Komptetenz, ernstgenommen werden, Empathie, Ehrlichkeit, Unterstützung, Zuhören etc.), was auch auf besonders positive Übertragungsprozesse schließen läßt. Ein Teil der Rückmeldungen geht auf Techniken des/der TherapeutIn wie Analysieren, Nachfragen, und deren Herangehensweise an die Probleme der KlientInnen ein. An zweiter Stelle (16% der Antwortenden) stehen damit zusammenhängende persönlichkeitsfördernde therapeutische Maßnahmen wie Entwicklung von Durchsetzungsstrategien, Selbstreflexion, Selbstwertstärkung etc. An dritter Stelle werden von 12 % aller Antwortenden Prozesse der emotionalen Bearbeitung von Problemen als besonders positiv beschrieben. 11% der Antwortenden loben explizit gestalttherapeutische Techniken und kreative Methoden. 7% aller KlientInnen haben im Gruppensetting besonders Erfreuliches erlebt. Weiters finden sich, allerdings in geringen Ausmaß (unter 4%), folgende positiv erwähnte Aspekte: Auseinandersetzung mit sozialen Umfeld, Bearbeitung der persönlichen Vergangenheit, eine gezielte Problembearbeitung, Körper- und Entspannungsübungen, die Therapieräumlichkeiten und Settingelemente. Nur 2,5% der Antwortenden geben an, keinerlei positive Erlebnisse in ihrer Gestalttherapie erfahren zu haben.

3.2.3.26. Warum/wann haben Sie mit der psychotherapeutischen Behandlung aufgehört? Wenn andere Gründe, welche? (Frage 47)

Diese Frage bezieht sich auf die offene (Restkategorie) der vorgebenen Antwortmöglichkeiten. 131 KlientInnen gaben Gründe für ihren Therapieabschluß an, die in dieser Auflistung nicht vorgegeben waren, was einem Anteil von 30% entspricht.

An allererster Stelle wurden **therapieinterne problematische Gründe** genannt (37 Nennungen).
Es handelt es sich dabei um Konstellationen innerhalb der Therapie, bei denen die *KlientIn die Verantwortung* in erster Linie *auf sich selbst bezieht* (15 Nennungen) *(“fehlende Bereitschaft meinerseits vielleicht, an mir weiterzuarbeiten”, “Angst, ein Zombie zu werden, wenn noch mehr Mist aus mir rauskommt, was am besten verschüttet bleibt”),* aber auch um die *Abhängigkeit von der TherapeutIn* sowie die Angst vor dieser Abhängigeit (5 Nennungen) *(“Ich wollte selbst aufhören, um nicht abhängig zu werden”, “das gemeinsame Gefühl, das Leben leben zu wollen und nicht mehr abhängig von Therapie zu sein, es war genug”).* Weiters gaben einige KlientInnen an, daß *keine Verbesserungen* innerhalb der Therapie eingetreten sind oder zu erwarten waren (5 Nennungen) *(“keine Änderung, Fortschritte mein Problem betreffend”, “keine Besserung des Zustandsbildes zu erwarten”).* Letzeres warallerdings eine zum Ankreuzen vorgegebene Kategorie.
Weiters wird *Kritik an der Person der TherapeutIn* angebracht (4 Nennungen) *(“Er war zu manipulativ, wenn man nicht tat, was er für richtig befand, fiel man in Ungnade, man durfte seine Autorität nicht in Frage stellen.”, “Therapeuten wurde “seine” 1. Männer-Selbsterfahrungsgruppe zu steil und gab auf”)* oder auf *Probleme in der Beziehung zwischen*

KlientIn und TherapeutIn hingewiesen (4 Nennungen) *("Ich wünschte mir mehr Zuwendung, Aufmerksamkeit, konnte das nicht formulieren -> Übertragungssituation war zu unerträglich", "Auch das Verhältnis zur Therapeutin war nicht mehr so überzeugend").* Schließlich gab es noch 3 Äußerungen, die eine Ablehnung der therapeutischen Hilfe sowie das *Bedürfnis, sich selbst zu helfen*, zum Inhalt hatten (" *...teilweise auch an der Fähigkeit des Therapeuten über die erzielten Erfolge hinaus weiter zu helfen. Ich muß mir selber helfen").*
7 Mal wurde noch *Paartherapiespezifisches* genannt, wie etwa das Ende der Paartherapie wegen der *Trennung von der PartnerIn* (4 Nennungen) *("Partner war nicht interessiert an einer Fortführung der Beziehung", "wir haben eine Trennung beschlossen")* , wegen der *Abwesenheit der PartnerIn ("Partner hält sich länger in anderem Land auf")* (1 Nennung) sowie der Tatsache, daß die *PartnerIn die Therapie alleine weitermacht* (2 Nennungen) *("mein Partner machte allein weiter, mit dieser Lösung waren alle einverstanden").*

An zweiter Stelle der Ursachen stehen Angaben zu **äußeren hinderlichen Umständen auf seiten der KlientInnen** (35 Nennungen). Allem voran wird *Zeitmangel* angeführt (11 Nennungen) *("zeitliches Problem für weitere Stunden", "Streß / ausgefüllter Terminplan", "Zeitmangel, schwierige Arbeitszeiten"),* gefolgt von einem *Wohnortswechsel,* der bedingt, daß die Entfernung zur TherapeutIn zu groß wird (9 Nennungen) *("räimliche Distanz infolge Umzugs", "Ich ging ins Ausland").* Weiters gab es *gesundheitliche Probleme, Spitals- und Kuraufenthalte* (5 Nennungen) *("Spitalsaufenthalt wegen schwerer Wirbelsäulen-beschwerden", "gesundheitliche Probleme und medizinische Behandlung", "Ich kam zur Kur nach Schallerbach"), Ausbildungsbeginn, Berufseinstieg oder erhöhte Arbeitsbelastung* (5 Nennungen) *("Beginn des Studiums", "Ich bekam eine Lehrstelle, wegen der Fahrt hätte ich sie nicht annehmen können", "Zuviel Streß mit Arbeit und Weiterbildung"),* sowie *Geldprobleme* (3 Nennungen) *("Die Kosten waren mir zu hoch", "Geldmangel")* und *Schwangerschaften* (2 Nennungen) *("Ich war schwanger und heiratete, meine Energie konzentrierte sich auf mein neues Leben").*
Gründe waren auch **Veränderungen im Angebot** des/der TherapeutIn, wie daß der/die *TherapeutIn zu arbeiten aufhört, den Arbeitsplatz wechselt oder umzieht* (4 Nennungen) *("auch der Therapeut hat aufgehört, zu arbeiten", "Der Therapeut hatte eine fixe Anstellung gefunden und beendete deswegen die Therapie mit mir").*

16 KlientInnen geben einen **Wechsel** zu einem anderen therapeutischen Setting oder zu einer anderen therapeutischen Schule an. Dazu gehört der *Wechsel zu einer Gruppentherapie* (5 Nennungen) *("ging ein weiteres Jahr in Gruppentherapie", "Der Therapeut empfahl uns eine abschließende Gruppentherapie"),* der *Wechsel zu einer anderen Therapieform* (5 Nennungen) *("Mehr durch systemische Aufstellungen Einsicht zu bekommen", "Im konkreten Fall war eine Krisenintervention vereinbart, die eben nur kurzfristig war. Danach Wechsel zu einer anderen Therapieform"),* der *Wechsel zu einer Einzeltherapie* (2 Nennungen) *("machte Einzeltherapie"),* der *Wechsel zu einem männlichen Therapeuten* (2 Nennungen) *("Ich wollte zu einem männlichen Therapeuten wechseln"),* der *Beginn einer Therapieausbildung* (1 Nennung) *("Ausbildung/Lehrtherapie")* sowie der Wechsel zu einer nicht psycho-therapeutischen *anderen Behandlungsform* (1 Nennung) *("Ich war im Sommer 1996 mit regelmäßigen Shiatsu-Behandlungen, die mir sehr gut taten und die ich jetzt noch weiter in Anspruch nehme").*

Es wurde auch häufig von **positiven Therapieabschlüssen** berichtet (26 Nennungen), was ebenfalls eine Wiederholung der zum Ankreuzen vorgebenen Kategorien entspricht. 10 KlientInnen hatten etwa das Gefühl, es *wieder alleine ohne Therapie schaffen zu können* bzw. sahen das Leben wieder als positive Herausforderung *("Brauchte eine Pause, wollte es auch ohne Therapie schaffen", "auch der Wunsch, nach 7 Jahren das "Nest" zu verlassen", "Ein*

neuer Abschnitt hat begonnen: Für meine Entwicklungssuche ich selbständiger zu werden."). 7 Personen gaben eine *Besserung ihrer Probleme* als Begründung an *("Es wurde leichter, ich konnte wieder leichter entscheiden, was mir gut tut", "Ich konnte mich von den Problemen lösen, obwohl vielleicht nicht nur durch die Therapie - dennoch war sie ein sehr wichtiger Beitrag zur Lösung").* 5 Mal wurde betont, daß *das Therapieende gleichzeitig und gemeinsam von KlientIn und TherapeutIn beschlossen* wurde *("ich hatte zur selben Zeit wie die Therapeutin das Gefühl, daß ich die Therapie beenden könnte", "im Einverständnis mit Therapeutin").* 4 weiteren ProbandInnen gaben an, die *festgelegten Ziele in der Therapie erreicht* zu haben *("definierte, gemeinsame Ziele erreicht - Entscheidung, jeder individuell weiter", "Die anfangs besprochenen Ziele waren für mich erreicht").*

Schließlich wurden noch diverse **formale Gründe im Setting der Anfangszielsetzung** angeführt (12 Nennungen) wie etwa die Tatsache, daß der *festgelegte Zeitraum bzw. die Anzahl der Therapiestunden einfach vorbei* waren (8 Nennungen) *("Das 30-Stunden-Soll war erfüllt!", "Ich halte nichts von Dauertherapie. Ich hatte bestimmten Rahmen (5 Sitzungen) und finde, daß er für meine Problemstellung ausreichte.")*

7 KlientInnen geben an, daß sie eine **Therapie weitergeführt** haben. Sie sagen aus, die *Therapie sei noch nicht zu Ende* (5 Nennungen) *("habe immer noch Therapie", "habe noch nicht aufgehört")* oder sie betonen die Möglichkeit, *bei Bedarf weitere Therapiesitzungen* zu vereinbaren (2 Nennungen) *("Vereinbarung, bei Bedarf kurzfristig wieder eine Therapiesitzung zu ermöglichen").*
2 Aussagen konnten nicht ausgewertet werden.

Auf die Frage nach Gründen für die Beendigung der Therapie nützen 30% der Gesamtstichprobe die Antwortmöglichkeit der freien Restkategorie: Etwa 28% der Antwortenden beziehen sich auf problematische Gründe, die mit dem Therapieprozeß zu tun haben, wobei die Mehrzahl der KlientInnen (9%) interne Zuschreibungen dafür angibt. Jeweils 3-4% der Antwortenden äußern Angst vor Abhängigkeit von der Therapie, kritisierten die Person des/der TherapeutIn, sahen die therapeutische Beziehung als zu problematisch oder erwarteten keine Verbesserungen von der Therapie (mehr). 12% aller Antwortenden führten eine andere Therapie weiter; sie wechselten zu einem/r TherapeutIn anderen Geschlechts, einer anderen Schule, oder zu Gruppe- bzw. Einzeltherapie.
20% aller Antwortenden geben positive therapieimmante Gründe für die Beendigung an: Sie sahen sich wieder in der Lage, ohne Therapie auszukommen oder ihre Probleme hatten sich weitgehend gebessert. Weitere 6% nennen formale Gründe, wie das Auslaufen der bei Beginn der Therapie vereinbarten Sitzungszahl.
27% aller Antwortenden geben für ein Ende der Therapie äußere Umstände an: Wohnort- Berufswechselwechsel, Zeit- oder Geldmangel bzw. Ausbildungsbeginn.

3.2.3.27 Haben Sie nach dieser Psychotherapie noch andere Psychotherapien begonnen? Wenn ja, warum? (Frage 48)

Etwas über ein Fünftel aller Personen geben an, nach Beendigung dieser Gestalttherapie noch andere Psychotherapien begonnen zu haben (99 Nennungen). Gefragt nach den Gründen dafür, ergibt sich folgendes Bild:
Die meisten der KlientInnen geben an, daß die Gründe mit ihren **neu (wieder) aufgetauchten Problemen** zu tun haben (38 Nennungen). 15 Personen geben an, daß ein *neues Problem oder ein krisenhaftes Ereignis* der Grund für eine neuerliche Psychotherapie sei (15 Nennungen)

("nach dem Tod meines Ehegatten zur Unterstützung bei meiner Trauerarbeit und Übergang in eine neue Lebensphase", "in persönlichen Krisensituationen"). 11 Mal werden diverse *Probleme* angeführt, ohne daß darauf eingegangen wird, ob es sich dabei um alte oder neue Probleme handelt *("Lernstörung", "Impotenz", "Außerdem psychosomatische Beschwerden, obwohl ich völlig gesund bin und keinerlei körperliche Gebrechen habe, fühle ich mich oft kraftlos und ohne Motivation, als wäre meine "Energieschalter" ausgeklickt").* 7 ProbandInnen haben das Gefühl, daß ihre *Probleme im Rahmen der bisherigen Therapie entweder gar nicht oder nur ungenügend gelöst* worden sind und benötigen daher noch einmal therapeutische Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Schwierigkeiten *("Weil ich meine Therapieziele nicht erreichte in dieser kurzen Zeit und weil noch so viel zum Aufarbeiten da ist.", "weil diese fast nichts brachte").* 5 Äußerungen weisen auf *Rückfälle* hin *("weil Symptome genauso stark wie vorher wiederkamen", "weil ich nach einem Jahr, wo ich keine Therapie hatte, spürte, wieder mehr Rückfälle zu erleiden, fühlte mich unausgeglichener, gestreßter, unzufriedener").*

An zweiter Stelle der Ursachenrangliste stehen Gründe, die mit dem **therapeutischen Setting** zusammenhängen (31 Nennungen). Vor allem ein *Wechsel zu einem anderen Setting oder einer anderen therapeutischen Schule* wird angestrebt (29 Nennungen). 7 Mal wird eine *Paartherapie oder -beratung* begonnen *("eine Paartherapie, da ich momentan mit einem Alkoholiker zusammen bin und Angst habe, wieder rückfällig zu werden und mich für sein Leiden verantwortlich zu fühlen", "Eheberatung").* 5 Mal erfolgt ein Wechsel zu einer *Einzeltherapie ("weil Einzeltherapie intensiver als Gruppentherapie", "Einzel statt Gruppe, weil mehr Zeit, um selbst zu arbeiten"),* 4 Mal ein Wechsel zu einer *Gruppentherapie ("nach fast 2 Jahren Einzeltherapie und Verbesserung meiner Situation wollte ich eine Gruppentherapie beginnen").* Ebenfalls 4 Mal kommt es zur Wahl einer *anderen therapeutischen Schule ("aus Interesse an Hypnosetherapie (andere Therapierichtung)", "Psycho- gestrichen, Körper- darübergeschrieben, das Bedürfnis, mich über meinen Körper mit mir und meiner Umwelt auseinanderzusetzen, Körper als unmittelbarer Zugang zu meinem Inneren").* Seltener die TherapeutIn aufgrund ihres *Geschlechts* gewechselt, sei es, daß eine *Frau* bevorzugt wird (2 Nennungen) *("weil mit männlichem Therapeuten noch zu angstbesetzt, Wechsel zu Frau", "Ich wollte am Thema Sexualität mit einer Frau arbeiten"),* sei es daß ein *Mann* gewählt wird (1 Nennung) *("wir kamen gemeinsam zu dem Ergebnis, daß ich nach einer gewissen Pause zu einem männlichen Therapeuten gehen und bei diesem noch einige Stunden nehmen soll").* 3 Mal stehen Kostengründe im Vordergrund und es erfolgt somit ein Wechsel zu einer *billigeren oder kostenlosen Therapiestelle ("weil der andere Therapeut nur die Krankenkassenkosten verrechnete und somit viel billiger war").* 2 Mal wird eine Therapie *gemeinsam mit der Ex-PartnerIn* begonnen, um die Trennung zu bearbeiten *("Nachjustieren der Beziehung zum getrennten Partner").* 1 Mal wurde eine *Balint-Gruppe* besucht *("Balint-Arbeit, um Kraft für Beruf zu erhalten").* 2 Mal gab es die *ganze Zeit über eine zweite Therapie*, die eben fortgesetzt wird *("parallel eine Gruppentherapie").*

In den Antworten zeichnet sich auch eine dritte Gruppe von Gründen ab, den Wunsch der KlientInnen nach weiterer **persönlicher Entwicklung und Verbesserung** hinweisen (15 Nennungen). 7 Personen wollen einen bestimmten Punkt noch *genauer analysieren*, haben den Wunsch nach Klärung und sind bereit, an sich zu arbeiten *("es gab noch einiges, was ich anschauen wollte", "persönliche Klarheit", "Neugierde war da, selbst weiter mit mir zu arbeiten").* Jeweils 2 KlientInnen streben nach *Weiterentwicklung zu mehr Lebensverständnis ("Ich empfinde sie als Quelle von Lebensverständnis", "Weiterentwicklung"),* wollen ihre *Lebensqualität verbessern ("daß es mir besser gehen wird!")* oder haben *nach einer Pause* Lust, die Therapie fortzusetzen *("weil ich glaubte, daß ich nach genügend Pause wieder*

etwas ändern könnte"). Einmal wird erwähnt, daß *man vor sich selbst nicht davonlaufen kann*, ein andermal wird auf den *ständigen Prozeß* der Persönlichkeitsentwicklung hingewiesen.

12 der angeführten Gründe hängen eng mit **Aus- und Weiterbildung** der KlientInnen zusammen. 9 neue Therapien dienen dabei lediglich *Ausbildungszwecken ("zu Ausbildungszwecken - Lebens- und Sozialberaterin"," Therapieausbildung"),* 3 weitere weisen auf den *Besuch anderer Seminare und Trainigsmethoden* hin *("Therapie nicht, ich mache nun allerdings ein Jahrestraining (schon fast zu Ende), welches mit Selbsterfahrung, Energien und Sexualität zu tun hat", "Shiatsubehandlung -> mehr körperorientiert -> mehr Geborgenheit ohne viel Worte").*
2 Mal wurden Gründe angeführt, die etwas mit der **Person der TherapeutIn** zu tun haben *("meine jetzige Therapeutin hat mehr Erfahrung mit 302,5", "weil ich eben den richtigen nicht gefunden habe, so mußte ich weitersuchen").*
2 KlientInnen geben an, ***Gründe genug*** zu haben bzw. es einfach zu wollen, 1 weitere Antwort konnte nicht ausgewertet werden.

Auf die Frage nach weiteren Psychotherapien nach Abschluß ihrer Gestalttherapie antworten etwa 20% der Stichprobe. 38% aller dieser Antwortenden sehen sich dazu durch ein neu/wieder auftauchendes persönliches Problem veranlaßt. 31%der hier Antwortenden wechseln zu einem anderen Setting (Geschlecht des/der TherapeutIn, Gruppe/Einzel) oder Therapieschule. 15% aller hier Antwortenden verspüren das Bedürfnis nach fortgesetzter persönlicher Weiterentwicklung und Selbstanalyse durch Psychotherapie, 12% haben im Rahmen von späteren Aus- und Weiterbildungen weitere Psychotherpieerfahrungen.

3.2.3.28 Haben Sie nach der Therapie andere Beratungen/psychosoziale Stellen in Anspruch genommen? Wenn ja, welche? (Frage 49)

12,5% aller befragten Personen nannten die nach Therapieende in Anspruch genommen anderen Beratungen oder psychosoziale Stellen (54 Nennungen).
Am häufigsten wurde die Hilfe diverser **Beratungsstellen** in Anspruch genommen (16 Nennungen), wobei sich hier eigentlich keine klaren Vorlieben zeigten. So wurden jeweils 3 Mal der *PSD*, *Familien- und Eheberatungstellen* sowie *kirchliche Stellen ("Diözesane Beratungsstelle", "von der Caritas")* angeführt, 2 Mal die *psychologische StudentInnenberatungsstellen*, sowie je 1 Mal das *Frauengesundheitszentrum*, die *Frauenberatungsstelle*, die *Männerberatungsstelle*, das *Institut für Erziehungshilfe* sowie die *verhaltenstherapeutische Ambulanz im AKH*.
9 KlientInnen begannen eine **neue Therapie,** wobei 4 mal der/die *TherapeutIn ("anderer Therapeut")* und 5 Mal das *therapeutische Setting ("Gruppentherapie, Verhaltenstherapie-wochenende", "Einzeltherapie", "Familientherapeutische Beratung")* gewechselt wurde.
Weiters wurden diverse **Beratungen im nichtinstitutionellen Kontext** angeführt (4 Nennungen): So wurden 2 Mal *therapeutisch-psychologische Beratungen in Krisen-situationen ("Psychologin zur Bewältigung akuter Problemstellungen")* in Anspruch genommen, eine *Lebensberatung* und eine *sportpsychologische Beratung* besucht.

Ebenfalls 10 Mal wurde die **Beschäftigung mit Spirituellem/ Esoterischem** im weitesten Sinn sowie ***mit* Selbsterfahrung** genannt. Darunter fallen 3 Äußerungen im *esoterischen Bereich ("Bachblütentherapie", "Heilungszeremonien bei Schamanen Trommelreisen", "Gespräche über Reinkarnation")* sowie in den *Selbsterfahrungsbereich ("ich habe ein*

Wochenendseminar besucht über Körperlichkeit / Sexualität), 2 *Meditationen*, 1 Mal *NLP* - neurolinguistisches Programmieren - *("Resonanz-Gruppe NLP")* sowie 1 Mal *Persönlichkeitsbildungskurse*.

6 ProbandInnen nahmen **Supervision** in Anspruch, 5 weitere gingen zu **Selbsthilfegruppen** wie etwa die *Anonymen AlkoholikerInnen, CODA*, oder eine *MS-Gruppe*.
Nur 3 Mal wurde eine **PsychiaterIn** bzw. eine NervenfachärztIn aufgesucht.
Ansonsten wurden je einmal ein **Anwalt** sowie eine **Kinesiologin,** eine weitere KlientIn **hat es in Zukunft vor**, sich an der einen oder anderen Stelle Hilfe und Unterstützung zu holen, eine andere hat **diverse Beratungen** schon hinter sich.
3 sonstige Aussagen konnten nicht ausgewertet werden.

Zu der Frage, ob sie nach ihrer Psychotherapie andere psychosoziale Hilfe bzw. Beratung in Anspruch genommen hätten, äußerten sich 54 Personen, das sind 12% aller Befragten. 30% der hier Antwortenden nannten dabei diverse institutionelle Beratungsstellen 7% Beratungen aus denen kein institutioneller Kontext hervorgeht. 18% der hier Antwortenden haben nach ihrer Therapie Selbsterfahrungs- bzw. esoterisch-spirituelle Angebote angenommen. Etwa je 10% gaben Supervision bzw. die Teilnahme an Selbsthilfegruppen an. Nur 3 Mal wurde nervenärztliche Hilfe genannt.

3.2.3.29 Haben seit dem Ende der Therapie in Ihrem Leben irgendwelche der folgenden Ereignisse stattgefunden? (Frage 50)
Diese vorkategorisierte Frage hatte die Ergänzung "sonstige wichtige Ereignisse" für nicht aufscheinende life events.

101 KlientInnen geben hier für sie wichtige Lebensereignisse an.
Diese Ereignisse fanden vorwiegend im **familiären Bereich** statt (45 Nennungen). Innerhalb der Familie fanden die wichtigsten positiven und negativen Begebenheiten mit den jeweiligen *PartnerInnen* statt (19 Nennungen), etwa im Sinne einer *Heirat* (10 Nennungen) *("Partner geheiratet", "Hochzeit vor 6 Wochen")*, einer *Verbesserung oder Veränderung der Partnerschaft* (5 Nennungen) *("Partner änderte eine schwierige Seite", "nach einem Jahr Krise in der Partnerschaft, die aber überwunden und positiv gelöst werden konnte")* , einem *Beginn von Partnerschaft bzw. einer Trennung* (2 Nennungen) *("diverse Beziehungsanfänge allgemein unbefriedigend", "Partnerschaft begründet, die 7 Monate später wieder zu Ende war")*, eine *Wiederaufnahme der Partnerschaft* (1 Nennung) *("meine Ehe mit meiner damaligen Partnerin wieder aufgenommen, zweites Kind ist unterwegs")* oder einfach *keine Partnerschaft* zu haben (1 Nennung) *("1 Jahr ohne Partner")*.
An zweiter Stelle familiärer Angelegenheiten stehen Belange, die den *Nachwuchs* betreffen (12 Nennungen), wie etwa eine *Schwangerschaf*t (6 Nennungen) *("Kind wird erwartet", "gerade schwanger")*,was jedoch seine Entsprechung in den oben vorgegebenen Antwortkategorien findet; der *Auszug der Kinder* (4 Nennungen) *("3 Kinder und Enkelkind haben das Haus verlassen", "Sohn aus der gemeinsamen Wohnung ausgezogen")*, die *Geburt eines Enkelkindes* (1 Nennung) *("Enkelkind bekommen!")* oder die *Verbesserung der Beziehung zum Kind* (1 Nennung) *("sehr gute Beziehung zu meinem Sohn, dem ich aus verschiedensten Gründen keine gute Mutter war oder keine, die seine Probleme lösen konnte!")*. Weiters gibt es noch *krisenhafte Ereignisse in der Familie* (8 Nennungen), wie den *Tod eines Angehörigen* (5 Nennungen) *("Tod der Mutter", "Tod meines Vaters")*, eine *Krise in verwandtschaftlichen Beziehungen* (2 Nennungen) *("Da ich mir meinen Erbteil ausbezahlen ließ, wurde ich von meiner Tante (Haupterbin) geächtet, das war Sept./Okt. 92. 1994 trat sie wieder in Briefkontakt mit mir und 1996 lud sie mich ein. Immerhin ist sie die*

Schwester meines Vaters und neben meiner Mutter eine noch lebende Verwandte"), oder den *schweren Unfall* eines Familienmitglieds (1 Nennung) *("Unfall des neuen Partners - schweres Schädelhirntrauma - Pflegefall auf Dauer")*. Es wurden noch 6 *sonstige familiäre Begebenheiten* geschildert, so etwa die Entwicklung von *Distanz zur Familie* oder Verwandtschaft (4 Nennungen) *("Trennung von der ´lieben Verwandtschaft´", Distanz zu meiner Herkunftsfamilie")* und ein *besserer Kontakt* oder Zugang zur Familie (2 Nennungen) *("Zugang zu meiner Familie wiedergefunden").*

An zweiter Stelle kommen Ereignisse im **beruflichen Bereich** (18 Nennungen), die jedoch auch von den vorgegebenen anzukreuzenden Kategorien abgedeckt sind und hier nochmals expliziert werden. Dazu gehören *diverse berufliche Veränderungen* (8 Nennungen) *("eine Berufsentscheidung getroffen", "neue Aufgabe in gleicher Firma", "Nebenberuf", "Abteilung am Arbeitsplatz ausgegliedert")*, der Sprung in die *berufliche Selbständigkeit* (5 Nennungen) *("habe mich beruflich selbständig gemacht", "gemeinsam Firma gegründet", "ein Modeatelier für Kinder gegründet")* sowie je eine Äußerung zu *Berufseinstieg ("1. fixe Anstellung"), Pensionierung ("Pensionierung wegen Altersgrenze")* und *Karenzierung ("derzeit in Karenz").* 2 weitere Nennungen beziehen sich auf ***persönliche Erfolge im kreativ-künstlerischen Bereich*** *("ein Buch herausgegeben (1996)", "persönliche Erfolge neben meinem Beruf (Kunst)").*

Aber auch im **Bereich der Ausbildung** fand einiges statt (9 Nennungen). 4 KlientInnen *begannen (wieder) eine Ausbildung oder setzten sie fort ("Studium - Endspurt begonnen -> Diplomarbeit, außerdem neue Ausbildung begonnen, (kurzen) Job bekommen", "Studium fortgesetzt")*, 4 weitere *schlossen ihre Ausbildung ab ("Ausbildung abgeschlossen", "Mein Pädagogik-Studium abgeschlossen")*, eine konnte ihre *Ausbildung nicht abschließen ("Ausbildung nicht abgeschlossen -> Matura nicht ganz beendet!").*
Ebenso oft wurden Aspekte der eigenen **Gesundheit** von den ProbandInnen angeführt (9 Nennungen), wobei häufiger von *gesundheitlichen Problemen* die Rede war (8 Nennungen) *("Wirbelsäule-Probleme Bluthochdruck in der Nacht", "Brustkrebs", "eine unheilbare Krankheit festgestellt", "Fehlgeburt bei 2. Schwangerschaft")* als von *gesundheitlichen Verbesserungen* (1 Nennung) *("wesentliche gesundheitliche Verbesserung").*

Aber auch die individuellen **äußeren Lebensumstände** änderten sich laut Angaben der KlientInnen nach Abschluß der Therapie (7 Nennungen). So gab es etwa Änderungen der *Wohnsituation* (4 Nennungen) *("Haus gekauft (aber noch kein Umzug)", "Ortswechsel", "zurück in die eigene Wohnung, Ausweichquartier aufgegeben")*, das Auftreten *finanzieller Probleme* (2 Nennungen) *("durch Konkurs einer Firma mein GESAMTES Vermögen verloren", "finanzielle Probleme")* sowie eine *Verbesserung der finanziellen Situation* (1 Nennung) *("finanziell ohne Verpflichtungen (alle Schulden bezahlt)").*

6 allgemeine **Verbesserungen** wurden vor allem **intern attribuiert** *("keine Alkohol", "Kontakt zu Freunden wiederaufgenommen", "ohne Angst und Hemmung mit einem Mann schlafen")*
6 Mal wurden **sonstige positive Aspekte** genannt *("mehr Freizeit", "bessere Entwicklung in der Selbständigkeit", "nein, keine außer einem neuen, für mich sehr interessantes Hobby").*
2 Nennungen bezogen sich darauf, daß die **Zeit** Reifung bringt *("Sommerbeginn", "Ich bin erwachsen geworden")*, 1 Person **plant Veränderungen ihrer Lebensumstände** *("zukünftig in Planung").*

9 Mal wurde explizit angeführt, daß es **keine Veränderungen** seit Ende der Gestalttherapie gegeben hat *("keine", "nein", "nichts").*

Bei der inhaltlichen Kategorisierung dieser Frage zeigten sich wenig neue Informationen außerhalb der schon vorgegebenen: Das Gros der Nennungen (44% der hier Antwortenden) gibt familiäre Veränderungen, hauptsächlich im Bereich einer bestehenden Partnerschaft an. 18% aller Antwortenden haben berufliche Veränderungen erfahren, 9% Ausbildungen begonnen bzw. abgeschlossen. Anzumerken ist dabei daß die Ereignisse von überwiegend erfreulicher Qualitäten beschrieben werden. 8% der Antwortenden klagt über körperlich-gesundheitliche Probleme. Je 7% der Antwortenden gaben noch weitere erfreuliche Änderungen ihrer inneren bzw. äußeren Lebensumstände an.

3.2.3.30 Hatten Sie seit Beendigung Ihrer Therapie "Rückfälle", Zeiten, in denen Ihre alten Symptome oder Probleme verstärkt wieder aufgetreten sind? Wenn ja: wie oft seit Ende der Therapie? (Frage 51)

Etwa zwei Fünftel (181) aller ProbandInnen geben im ersten offenen Teil der Frage an, seit Beendigung ihrer Therapie Rückfälle bezüglich alter Symptome gehabt zu haben. Dabei streut die subjektiv empfundene Häufigkeit dieser Rezidiva enorm.
Am häufigsten (99 Nennungen) werden Rückfälle als **seltenes Ereignis** beschrieben, das *fast nie* eintritt (24 Nennungen, 13% aller Angaben), andere empfinden sie als *gelegentlich, manchmal* und ***hie und da*** auftretend (22 Nennungen, 12% aller Angaben). Einige begrenzen diese Rückfälle auch auf *zwei bis drei Mal seit Therapieende* (19 Nennungen, 10%). Fast ebenso viele geben an *ein bis zwei Mal seit Therapieende* ein Rezidiv erlitten zu haben (17 Nennungen, 9%) oder diese *jährlich, pro Quartal oder jahreszeitlich* gebunden zu erleben (ebenfalls 17 Nennungen, 9%). Aber auch **einige Male seit Therapieende** werden in diesem Zusammenhang von 16 KlientInnen angeführt (9%).
Zählt man zu diesen Angaben, die eine geringe Rückfallsquote bescheinigen, noch andere verwandte Antworten wie etwa **nie** (1 Nennung), **Tendenz fallend** (1 Nennung) so zeigt sich, daß insgesamt rund rund ein Drittel der Gesamtstichprobe, d.s. zwei Drittel der hier Antwortenden (117 Nennungen) kaum Rezidiva seit Therapieende erlebt haben.
Auf der anderen Seite stehen 53 KlientInnen, die angeben, **öfter** Rückfälle erlitten zu haben (15 Nennungen, 8% aller Angaben). Sie können diese auch *täglich* (4 Nennungen, 2%), ***wöchentlich*** (7 Nennungen, 4%) oder *monatlich* (10 Nennungen; 5,5%) haben. Andere wiederum erleben ihre Rezidiva als *regelmäßig* (4 Nennungen, 2%) oder *phasenweise immer wieder* (7 Nennungen, 4%) auftretend. 3 Mal wird sogar erwähnt, daß die *Frequenz* der Rückfälle *im Steigen* begriffen ist oder **immer** (3 Nennungen, 1,5%) vorhanden ist.
Zusammen ergibt das somit eine Gruppe der höheren Rückfallsquote seit Beendigung der Gestalttherapie von rund 29% (53 Nennungen).

Die restlichen Angaben sind nicht so leicht der einen oder anderen Gruppe zuordenbar. Sie beinhalten Aussagen wie etwa **verschieden** (7 Nennungen, 4% aller Angaben), oder **stressbedingt** (4 Nennungen, 2%) und **sonstige** nicht vereinheitlichbare Aussagen (4 Nennungen).
10 ProbandInnen (5,5% aller Angaben) geben auch an, es **nicht genau zu wissen**, wie oft ihre Rückfälle seit Therapieende wiedergekehrt sind.

Auf die Frage nach der Häufigkeit ihrer Rückfälle seit Therapieende antworten 42% der Gesamtstichprobe. Von diesen Antworten können etwa 60% das sind 13% der Gesamtstichprobe einer Kategorie von seltenen, geringen bzw. scheinbar nicht wesentlich beeinträchtigenden Rückfällen zugeordnet werden. 8% der

Gesamtstichprobe berichten von häufigeren Wiederauftreten alter Symptome, die restlichen Antworten bestätigen zwar das Vorhandensein von Rückfällen, sind jedoch zu vage, um sich zeitlich einordnen zu lassen.

3.2.3.31 Wie gehen Sie mit Rückfällen um? (Frage 51)
214 KlientInnen geben an, wie sie mit diesen Rückfällen umgehen. Dabei zeigt sich, daß es eine Vielzahl verschiedenster Bewältigungsstrategien im Falle von Rezidiva gibt.

Die größte Kategorie (55 Nennungen) ist jene, die sich auf einen **gelassenen ruhigen Umgang mit Rückfällen** bezieht. 19 Personen begegnen einem Rückfall mit *Gelassenheit, Geduld und Ruhe (“versuche, sie gelassen zu nehmen”, “mit den kleinen lohnt es sich Geduld zu haben”, “lasse mich nicht mehr so leicht aus der Ruhe bringen”).* oder 11 weitere geben an einfach abzu*warten,* bis der Rückfall wieder verschwindet *(“still sitzen und warten, bis es vergeht (sind Tagträume, was gewesen wäre, wenn...)”).*
Weitere 18 KlientInnen üben sich in *Akzeptanz* der Dinge, die sie nicht verändern können *(“wie ein Ohnmächtiger mit seiner Ohnmacht umgeht: Man muß sie hinnehmen, um sich dann wieder Wichtigerem zuzuwenden”).* Der Unterschied zwischen diesen beiden Kategorien liegt darin, daß Gelassenheit und Ruhe eher die emotionale Seite, akzeptieren hingegen eher die kognitive Seite einer solchen Bewältigungsstrategie beschreibt.
5 KlientInnen *gehen* zumindest *angstfreier* mit ihnen *um (“versuche, mich nicht zu fürchten”, “weniger angstbesetzt”)* 2 weitere sind *frei von Schuldgefühlen (“falle nicht in Selbstbeschuldigungen”).*

Bei der nächstbeschriebenen und nächstgrößten Kategorie (51 Nennungen) Kategorie ist ein offensichtlicher **Transfer des in der Therapie Erkannten** oder Bearbeiteten zur Strategie des Umgangs mit Rückfällen geworden. 15 ProbandInnen reicht es in Krisensituationen *an die Therapie und das dort Erlernte zurückzudenken (“ich denke an die Therapie, an den Therapeuten - und das allein hilft, wieder zu hoffen”, “ich spüre dann, daß ich im alten Fahrwasser bin und versuche, mich zu erinnern, was wir während der Therapie gemacht haben”).*
Weitere in der Psychotherapie erworbene Bewältigungsstrategien, die angeführt wurden, lauten wie folgt: *Bewußtmachung* des Rückfalls bzw. ein bewußter Umgang damit (9 Nennungen) *(“nehme dies als Anlaß, wieder bewußter mit MIR umzugehen”).*
Die *Interpretation des Rückfalls als Schritt der eigenen Persönlichkeitsentwicklung* (9 Nennungen) Hier bearbeiten die ProbandInnen nicht “das Problem” (vgl. Kategorie “Problemlösungen suchen, finden, entwickeln”), sondern setzen bei der eigenen Person an, was m.E. auf eine Form der Kontrollüberzeugung hinweist (intern / extren) *(“sind Antriebsfeder, an mir zu arbeiten (z.B. Kunst) - daher nicht mehr Feind, manchmal auch Freund, wenn danach ein Erfolg (zB. Kunst) eintritt”).*
Weitere 6 *suchen* explizit aktiv nach dem *Auslöser (“ich schaue nach, wodurch sie ausgelöst wurden”).* 5 Antwortende versuchen, *innerhalb ihrer Partnerschaft anders miteinander umzugehen (“Versuch, mit dem Partner wieder auf eine konstruktive Ebene zu kommen”)* um Rückfällen entgegenzutreten. 7 ProbandInnen führen eine *Abgrenzung* zu den Geschehnissen herbei *(“Ärger nicht so oft schlucken, früher “nein” sagen”).*

Als **rationalere Strategien** des Umgangs mit Rezidiva, die allerdings auch durch die psychotherapeutische Behandlung ermöglicht worden sind, finden sich bei 36 Antwortenden folgende Kategorien: *Reflektieren und Analysieren* des Rückfalls und der damit verbundenen Situation (25 Nennungen) *(“ich versuche, nicht impulsiv und emotional, sondern analytisch damit umzugehen”, “ich weiß, daß mir diese Rückfälle nichts mehr anhaben können, ich*

brauche zu ihrer Bewältigung keine Medikamente, sondern ich besiege sie durch mein Wissen"). Je 11 KlientInnen *suchen, entwickeln oder finden Lösungsstrategien ("erarbeite mir selbst Lösungen")*

Damit verwandt seien auch folgende **aktive Umgangsformen** (23 Nennungen) mit Rückfällen angeführt: 7 ProbandInnen geben *generell* an, *aktiv* mit ihren Rezidiva *umzugehen ("Ich habe an mir beobachtet, daß ich mich, wenn es mir ganz schlecht geht, nicht mehr lähmen lasse und mich verkrieche; ich bin soweit, daß ich mir selbst den nötigen "Kick" gebe und unter Menschen gehe"),* das *Suchen neuer Ziele* (2 Nennungen) *("ich versuche, mir Ziele zu stecken").* 9 KlientInnen versuchen es mit *Ablenkung durch mehr Freizeit, Sport oder Arbeit (" sie vergingen, wenn ich mir etwas Ferien gönnte","lenke mich ab - durch Arbeit und Sport").*
5 KlientInnen beginnen Texte zu *schreiben*, wenn sie einen Rückfall erleiden *("Versuch, die Probleme auszuformulieren, indem ich sie niederschreibe")*

Die viertgrößte Kategorie ist die jener Nennungen, bei der sich die Antwortenden an jemanden zur Hilfe wenden. 31 KlientInnen **suchen** sich durch **Aussprache** bei einer vertrauten Person, um Erleichterung zu verschaffen *("rede mehr über mich, auch anders, offener, ehrlicher, schonungsloser").*Viele *suchen Hilfe* bei den verschiedensten Personen, am häufigsten *bei FreundInnen* (5 Nennungen) *("durch größeren Freundeskreis sind Abstürze nicht mehr so tief"),* innerhalb der *Partnerschaft* (4 Nennungen) *("ich hole mir Hilfe, Zuwendung und Aussprache durch Partner"),* aber auch in *Selbsthilfegruppen* (2 Nennungen) *("Beratungsgespräche in Selbsthilfegruppe")* oder einfach *generelle Unterstützung*, egal von wem (3 Nennungen) *("ich habe gelernt, mir Hilfe dort zu holen, wo ich glaube, daß es für mich gut ist").*
4 Mal wird eine **ÄrztIn beigezogen** *("ich habe mich vom Hausarzt behandeln lassen und es geht mir schon seit 7 Monaten sehr gut")*

Eine zukünftige neuerliche Aufnahme bzw. Rückkehr in **Psychotherapie** ist für 24 Personen eine Möglichkeit des Umgangs mit Rückfällen. 15 Personen haben schon eine *neue Therapie begonnen ("gehe zur Zeit in eine Gesprächstherapie, die vieles aus der Paartherapie, aber auch Vorzeit nochmals in einen großen Bogen zieht").* 5 KlientInnen haben die *alte Therapie fortgesetzt* oder würden dies zumindest gerne tun *("ich würde mir wünschen, diese Art von Therapie weiterzumachen, bin aber nicht überzeugt, daß es einen Sinn hat ohne die Bereitschaft meines Partners")* Bei Bedarf würden in der *Zukunft wieder TherapeutInnen* (4 Nennungen) *("würde notfalls wieder nach fachmännischer Hilfe durch Therapie greifen")* zur Hilfe neu herangezogen werden.

13 Mal wird angegeben, daß **positives Denken** den Umgang mit Rezidiva erleichtert *("ich glaube aber, daß das ganze Leben ein auf und ab ist und sie versuchen müssen, es zu bewältigen oder das Beste aus der Situation zu machen").*
Weitere 9 Antwortende bemühen sich um **Entspannung** und nehmen sich **mehr Zeit für sich** selbst *(neulich versuche ich einfach, mich auf "Sparflamme" zurückzustellen, zB. "Winterschlaf"")* oder helfen sich mit *Autogenem Training* (2 Nennungen). 8 Personen versuchen, *sich selbst etwas Gutes zu tun ("baue mich auf, schau auf mich").*

Ohne wirklich auf die jeweilige Methode einzugehen, gibt es noch 32 **generell positive Äußerungen** zum Umgang mit Rückfällen: So versichern 12 KlientInnen ganz allgemein, jetzt *besser mit Rückfällen umgehen* zu können als früher *("wird zunehmend besser"),* 17 weitere führen an, überhaupt *kein Problem mit Rückfällen* zu haben *("sind für mich jetzt eher "normale" Gemütsschwankungen"),* 3 ProbandInnen meinen, ihre ***Rückfälle*** wären

insgesamt betrachtet <u>seltener und schwächer</u> geworden *("Rückfälle reduzieren sich - komme recht rasch aus meinem "Loch" wieder raus und falle auch nicht so tief").*

4 Mal wird ein **aktives Vermeidungsverhalten** an den Tag gelegt, bei der der Auslöser, sofern bekannt, gemieden wird *("versuchen, Verhaltensweisen, die mit Depression enden, zu vermeiden").* Selten aber doch wird ein **sehr vorsichtiger Umgang mit Rückfällen** angeführt (3 Nennungen) *("sehr sorgsam, es waren immer Symptome für ernstzunehmende Probleme"),* **Weinen** (2 Nennungen) *("ich weine, das befreit"),* kann auch Erleichterung bringen.
Einnahme von **Medikamenten und Psychopharmaka** (8 Nennungen) *("seit kurzem härtere Maßnahmen, d.h. Psychopharmaka")* wird 8 Mal als Hilfe bei Rückfällen genannt.

3 Personen meinen dezitiert, sie würden unverändert **wie vor ihrer Therapie** mit Rezidiva umgehen *("genauso wie vorher"),* 20 geben an, sie hätten einen ausgesprochen **schlechten Umgang mit Rückfällen**,wobei sie hie und da etwas ins Detail gehen *("ich werde immer frustrierter, die Depressionen vertiefen sich").*
2 weitere Äußerungen beziehen sich zwar auf die Therapie, sind aber etwas kryptisch gehalten. 2 Äußerungen beziehen sich auf andere Fragen (24, 25), sowie 1 weitere Antwort konnten nicht ausgewertet werden.

Beim Umgang mit ihren Rückfällen beschreiben sich die 86% Antwortenden als kreativ: Vielfältige Strategien werden angeführt: Die häufigste Form (26% der Antworten) ist jene, den Rückfall einfach gelassen hinzunehmen und abzuwarten, ohne sich zu ängstigen. Fast ebensovielen glückt der explizit genannte Transfer von in der Therapie Gelerntem und Erkannten als Gegenstrategie zu alten Mustern. Ähnlich stark vertreten sind Nennungen eines aktiven und rationalen Umgangs mit ihren Rückschlägen. Sodann folgt ein Hilfe- und Gesprächsbeistand -Suchen im Freundes- und Familienkreis (21%). 9% der Antwortenden geben an, eine neue Therapie begonnen, bzw. die alte wiederaufgenommen zu haben, ebensoviele versuchen mit Entspannungstechniken und Sich -Verwöhnen einem Rückfall gegenzusteuern. Einen auf Vorsicht und Vermeidung bzw. Medikamenteneinnahme aufgebauten Umgang mit Rückfällen geben insgesamt 8% der Antwortenden an, weitere 10% sehen kaum eine/ keine Besserung im Vergleich zu vor der Therapie.
Insgesamt gehen ausden Antworten auf diese Frage hervor, daß etwa 3/4 aller Antwortenden konstruktiv mit Rückschlägen in ihrem seelischen Befinden umgehen.

3.2.3.32 Sind andere, neue Symptome oder schwerwiegende Probleme aufgetreten oder hinzugekommen, Wenn ja, welche? (Frage 53)

Nur knappe 15% aller Befragten (63 Personen) gaben an, seit Beendigung ihrer Psychotherapie unter neu aufgetretenen schwerwiegenden Probleme zu leiden. Dies spricht für einen relativ stabilen Behandlungserfolg der Gestalttherapie.
Am häufigsten kam es zu **körperlichen Problemen** (26 Nennungen), die immerhin zwei Fünftel aller Antworten auf diese Frage ausmachen *("Beim Kaiserschnitt meines Kindes vergaßen die Ärzte ein OP-Tuch in meinem Bauch, an dem ich fast verstarb, danach brauchte ich ein Jahr, um wieder auf die Beinen zu kommen, aber das hat nichts mit meinen damaligen Problemen zu tun..."* oder *"ich wurde sehr krank und mußte viele Untersuchungen über mich ergehen lassen").*
Des weiteren werden zu rund einem Viertel verschiedene **neue klinische Störungsbilder** angeführt (17 Nennungen), wie etwa <u>*Ängste*</u> (5 Nennungen) *("kürzlich, November 96, Symptomentwicklung: soziale Phobie (=eher neu) in beruflichem Kontext..")*, <u>Depressionen</u>

(5 Nennungen) *("reaktive Depression"),* aber auch *Suchtprobleme* (2 Nennungen) *("Alkoholprobleme"), Eßstörungen* (2 Nennungen) *("Eßstörung - ich kann nicht aufhören zu essen, bis ich fast platze oder mir schlecht wird"),* sowie je einmal *Traumatisierungen ("ich bin erschöpft, ich kämpfe seit über 20 Jahren darum, ein lebenswertes Leben zu dürfen (frühkindliche Vergewaltigung und Mißhandlungen bis zur Matura), Es gelingt mir nicht. Mir ist die Puste ausgegangen."), Schlafstörungen ("Schlafstörungen in einer neuen belastenden Situation")* und *Psychosen.*

Außerdem führen die KlientInnen 14 Mal **emotionale Konflikte und Probleme** an (22%). Dazu zählen *emotionale Probleme* (6 Nennungen) *("zugenommen haben die plötzlichen Stimmungsschwankungen")* sowie in geringerem Ausmaß auch *innerer Zwiespalt* (2 Nennungen) *("Drang nach Heimatrückkehr und gleichzeitig meine Mutter kommt nach Österreich zu leben"), Ziellosigkeit* (2 Nennungen) *("ich glaube, das Leben läuft mir davon"),* Probleme mit dem *Altern* (2 Nennungen) *("andere Symptome: nächstes Jahr werde ich 50, bin im Wechsel und habe Gewichtsprobleme. Mit anderen Worten, ich arbeite an der Tatsache, daß man nicht jünger wird. Das nächste Mal werde ich mich wohl vor meinem 60er so fühlen")* sowie ein Mangel an *Selbstwert* (2 Nennungen) *("Selbstwertgefühl läßt nach bzw. sinkt")* .

Etwa gleich häufig (13 Nennungen) werden Reaktionen auf **kritische Lebensereignisse** geschildert, wie etwa *Krankheit, Unfall oder Tod von Angehörigen oder Bekannten* (5 Nennungen) *("mein Freund hat Selbstmord begangen"), berufliche und schulische Probleme* (5 Nennungen) *("kein Abschluß, keine Arbeit")* sowie *Wohnungsprobleme* (2 Nennungen)*("Wohnungswechsel")* oder *finanzielle Schwierigkeiten.* (1 Nennung).

10 mal (16%) werden **Überforderung und Erschöpfungsgefühle** als schwerwiegende Probleme angeführt, wobei sowohl eine *generelle Überforderung* (6 Nennungen)*("schaffe ich alles?"* oder *"komplette Überforderung, angestrengt sein, habe meine Kinder von früh bis spät")* mit der derzeitigen Lebenssituation als auch eine *Doppel- und Dreifachbelastung* (4 Nennungen)*(Mehrfachbelastung durch Kind und Nebenberuf")* gemeint ist.

Auch **Beziehungsprobleme** sind seit Beendigung der Gestalttherapie laut Aussagen der ProbandInnen aufgetreten (8 Nennungen) *("Durch mein neues Selbst stehe ich irgendwie neutral da und weiß nicht, ob das richtig ist, ob ich nicht mehr Zuwendung zeigen sollte, obwohl ich mit Ablehnung rechnen muß. Ich glaube, daß mein Partner mit meiner Änderung nicht zurechtkommt").* Dazu gehören am Rande auch diverse *sexuelle Probleme* (4 Nennungen) *("absolute Unlust an Sexualität").*

Schließlich gibt es noch Aussagen zu einer **generellen Verschlechterung des Zustandes** *("Verstärkung und Ausbreitung der Symptomatik in allen Lebensbereichen")* respektive **keiner Besserung** seit Abbruch der Gestalttherapie *("ansonsten sind die Symptome gleich").*

Nur knappe 15% aller Befragten gaben überhaupt an, seit Beendigung ihrer Psychotherapie unter neu aufgetretenen schwerwiegenden Probleme zu leiden. Zu je einem Viertel (d.s. 4% der Gesamtbefragten) geben die Antwortenden neu auftretende klinisch-psychologische Störungsbilder, emotionale Probleme und neue kritische Lebensereignisse bzw. 6% der Gesamtbefragten schwerere somatische Krankheiten. Etwas weniger (d.s. 3% der Gesamtbefragten) führen gröbere emotionale Konflikte und Probleme an. Reaktionen auf kritische Lebensereignisse, Überlastung und Beziehungsprobleme werden ebenfalls von ca. je 3% der Gesamtbefragten genannt - wobei aber Mehrfachnennungen möglich waren, d.h. viele der überhaupt hier Antwortenden hatten mehrere Klagen. Dies spricht für einen relativ stabilen Behandlungserfolg der Gestalttherapie.

3.2.3.33 Wollen Sie etwas über Ihren Therapeuten/Ihre Therapeutin mitteilen? (Frage 55)

Immerhin die Hälfte aller befragten Personen (217 Nennungen) haben das Bedürfnis, etwas über ihren/ihre TherapeutIn zu berichten. Dabei überwiegen die positiven Rückmeldungen (115 Nennungen) eindeutig gegenüber den negativen (41 Nennungen).
Zu den positiven Rückmeldungen zählt etwa die **Zuschreibung von positiven Eigenschaften und Kompetenz** an den/die behandelnde TherapeutIn (36 Nennungen), die relativ detailliert und spezifisch ausfallen *("besitzt neben Menschenkenntnis und Humor auch noch Spiritualität und ist sehr empathisch. Außerdem beherrscht sie ihr Handwerk.", "großartiger, menschlicher Mensch, sehr intelligent, brillante Formulierungen, großes und hervorragendes psychotherapeutisches Wissen", "ich würde jedem eine so einfühlsame Therapeutin wünschen", "vertrauenswürdige, verständnisvolle und äußerst sympathische Person", "einfühlsam, tolerant, ruhig, abwartend").* Weiters kommen *positive Attribute wie gut, toll, super, o.k., und ähnliche* Synonyme ohne nähere inhaltliche Details (17 Nennungen) *("Er war ein Schatz", "Der beste Therapeut auf der Welt", "war und ist super", "ich würde ihm auf einer Punkteskala von 1-100 100 Punkte geben", "Eine prima Frau!").* 13 ProbandInnen verleihen ihrer *Zufriedenheit* mit dem/der TherapeutIn Ausdruck *("Nur, daß ich sehr zufrieden mit ihm war", "an und für sich sehr zufrieden", "war insgesamt zufrieden", "ich bin mit meiner Therapeutin außerordentlich zufrieden"),* 12 bestätigen, daß sie sich bei ihr *aufgehoben, verstanden, ernst - und angenommen gefühlt* haben *("Ich fühlte mich aber immer in meiner ganzen Person ernst genommen, angenommen, wertgeschätzt! Das tat mir unendlich gut!", "fühlte mich bei ihr gut aufgehoben", "fühlte mich verstanden", "fühlte mich sehr angenommen von ihr", "fühlöte mich sehr ernstgenommen und war auch sehr gefordert").* 10 KlientInnen würden ihre TherapeutIn *weiterempfehlen* bzw. haben dies bereits getan *("Ich halte sie für äußerst kompetent und so sehr einfühlsam, daß ich sie schon häufig weiterempfohlen habe bzw. im absoluten Krisenfall auch selbst wieder sofort konsultieren würde", "würde ihn für Menschen mit ähnlichem Charakter weiterempfehlen", "kann diesen Therapeuten nur weiterempfehlen", "ich habe ihn schon einige male weiterempfohlen", "würde ich jederzeit positiv weiterempfehlen").* Darüber hinaus geben 8 Personen an, sie würden ihre TherapeutIn *wieder konsultieren* bzw. waren bereits wieder nach Abschluß der Therapie dort *("sollte ich jemals wieder eine Therapie benötigen, ich würde denselben Therapeuten wählen!", "Habe das Gefühl, daß ich mich bei Problemen wieder an sie wenden kann und habe dies in den letzten Jahren auch 2x gemacht (jeweils eine Einzelstunde). Ich habe das als Hilfreich erlebt.", "ich würde jederzeit wieder hingehen", "ich würde ihn jederzeit wieder zu Rate ziehen", "wenn ich wieder gehen sollte, dann nur zu ihm").* 6 KlientInnen haben das Gefühl, ihre TherapeutIn sei *genau die Richtige* für sie gewesen *("Sie war, denke ich, genau passend für mich", "War ideal für mich: dieselbe Wellenlänge, Art von Humor und Interessen", "war für mich genau der Richtige", "sie war für mich richtig", "Mein Therapeut war genau der Richtige für mich zum damaligen Zeitpunkt"),* 6 weitere empfinden ein Gefühl der *Freundschaft* für ihre TherapeutIn *("Er ist mir wirklich ein echter Freund geworden", "könnte meine Freundin sein, wenn sie nicht meine Therapeutin wäre", "hatte das Gefühl, in ihm einen väterlichen Freund zu haben", "ich sah in meiner Therapeutin eher eine gute Freundin", "Er war mir ein Freund").* 4 Mal wird *Dankbarkeit* angeführt *("Danke, merci vielmals", "Ich bin meinem Therapeuten dankbar für die schöne Zeit, als ich in der Gruppe war", "Danke für ihre Hilfe, hat mir sehr geholfen, war sehr zufrieden", "ich bin ihm sehr dankbar"),* 3 Mal die allgemeine *Achtung und Wertschätzung des Berufs der TherapeutIn* an sich *("Es muß ein toller Beruf sein, Menschen den Ausweg aus ihrem inneren Gefängnis zeigen zu können", "Heute kann ich sagen, daß sie sehr viel Verantwortung hat und ihre Aufgaben in der Öffentlichkeit zu sehr unterbewertet wird", "Ich schätze ihn sehr und achte die "Ernsthaftigkeit" seiner Arbeit")*

Es gab jedoch auch 41 **negative Rückmeldungen**. Vor allem wurden dabei *Probleme in der Beziehung zwischen KlientIn und TherapeutIn* beklagt (28 Nennungen) *("wie schon erwähnt, hat er öfters erwähnt, daß ich ihn langweile. Das, was ich erzählt habe, sei langweilig", "Ich finde, ein Therapeut oder -in sollte nicht zu starke persönliche Gefühle in die Therapie einbringen und den Patienten unterstützen in der eigenen Persönlichkeitsfindung, nicht jedoch unbewußt zu Entscheidungen drängen, bloß weil der Therapeut subjektiv überzeugt ist", "Ich bin mir nicht sicher, ob er sich mit mir zu sehr identifizierte, mich zu wenig kritisch sah", "hatte manchmal das Gefühl, auf stereotype Interpretationen, Methoden zu stoßen", "wenig Bandbreite bei Übungen, Techniken",).* Außerdem kam es zur *Zuschreibung negativer Eigenschaften und einer allgemeinen Kritik daran* (13 Nennungen) *("sie war mir zu esoterisch", "war etwas dominant und kontrollierend", "an der Person des Therapeuten: Geltungsdrang und Geldgier", "manchmal etwas überfordert", "zu emotional").*
10 KlientInnen ***verneinten*** den Wunsch einer Rückmeldung explizit.

Fast die Hälfte aller befragten Personen nützt die Gelegenheit zu Rückmeldungen über den/die TherapeutIn. Etwa ein Viertel aller Befragten stellt dabei positive und lobende Attribute über den/die BetreuerIn fest, sie waren zufrieden, fühlten sich angenommen und verstanden, würden sie/ihn weiterempfehlen und empfinden Achtung und Wertschätzung. 13%der Antworten berichten von Störendem in der Beziehung zum/r TherapeutIn, nur 6% kritisieren die Person und Eigenschaften des/r TherapeutIn.

3.3. Quantitative Verknüpfungen des Datenmaterials[1]

3.3.1 Zur Methodik der statistischen Bearbeitung

Da bei den meisten Variablen in diesem Fragebogen, die geordnete Kategorien aufweisen, eine Intervallskaleneigenschaft fraglich ist, wurden bei der quantitativen Analyse Verfahren für rangskalierte Daten eingesetzt. Das sind für Gruppenunterschiede der U-Test nach Mann Withney, für Veränderungsmessungen (Veränderungen von Status prae nach post) wurde der Wilcoxon Test verwendet. In manchen Fällen, insbesondere wo Wechselwirkungen interessierten (z. B. Bewertung der TherapeutInnen in Abhängigkeit zu ihrem Alter und Geschlecht), wurden parametrische Verfahren eingestetzt, da bei der Analyse der Wechselwirkungen keine geeigneten parameterfreien Verfahren zur Verfügung stehen.

Für den Vergleich zweier Häufigkeitsverteilungen (Kreuztabellen) wurde der Chi2-Test nach Pearson verwendet, waren dabei die erwarteten Zellbesetzungen kleiner als fünf, so wurde bei 2x2 Kreuztabellen Fisher´s Exact Test verwendet. Bei Tafeln größer 2x2 mußten wenigstens 80% Zellhäufigkeiten größer fünf aufweisen, um interpretiert zu werden (Bortz, Lienert, Böhnke 1990).
Bei den wenigen, nach den Testbschreibungen intervallskalierten Variablen (Fragebogen zum allgemeinen Gesundheitszustand SF 36, allgemeine Lebenszufriedenheit) wurden, da die Voraussetzungen der Normalverteilung und Homogenität erfüllt waren, T-Tests bzw Varianzanalysen verwendet. Korrelationen wurden durchgehend nach Spearman berechnet.

Methodisch zwar etwas problematisch, in einem explorativen Sinne jedoch durchaus vertretbar sind die bei Frage 19 eingesetzten Faktorenanalysen, die von dichotomen Daten ausgingen: Auf deren Grundlage erfolgte Bildung von sieben Diagnose-

[1] Durch die Verwendung verschiedener Versionen des Textverarbeitungsprogrammes kommt es bei einigen Tabellen am rechten Rand zu leichten Beschneidungen, die aber das Verständnis der Tabellen nicht beeinträchtigen.

typen/Symptomgruppen. Hierbei wurde in einem ersten Schritt mit den Antworten auf die gebundenen Kategorien der zu Beginn der Therapie bestehenden Probleme eine Faktorenanalyse durchgeführt, die Faktorenwerte pro Person gespeichert und anschließend eine Clusteranalyse mit diesen Faktorenwerten durchgeführt. Die dabei gebildeten sieben Symptomgruppen-Cluster lassen sich gut interpretieren.
Um die Ergebnisse zu den Einzelbewertungen der TherapeutInnen in einem allgemeineren Sinn überprüfen zu können, wurden die zehn Aussagen über das von den KlientInnen erlebte TherapeutInnenverhalten (Frage 55) ebenfalls einer Faktorenanalyse unterzogen. Dabei wurden zwei Faktoren extrahiert, wobei auf dem zweiten Faktor nur die Bewertung ”zu kindheitsbezogen” lud. Bei einer Reliabilitätsanalyse, bei der auch das Item ”zu kindheitsbezogen" hinzu genommen wurde ergab sich ein Reliabilitätskoeffizient (Cronbach’sches Alpha) von .74. Bei Herausnahme der Bewertung ”zu kindheitsbezogen” würde der Koeffizient auf .72 sinken. Es scheint daher gerechtfertigt, eine aus allen zehn Bewertungen bestehende Skala zu bilden. Negative Bewertungen wurden dabei umgepolt, so daß ein hoher Skalenwert eine gute Bewertung bedeutet (siehe Tabelle A mit Ladungsmatrix).

Faktorenladungsmatrix

	Faktoren	
	1	2
verständnisvoll	-,701	-,142
vertrauensvoll	-,669	-,220
Geld verdienen	,664	-,308
herablassend	,567	-,206
verurteilend/kontrollierend	,540	,286
abweisend	,521	-,435
unbeteiligt	,486	,101
untertützend	-,462	,462
Therapieverlauf besprochen	-,412	-,132
zu kindheitsbezogen	,411	,625

Tab. A

Ebenso wurde mittels Faktorenanalyse ein Gesamtwert für die “globale” Veränderung durch die Gestalttherapie berechnet. Dieser Gesamtwert ist der durch die Anzahl bearbeiteter Items normierte Summenscore der Fragen in Frage 62. Die zehn Items wurden faktorenanalysiert.. Der einzige daraus resultierende Faktor erreicht eine Meßgenauigkeit von .91(siehe Tabelle B).

Ladungsmatrix bei Fragen F62

	Faktor
	1
Freude am Leben	,840
Linderung der Leidenszustände	,803
Selbstachtung/Selbstvertrauen	,795
Zukunftssicht	,792
Probleme/Symptome	,767
Verhalten bei Problemen/Konflikten	,732
Leistungsfähigkeit bei Arbeit	,712
Einsicht in seel. Zusammenhänge	,702
Umgang mit Menschen	,701
Beziehung zu Angehörigen	,635

Tab. B

3.3.2 Ergebnisse der Datenverknüpfungen

Hierbei wurde als erster Schritt der Analyse die Variable "Zufriedenheit mit der Therapie" mit den Daten aus jeweils jeder Frage in Verbindung gesetzt: Untersucht wurde so, ob ein überzufälliger Zusammenhang zwischen der geäußerten Zufriedenheit mit der Gestalttherapie/ bzw. mangelnder Zufriedenheit mit der Therapie und den anderen Variablen besteht. Dabei wurde die Zufriedenheit mit der Therapie aus der Dichotomisierung der Frage 44 " Wie zufrieden waren Sie allgemein mit der Behandlung ihrer Probleme durch Ihren Therapeuten/ ihre Therapeutin, mit der Art, wie die Psychotherapie ablief? " erhoben: Alle jene KlientInnen, die die Ausprägungen 1= völlig zufrieden, 2= sehr zufrieden, 3= recht zufrieden wurden als (eher) zufriedene, alle jene, die mit 4 = irgendwie unzufrieden, 5= sehr unzufrieden geantwortet hatten, als (eher) unzufriedene KlientInnen eingestuft (Anm.: die Skalenstufe 6 = völlig unzufrieden hatte ja niemand verwendet). Diese Ergebnisse sind in den Punkten 3.3.2.0 bis 3.3.2.12 dargestellt.
Sodann wurden weitere Datenverbindungen bezüglich der therapeutischen Beziehung, bezüglich der aus der Faktorenanalyse gewonnen Symptomgruppen und dem therapeutischen Prozeß hergestellt (3.3.2.13 bis 3.3.2.15).

3.3.2.0 Zufriedenheit mit der Gestalttherapie in Abhängigkeit zu soziodemografischen Daten

<u>Zufriedenheit und Alter der Befragten</u>
Zufriedene und unzufriedene KlientInnen sind im Durchschnitt als gleich alt zu betrachten.
Beträgt das durchschnittliche Alter bei den Unzufriedenen 36,65 Jahre, so liegt der Altersdurchschnitt bei den Zufriedenen bei 38,02 Jahren (t=-1,00; df=416; p=.318).

<u>Zufriedenheit und Geschlecht der Befragten</u>
(siehe Tabelle 3)

Zufriedenheit mit Therapie * SEX Crosstabulation

			SEX		
			weiblich	männlich	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	32	22	54
		Expected Count	39,3	14,7	54,0
		Row %	59,3%	40,7%	100,0%
	eher ja	Count	272	92	364
		Expected Count	264,7	99,3	364,0
		Row %	74,7%	25,3%	100,0%
Total		Count	304	114	418
		Expected Count	304,0	114,0	418,0
		Row %	72,7%	27,3%	100,0%

Tab. 3

Männer sind bei den mit der Gestalttherapie Unzufriedenen überrepräsentiert. Ihr Anteil beträgt bei den zufriedenen 25,3% bei den unzufriedenen KlientInnen ist der Männeranteil jedoch 40,7% (chi2=5,67; df=1, p=.017).

Zufriedenheit und Lebensform

Alleinlebende Personen sind bei den Unzufriedenen signifikant überrepräsentiert.
Beträgt der Anteil der Alleinlebenden bei den Zufriedenen 20,1% so ist er mit 37,7% bei den Unzufriedenen signifikant höher (chi2=8.30; df=1; p<.01) (siehe Tabelle 4).

Zufriedenheit mit Therapie * STATUS Crosstabulation

			STATUS		
			nicht allein	lebt allein	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	33	20	53
		Expected Count	41,1	11,9	53,0
		Row	62,3%	37,7%	100,0
	eher ja	Count	283	71	354
		Expected Count	274,9	79,1	354,0
		Row	79,9%	20,1%	100,0
Total		Count	316	91	407
		Expected Count	316,0	91,0	407,0
		Row	77,6%	22,4%	100,0

Tab.4

Zufriedenheit und Schulbildung

Zwischen Schulbildung und Zufriedenheit mit Therapie konnten keine statistsch bedeutsamen Unterschiede fest gestellt werden (chi2=1,27; df=2; p=.530) (siehe Tabelle 5).

Zufriedenheit mit Therapie * höchste abgeschlossene Schulbildung Crosstabulation

			höchste abgeschlossene Schulbildung			
			VS/HS/Lehre	Matura	Uni	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	15	20	19	54
		Expected Count	12,7	23,7	17,6	54,0
		Row %	27,8%	37,0%	35,2%	100,0%
	eher ja	Count	83	163	117	363
		Expected Count	85,3	159,3	118,4	363,0
		Row %	22,9%	44,9%	32,2%	100,0%
Total		Count	98	183	136	417
		Expected Count	98,0	183,0	136,0	417,0
		Row %	23,5%	43,9%	32,6%	100,0%

Tab. 5

Zufriedenheit und Wohnort (Stadt/Land)

Keine statistisch nachweisbaren Unterschiede traten bei Wohnortgröße und Zufriedenheit der Befragten auf (chi2=,370; df=2; p=.831.) Siehe Tabelle 6.

Zufriedenheit mit Therapie * Wohnortgröße Crosstabulation

			Wohnortgröße			
			Großstadt	Klein/Mittelstadt	Landbezirk	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	25	12	15	52
		Expected Count	27,0	11,4	13,6	52,0
		Row %	48,1%	23,1%	28,8%	100,0%
	eher ja	Count	189	78	93	360
		Expected Count	187,0	78,6	94,4	360,0
		Row %	52,5%	21,7%	25,8%	100,0%
Total		Count	214	90	108	412
		Expected Count	214,0	90,0	108,0	412,0
		Row %	51,9%	21,8%	26,2%	100,0%

Tab. 6

3.3.2.1 Die Zufriedenheit mit der Gestalttherapie in Abhängigkeit von Settingvariablen

Zufriedenheit und Art der Therapie (Frage 1)

Das Ergebnis der Kreuztabellierung von Zufriedenheit mit der Therapie und der Therapieform (Gruppe/Einzel) brachte zwar kein signifikantes Ergebnis, dennoch läßt sich tendenziell feststellen, daß der Anteil der Unzufriedenen bei der Gruppentherapie mit 20,4% überrepräsentiert ist (siehe Tabelle 7).

Zufriedenheit mit Therapie * Art der Therapie Crosstabulation

			Art der Therapie			
			Art der Therapie			
		Statistics	Gruppe	Einzel	Paar	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	11	38	5	54
		Expected Count	6,2	42,3	5,5	54,0
		Row %	20,4%	70,4%	9,3%	100,0%
	eher ja	Count	37	290	38	365
		Expected Count	41,8	285,7	37,5	365,0
		Row %	10,1%	79,5%	10,4%	100,0%
Total		Count	48	328	43	419
		Expected Count	48,0	328,0	43,0	419,0
		Row %	11,5%	78,3%	10,3%	100,0%

Tab.7

Zufriedenheit und Ort der Therapie (Frage 2)

Ein statistisch signifikanter Zusammenhang konnte bei dieser Kombination nicht festgestellt werden. Der Ort der Therapie, d.h. ob Privatpraxis, ob Institution und stationär bzw. ambulant korrilieren nicht mit der Zufriedenheit der Therapie. Hierbei ist auch anzumerken, daß ohnehin 95% Befragten angaben, ihre Gestalttherapie habe in einer Privatpraxis stattgefunden.

Zufriedenheit und Art der Finanzierung (Frage 3)

Zwischen der Zufriedenheit mit der Gestalttherapie und Art der Finanzierung konnte kein Zusammenhang festgestellt werden. Bei den Zufriedenen betrug der Anteil der KlientInnen, die sich ihre Therapie zur Gänze selbst finanzierten 33,8%, bei den Unzufriedenen 26,5% (chi2=1,01;df=1;p=.316).

Zufriedenheit und Beeinflussung durch Krankenkasse (Frage 4)

Der Anteil jener Befragten, die durch die Zuschußregelungen der Krankenkasse hinsichtlich Wahl der TherapeutInnen, der Häufigkeit der Sitzungen und/oder der Dauer der Therapie beeinflußt wurden, weicht bei zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen nicht signifikant voneinander ab. Der kleinste p-Wert trat bei Häufigkeit der Sitzungen mit p=.630 auf (siehe Tabelle 8).

Report

	Zufriedenheit mit Therapie			
	eher nein		eher ja	
	Ja in %	N	Ja in %	N
Wahl des Therapeuten	11,11	36	10,10	208
Häufigkeit der Sitzungen	27,78	36	24,04	208
Dauer der Therapie	27,78	36	30,29	208

Tab.8

Zufriedenheit und Abrechnungsmodus (Frage 4)
Signifikante Unterschiede zwischen Zufriedenen und Unzufriedenen konnten nicht gefunden werden. Tendenziell läßt sich jedoch sagen, daß die mit der Therapie Unzufriedenen auch mit dem Abrechnungsmodus unzufriedener waren (Z = -1,73;p =.084).

Zufriedenheit und Höhe des finanziellen Aufwands pro Therapiestunde (Frage 5)
Mit der Therapie eher unzufriedene KlientInnen bezahlten persönlich (nach Abrechnung eines eventuellen Krankenkassenzuschusses) im Durchschnitt 580,- öS, die Zufriedenen 583,- öS. Klarerweise sind die beiden Mittelwerte nicht signifikant voneinander verschieden (t=- 0,073; df=371; p= .942).

Zufriedenheit und Dauer der Therapie (Frage 14)
Eher Unzufriedene befanden sich durchschnittlich 61 Wochen (das sind bei wöchentlicher Frequenz etwa 1 1/4 Jahre) in Therapie, Zufriedene rund 72 Wochen (das sind bei wöchentlicher Frequenz etwa 1 1/2 Jahre). Der Unterschied ist statistisch nicht bedeutsam (z=-1,55,p=.122).

Zufriedenheit und Frequenz der Sitzungen (Frage 15)
Die Häufigkeit der Sitzungen hat keinen signifikanten Einfluß auf die Zufriedenheit mit der Psychotherapie (siehe Tabelle 3). Obwohl der Anteil der 14-tägigen Sitzungen bei den Unzufriedenen deskriptiv gesehen mit 24,5% klar höher ist als bei den Zufriedenen mit 17,5%, ergab sich keine statistische Signifikanz (chi2=1,99; df=3, p=.574) (siehe Tabelle 9).

Zufriedenheit mit Therapie * Häufigkeit der Sitzungen Crosstabulation

			Häufigkeit der Sitzungen			
			2x/Woche	wöchentlich	14-tägig	anders
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	1	35	13	4
		Expected Count	1,9	37,7	9,7	3,7
		Row%	1,9%	66,0%	24,5%	7,5%
	eher ja	Count	14	263	64	25
		Expected Count	13,1	260,3	67,3	25,3
		Row%	3,8%	71,9%	17,5%	6,8%
Total		Count	15	298	77	29
		Expected Count	15,0	298,0	77,0	29,0
		Row%	3,6%	71,1%	18,4%	6,9%

Tab. 9

3.3.2.2 Zufriedenheit mit der Gestalttherapie in Abhängigkeit zu TherapeutInnenvariablen

Geschlecht der behandelnden Person (Frage 6)
Hinsichtlich des Geschlechts der TherapeutInnen und der Zufriedenheit mit der Therapie gibt es keine signifikanten Unterschiede. Der Anteil der Frauen an den BehandlerInnen beträgt bei den mit der Gestalttherapie unzufriedenen KlientInnen 51,9%, bei den zufriedenen 57,3%. Die Differenzen sind nicht signifikant (chi2=7.88; df=2, p=.096) (siehe Tabelle 10).

Crosstab

			Geschlecht des Therapeuten			
			Frau	Mann	Frau+Mann/ Gruppe	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	28	21	5	5
		Expected Count	31,0	20,2	2,8	54,
		Row %	51,9%	38,9%	9,3%	100,0%
	eher ja	Count	214	137	17	36
		Expected Count	211,0	137,8	19,2	368,
		Row %	58,2%	37,2%	4,6%	100,0%
Total		Count	242	158	22	42
		Expected Count	242,0	158,0	22,0	422,
		Row %	57,3%	37,4%	5,2%	100,0%

Tab.10

Die Tatsache, bei einem Mann oder einer Frau in Therapie gewesen zu sein, hat allein keinen Einfluß auf die retrospektive Zufriedenheit mit der Therapie.

Zufriedenheit und Alter des/der Therapeuten/in (Frage 7)

Ebensowenig wie das Geschlecht der TherapeutInnen hat auch deren Alter allein keinen signifikanten Einfluß auf die angegebene Zufriedenheit mit der Therapie. In Tabelle 11 sind die relativen Häufigkeiten für die Alterskategorien und zufriedene und unzufriedene KlientInnen wiedergegeben.

Alter des Therapeuten

Zufriedenheit mit Therapie		Valid Percent
eher nein	unter 40	44,4
	40 bis 49	46,3
	50 bis 59	7,4
	weiß nicht	1,9
	Total	100,0
eher ja	unter 40	40,2
	40 bis 49	51,6
	50 bis 59	7,1
	60 und älter	1,1
	Total	100,0

Tab.11

Zufriedenheit und Wahrnehmen des/der TherapeutIn seitens der KlientInnen (Frage 55)

Gänzlich unterschiedlich hingegen nahmen zufriedene und unzufriedene KlientInnen ihren/e Therapeuten/in wahr (siehe Tabelle 12). Von den zehn vorgegeben Antwortmöglichkeiten zur Beschreibung unterschiedlicher positiver oder negativer Verhaltensweisen des/der Therapeuten/in aus sicht der KlientInnen sind alle signifikant. Während die Unzufriedenen in den eher als positiv zu bewertenden Verhaltensweisen immer unterrepräsentiert sind, sind sie bei den negativen immer überrepräsentiert. Die Signifikanzen lagen alle unter p <-01.

Report

	Zufriedenheit mit Therapie			
	eher nein		eher ja	
	Zustimmung in %	N	Zustimmung in %	N
untertützend	78,43	51	98,33	360
Therapieverlauf besprochen	70,59	51	87,11	349
vertrauensvoll	42,86	49	94,10	356
einsichtig	43,48	46	95,49	355
unbeteiligt	20,75	53	2,37	338
verurteilend/kontrollierend	39,22	51	7,67	339
herablassend	21,57	51	4,72	339
Geld verdienen	32,69	52	8,19	342
abweisend	18,00	50	2,97	337
zu kindheitsbezogen	22,64	53	8,93	336

Tab. 12

Zufriedene KlientInnen nehmen Ihre TherapeutInnen signifikant öfter als unterstützend, partnerschaftlich, vertrauenswürdig, verständnisvoll wahr, während unzufriedene das Verhalten Ihres/ihrer Therapeuten/in als eher verurteilend, herablassend, nur am Geld interessiert oder zu sehr auf Kindheitsproblemen konzentriert wiedergeben.

3.3.2.3 Zufriedenheit mit der Gestalttherapie in Abhängigkeit zu Zugangsvariablen

<u>Zufriedenheit und Idee zur Therapie</u> (Frage 8)
Tabelle 13 zeigt einen Gesamtüberblick über die Zugangswege und -raten für zufriedene und unzufriedene KlientInnen.

Zugang zur Therapie - Frage 8

	Zufriedenheit mit Therapie			
	eher nein		eher ja	
	Prozent	N	Prozent	N
Hausarzt	7,41	54	11,65	369
anderer Pyschotherapeut	14,81	54	8,67	369
Facharzt	14,81	54	7,59	369
Beratungsstelle	11,11	54	4,88	369
Krankenhaus	5,56	54	2,71	369
Freunde,Kollegen	44,44	54	36,31	369
Familie	12,96	54	14,91	369
Bücher,Vorträge,Anzeigen	16,67	54	19,51	369
Interesse	25,93	54	21,68	369
anderes	24,07	54	26,29	369

Tab. 13

Bei den IdeengeberInnen für die Inanspruchnahme der gestalttherapeutischen Behandlung zeigen sich tendenzielle Gegensätze von mit der Gestalttherapie Zufriedenen bzw.

Unzufriedenen bei der Zuweisung über FachärztIn und Zuweisung über eine Beratungsstelle (siehe Tabelle 14).

Crosstab

			Facharzt		
			Nein	Ja	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	46	8	54
		Expected Count	49,4	4,6	54,0
		% within Zufriedenheit mit Therapie	85,2%	14,8%	100,0%
	eher ja	Count	341	28	369
		Expected Count	337,6	31,4	369,0
		% within Zufriedenheit mit Therapie	92,4%	7,6%	100,0%
Total		Count	387	36	423
		Expected Count	387,0	36,0	423,0
		% within Zufriedenheit mit Therapie	91,5%	8,5%	100,0%

Tab. 14

Der Anteil der unzufriedenen KlientInnen beträgt bei den von einem/er FachärztIn kommenden KlientInnen 14,8%, bei den zufriedenen beträgt dieser Anteil nur 8,5%, die unzufriedenen sind unter den von FachärztInnen empfohlenen KlientInnen signifikant höher. Der Anteil der Unzufriedenen ist bei den auf Empfehlung einer Beratungsstelle kommenden PatientInnen mit 25% noch höher (chi2=3,42; df=1; p=.064).

<u>Zufriedenheit mit der Gestalttherapie und Lösungsversuche vor deren Beginn (Frage 9)</u>
Sowohl bei der Gesamtantwort, ob überhaupt vor der Psychotherapie versucht wurde, ihr Problem mit Hilfe anderer Menschen zu lösen, als auch bei der Inanspruchnahme von einzelnen helfenden Personen konnten zwischen den beiden Gruppen der eher Zufriedenen und eher Unzufriedenen keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Beide versuchten in gleichem Ausmaß Hilfe und Unterstützung in näheren und weiteren Umfeld (siehe Tabelle 15).

Report

	Zufriedenheit mit Therapie			
	eher nein		eher ja	
	Mean	N	Mean	N
Lösung mit Hilfe anderer	81,48	54	82,14	364
Freunde/Verwandte	61,11	54	63,32	368
Berater/psychosoziale Stellen	18,52	54	19,29	368
Arzt	14,81	54	18,21	368
Selbsthilfegruppen	9,26	54	7,88	368
anderes	14,81	54	7,90	367

Tab.15

Zufriedenheit und Art der Auswahl dieses/dieser GestalttherapeutIn (Frage 11)
Bei dieser Frage zeigten sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen (Tabelle 16).

Auswahl der Behandlung bzw. des Therapeuten

Zufriedenheit mit Therapie			Valid Percent
eher nein	Valid	Über Freunde/Bekannte	33,3
		über ander Klienten	1,9
		über Arzt	13,0
		Über Institution	5,6
		zufällig	13,0
		keine anderer da	1,9
		sonstiges	31,5
		Total	100,0
eher ja	Valid	Über Freunde/Bekannte	42,9
		über ander Klienten	3,1
		über Arzt	14,5
		Über Institution	5,7
		zufällig	9,4
		keine anderer da	,9
		sonstiges	23,6
		Total	100,0

Tab. 16

Zufriedenheit und Dauer des Wartens auf den Therapieplatz (Frage 12)
Bei den mit ihrer Gestalttherapie unzufriedenen KlientInnen gaben 13% an, auf ihren Therapieplatz gewartet zu haben, bei den Zufriedenen betrug dieser Anteil 17%. Signifikanz ist somit keine gegeben. (chi2=1,07;df=1,p=.585). Die durchschnittliche Wartezeit - falls überhaupt auf den Therapieplatz gewartet werden mußte, betrug bei den Zufriedenen 8,93 und bei den Unzufriedenen 13,14 Wochen. Trotz der Differenz von ca.4 Wochen ist bei Analyse mittels U-Test keine Signifikanz nachweisbar (z=-0,203; p=.803), es ist nur eine Tendenz interpretierbar.

Zufriedenheit und Vorabklärung des Settings mit TherapeutInnen (Frage 13)
Auch in der Frage nach der Vorabklärung des Settings vor Beginn der Therapie ("Therapievertrag") gibt es keine signifikant nachweisbaren Unterschiede zwischen zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen. Alle Signifikanzen sind größer als .15 (siehe Tabelle 17).

Was von den folgenden Dingen haben Sie gemacht (Frage 13)

	Zufriedenheit mit Therapie			
	eher nein		eher ja	
	Prozent	N	Prozent	N
Art und Funktion der Therapie	41,51	53	52,04	367
Qualifikation d. Therpeuten	16,98	53	22,62	367
Erfahrung d. Therapeuten	16,98	53	23,43	367
Häufikeit der Sitzungen	64,15	53	63,49	367
Dauer der Therapie	54,72	53	57,22	367
Kosten/Art der Abrechnung	75,47	53	70,57	367
mit anderem Klienten gesprochen	26,42	53	22,62	367
Andere Therpeuten in Betracht gezogen	16,98	53	17,49	366

Tab. 17

Zufriedenheit und Zahl der Psychotherapien (Frage 10)
Ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Gestalttherapie und den schon absolvierten anderen Psychotherapien ist nicht gegeben (siehe Tabelle 18).

Zufriedenheit mit Therapie * andere Psychotherapien Crosstabulation

			andere Psychotherapien		
			Ja	Nein	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	22	32	54
		Expected Count	21,8	32,2	54,0
		Row %	40,7%	59,3%	100,0%
	eher ja	Count	148	219	367
		Expected Count	148,2	218,8	367,0
		Row %	40,3%	59,7%	100,0%
Total		Count	170	251	421
		Expected Count	170,0	251,0	421,0
		Row %	40,4%	59,6%	100,0%

Tab.18

Der Anteil jener Befragten, die vorher oder nachher andere Psychotherapien begonnen haben liegt bei den eher Zufriedenen bei 40,3%, bei den eher Unzufriedenen bei 40,7% (chi2=0,003;df=1,p=.95).

Ebenso wurden keine Unteschiede bezüglich des Zeitpunktes, wann die anderen Therapie gemacht wurden (chi2=0,317;df=2; p=.85) gefunden (siehe Tabelle 19).

Zufriedenheit mit Therapie * Zeitpunkt Crosstabulation

			Zeitpunkt auf Gestalttherpie		
			vorher	nachher	vorher und nachher
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	14	3	4
		Expected Count	14,6	3,3	3,2
		Row %	66,7%	14,3%	19,0%
	eher ja	Count	97	22	20
		Expected Count	96,4	21,7	20,9
		Row %	69,8%	15,8%	14,4%
Total		Count	111	25	24
		Expected Count	111,0	25,0	24,0
		Row %	69,4%	15,6%	15,0%

Tab.19

Auch was die Anzahl absolvierter Therapien betrifft, zeigen sich zwischen Zufriedenen und Unzufriedenen keine siginifikanten Unterschiede (z=-0;51 p=.61) (siehe Tabelle 20).

Anzahl absolvierter Therapien

	Zufriedenheit mit Therapie	
	eher nein	eher ja
0	60,4	60,5
1	13,2	19,9
2	9,4	10,2
3	9,4	6,1
4	3,8	1,7
5	,00	1,1
6	3,8	,3
7	,00	,3
Total	100,0	100,0

Tab. 20

3.3.2.4 Zufriedenheit mit der Gestalttherapie in Abhängigkeit zum Status prae (KlientInnenvariable)

<u>Zufriedenheit und Symptomatik vor Inanspruchnahme der Therapie (Fragen 17 bis 19)</u>
Der Symptomkomplex wurde retrospektiv mit insgesamt drei Fragen erhoben. Die erste Frage war nach der Diagnose zu Beginn der Therapie und sollte die ICD-Schlüssel-Zahl bzw. eine eindeutig zuordenbare klinische Störung bezeichnen. Die zweite Frage war offen gestellt: Die Personen sollten ihre Beschwerden bzw. Symptome verbal beschreiben. Mit der dritten Frage wurden in gebundener Form unterschiedliche Symptome oder Beschwerden abgefragt.
Es gaben jedoch vor allem bei den beiden ersten Fragen viele Personen keine Antwort. So schien eine gemeinsame Betrachtung der drei Variablen nur wenig sinnvoll, da es sonst zu einem großen Verlust an Personen in der statistischen Analyse gekommen wäre. Deshalb wurden für diese Frage v.a. die Angaben der KlientInnen in der vorskalierten Form (Frage 19) verwendet, bei der praktisch alle (n = 430) Befragte geantwortet hatten.

Zufriedenheit und Diagnosenanzahl (Frage 17)

Von den 431 Befragten gaben 263 oder 61% keine Antwort oder keine verwertbare Antwort ab.

143 Befragte, das sind 33,2% gaben eine Diagnose, 19 (4,4) Personen führten zwei Diagnosen an. Schließlich gab es noch drei Personen, die drei Diagnosen bekanntgaben. Im wesentlichen unterscheiden wir dabei solche Befragte, die tatsächliche klinische Diagnosen benannten sowie solche, die keine diagnostisch standardisierten Bezeichnungen bzw. umgangssprachliche Ausdrücke für ihren Leidenszustand gebrauchten (Tabelle 1).

Anzahl genannter "Diagnosen" - F17

		Frequency	Valid Percent
Valid	keine angeführt	263	61,0
	1,00	143	33,2
	2,00	19	4,4
	3,00	6	1,4
	Total	431	100,0

Tab.1

In Tabelle 21 sind die Berechnungen zur Zufriedenheit und Anzahl der genannten Diagnosen dargestellt. Die Zahl der genannten Diagnosen beenflußt nicht die retrospektiv geäußerte Zufriedenheit mit der Gestalttherapie, zufriedene und unzufriedene KlientInnen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander.

Zufriedenheit mit Therapie * Anzahl genannter "Diagnosen" - F17 Crosstabulation

			Anzahl genannter "Diagnosen" - F17				
			keine	1,00	2,00	3,00	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	32	19	3	0	54
		Expected Count	32,8	18,0	2,4	,8	54,0
		Row%	59,3%	35,2%	5,6%	,0%	100,0%
	eher ja	Count	225	122	16	6	369
		Expected Count	224,2	123,0	16,6	5,2	369,0
		Row%	61,0%	33,1%	4,3%	1,6%	100,0%
Total		Count	257	141	19	6	423
		Expected Count	257,0	141,0	19,0	6,0	423,0
		Row%	60,8%	33,3%	4,5%	1,4%	100,0%

Tab.21

Zufriedenheit und Art der Diagnose (Frage 17)

Bei der statistischen Analyse, ob eine bestimmte Diagnose bei mit ihrer Gestalttherapie zufriedenen oder unzufriedenen KlientInnen überrepräsentiert ist, ergaben sich keine Signifikanzen.

Tabelle 22 zeigt die Prävalenzraten der genannten Diagnosen.

"Diagnosen"- Frage 1

	Zufriedenheit mit Therapie			
	eher nein		eher ja	
	Prozent	N	Prozent	N
Depressionen	16,67	54	17,62	369
vegetative Dystonie	5,56	54	3,52	369
Angstneurose	,00	54	1,63	369
Panikattacken	1,85	54	2,44	369
Ängste	3,70	54	2,17	369
Eßstörungen	1,85	54	1,36	369
Suchtprobleme	,00	54	2,17	369
Schlafstörungen	1,85	54	1,08	369
weiterere psychische Störungen	7,41	54	3,25	369
Burnout	,00	54	,54	369
Psychosomatische Beschwerden	5,56	54	7,32	369
Beziehung	1,85	54	3,52	369

Tab.22

Zufriedenheit und Selbstbeschreibung der Beschwerden (Frage 18)

Bei der Selbstbeschreibung ihrer Symptome und Beschwerden vor/zu Beginn der Gestalttherapie durch die KlientInnen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Zufriedenen und Unzufriedenen. In Tabelle 23 sind die inhaltsanalytisch erstellten Kategorien der Symptombeschreibungen in Prozenten für jede Gruppe wiedergegeben. Alle Nennungen von Beeinträchtigungen sind ohne signifikante Häufungen in beiden Gruppen vertreten.

Beschreibung der Symptome/Beschwerden - Frage 18

	Zufriedenheit mit Therapie			
	eher nein		eher ja	
	Prozent	N	Prozent	N
Beziehuungsebene	51,85	54	41,46	369
Ängste	27,78	54	27,64	369
Panikattacken	5,56	54	4,61	369
Zwänge	,00	54	,81	369
Depressive Zustände	27,78	54	22,49	369
Traurigkeit und Niedergeschlagenheit	9,26	54	11,11	369
Eßstörungen	1,85	54	2,98	369
Bornout	1,85	54	,81	369
Schlafstörungen	14,81	54	8,13	369
Sucht	1,85	54	4,88	369
Psychose	1,85	54	,00	369
Suizid- u. Selbstzerstörungstendenzen	12,96	54	8,40	369
Somatosierungen	18,52	54	25,20	369
Befindlichkeit	20,37	54	21,41	369
Persönlichkeitsprobleme	44,44	54	35,23	369
Störung der Aktivierung	16,67	54	10,03	369
Überforderung	3,70	54	2,98	369
Stress	5,56	54	,81	369
Mangel an Bewältigunsstrategien	5,56	54	3,25	369
Hilflosikeit	,00	54	1,63	369
Verzweiflung	3,70	54	1,90	369
BeruflAusbildung	11,11	54	8,40	369
Vergangenheitsbewältigung	,00	54	1,36	369
Sinnfragen	3,70	54	1,90	369
Fehlende Zukunfstsperspektive	1,85	54	2,98	369
Denkstörungen	7,41	54	4,07	369
allgemein schlechter Zustand,	,00	54	,81	369
Keine Beschwerden	,00	54	2,17	369
Frauenspezifiisches	,00	54	,81	369
Fehlende Aussprache	,00	54	1,08	369

Tab.23

Keine der hier zu Kategorien zusammengefaßten Selbstbeschreibungen ihres Problems bei Beginn der Psychotherapie ist bei zufriedenen bzw. unzufriedenen KlientInnen überdurchschnittlich häufig vertreten.

Zufriedenheit und vorgegebene Problembeschreibung (Frage 19).

Tabelle 24 gibt einen Überblick über die Prävalenzraten der verschiedenen vorgegebenen Problembeschreibungen in der Gruppe der mit ihrer Therapie unzufriedenen und der Gruppe der zufriedenen KlientInnen.

Probleme vor Inanspruchnahme der Therapie - Frage 19

	Zufriedenheit mit Therapie			
	eher nein		eher ja	
	Mean	N	Mean	N
Angstzustände	47,17	53	40,11	369
Panikattacken	11,32	53	14,63	369
Phobien, Zwänge	18,87	53	9,49	369
Depressionen	66,04	53	51,22	369
Angst, Trauer, Zorn	67,92	53	66,67	369
Alkohol/Drogen	13,21	53	10,57	369
Verlust eines Angehörigen	16,98	53	15,18	369
Eßstörungen	11,32	53	15,72	369
Paar- od. Sexualprobleme	52,83	53	47,43	369
Probleme mit Kindern/Familienmitgliedern	30,19	53	27,37	369
Probleme am Arbeitsplatz	22,64	53	20,05	369
somatische Probleme	32,08	53	36,59	369
andere Probleme	26,42	53	12,47	369

Tab.24

Hierbei werden signifikant häufiger die Symptome ”Phobien, Zwänge” und ”Depressionen” in der Gruppe der Unzufriedenen genannt. Personen, die angaben unter Phobien bzw. Zwängen zu leiden, sind in der Gruppe der Unzufriedenen mit einem Anteil von 18,9% signifikant überrepräsentiert (chi2=4,28; df=1, p=-039). Siehe Tabelle 25.

Zufriedenheit mit Therapie * Phobien, Zwänge Crosstabulation

			Phobien, Zwänge		
			Nein	Ja	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	43	10	53
		Expected Count	47,3	5,7	53,0
		Row %	81,1%	18,9%	100,0%
	eher ja	Count	334	35	369
		Expected Count	329,7	39,3	369,0
		Row %	90,5%	9,5%	100,0%
Total		Count	377	45	422
		Expected Count	377,0	45,0	422,0
		Row %	89,3%	10,7%	100,0%

Tab.25

Diagnosegruppen (Frage 19) und Rückfälle (Frage 51)

Es kann auch gezeigt werden, daß Personen die Phobien bzw. Zwänge als Beschwerden angaben signifikant öfter unter Rückfällen leiden (chi2=9,91;df=1,p<.01).

Aus Tabelle 26 ist ersichtlich, daß rund 81% aller Patienten mit Phobien oder Zwängen an Rückfällen leiden, während es bei allen andern Symptomen zusammen nur ca. 56% sind.

Phobien, Zwänge * Rückfälle Crosstabulation

			Rückfälle		
			Ja	Nein	Total
Phobien, Zwänge	Nein	Count	206	159	365
		Expected Count	215,6	149,4	365,0
		Row %	56,4%	43,6%	100,0%
	Ja	Count	35	8	43
		Expected Count	25,4	17,6	43,0
		Row %	81,4%	18,6%	100,0%
Total		Count	241	167	408
		Expected Count	241,0	167,0	408,0
		Row %	59,1%	40,9%	100,0%

Tab. 26

Auch die Personen, die angaben an Depressionen zu leiden, waren bei den mit ihrer Therapie eher Unzufriedenen signifikant überrepräsentiert (chi2=4,09; df=1, p=.043). Siehe Tabelle 27.

Zufriedenheit mit Therapie * Depressionen Crosstabulation

			Depressionen		
			Nein	Ja	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	18	35	53
		Expected Count	24,9	28,1	53,0
		Row%	34,0%	66,0%	100,0%
	eher ja	Count	180	189	369
		Expected Count	173,1	195,9	369,0
		Row%	48,8%	51,2%	100,0%
Total		Count	198	224	422
		Expected Count	198,0	224,0	422,0
		Row%	46,9%	53,1%	100,0%

Tab. 27

Die Unzufriedenen setzen sich zu 66% aus Personen zusammen, die an Depressionen leiden. Auch bei den an depressiven Symptomen Leidenden konnte nachgeweisen werden, daß ihr Anteil in der Gruppe mit Rückfällen signifikant überrepräsentiert ist (chi2=5,46;df=1,p<.05). Tabelle 18a zeigt, daß Menschen mit depressiven Symptomen auch zu rund 65% über Rückfälle klagen, bei allen anderen Symptomen sind es nur durchschnittlich 53%.

Depressionen * Rückfälle Crosstabulation

			Rückfälle		
			Ja	Nein	Total
Depressionen	Nein	Count	103	91	194
		Expected Count	114,6	79,4	194,0
		Row %	53,1%	46,9%	100,0%
	Ja	Count	138	76	214
		Expected Count	126,4	87,6	214,0
		Row %	64,5%	35,5%	100,0%
Total		Count	241	167	408
		Expected Count	241,0	167,0	408,0
		Row %	59,1%	40,9%	100,0%

Tab.28

Zufriedenheit und Beeinträchtigung des Lebens durch die Symptome bei Beginn der Therapie (Frage 23)

Die Bereiche Partnerschaft und Familie, Beruf bzw. Ausbildung, Freizeit und Aktivitäten sowie Kontakt zu anderen Menschen wurden bezüglich ihrer Beeinträchtigung durch die Problematik, die Anlaß zum Beginn der Psychotherapie war, erhoben. Bei Auswertung mittels U-Test traten dabei keine signifikanten Unterschiede zwischen zufriedenen und unzufriedenen Personen auf. Die p - Werte lagen alle zwischen .39 und .90 (siehe Tabelle 29).

Beeinträchtige Lebensbereiche - Frage 23

Zufriedenheit mit Therapie		Partnerschaft beeinträchtigt	Beruf/Ausbildung beeinträchtigt	Freizeit beeinträchtigt	Kontakt beeinträchtigt
eher nein	Mean	3,92	3,16	3,17	3,25
	N	52	49	48	52
	Std. Deviation	1,03	1,28	1,51	1,41
eher ja	Mean	3,88	3,06	3,24	3,13
	N	347	330	333	339
	Std. Deviation	1,18	1,46	1,44	1,37

Tab. 29

Die mit ihrer Gestalttherapie zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen sind vor Beginn ihrer Therapie in den verschiednen Bereichen ihrer Lebensgestaltung gleich stark durch Symptome beeinträchtigt.

Zufriedenheit und Status prae (Fragen 27 bis 34 vorher)

Zufriedene und unzufriedene Personen zeigten in den Variablen, die den Status vor Beginn der Psychotherapie erheben, keine signifikanten Unterschiede (siehe Mittelwerte in Tabelle 30). Die Dimensionen der somatischen und psychischen Gesundheit, der subjektiv empfundenen Lebensqualität, dem Zurechtkommen mit den Anforderungen des Alltags- und Berufslebens sowie der Umgang mit ihrem weiteren und engsten sozialen Feld sowie bezüglich ihrer gesamten Lebenszufriedenheit sind bei mit ihrer Psychotherapie zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen gleich stark beeinträchtigt.

Report

	Zufriedenheit mit Therapie					
	eher nein			eher ja		
	Mean	N	SD	Mean	N	SD
Körperl. Gesundheit-vorher	2,67	54	1,08	2,93	365	1,14
seel. Gesundheit-vorher	3,83	54	,84	4,03	369	,86
Lebensqualität-vorher	3,65	54	,89	3,89	364	,86
Zurechtkommen Alltag-vorher	3,06	53	1,01	3,19	365	1,03
Zurechtkommen Beruf-vorher	3,15	52	1,19	3,11	356	1,12
Zurechtkommen Umwelt-vorher	2,94	53	,97	3,17	361	,95
Zurechtkommen Nahestehende-vorher	3,29	52	1,05	3,42	357	1,05
Zufriedenheit-vorher	3,57	53	1,05	3,76	361	1,04

Tab. 30

Der von den KlientInnen wahrgenommene Ausgangsstatus (Status prae in verschiedenen Lebensbereichen) hängt mit der nachträglichen Zufriedenheit mit der Gestalttherapie nicht zusammen.

Zufriedenheit und Medikation vor der Therapie (Frage 36)

Vor der Therapie unterscheiden sich die beiden Gruppen der mit ihrer Gestalttherapie zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen hinsichtlich der Einnahme von Medikamenten nicht signifikant. 30,2% der Unzufrieden nahmen vor Beginn der Therapie Medikamente, bei den zufriedenen KlientInnen waren es 20,7 Prozent (chi2=2,46, df=1, p=.117).

Zufriedenheit und Ziele und Erwartungen bei Beginn der Psychotherapie (Frage 24)

Die offene Frage nach ihren Zielen und Erwartungen zu Beginn der Therapie wurde inhaltsanalytisch ausgewertet und die so gewonnen Kategorien mit dem Faktor Zufriedenheit in Beziehung gesetzt (siehe Tabelle 31).

Ziele und Erwartungen bei Beginn der Therapie

	Zufriedenheit mit Therapie			
	eher nein		eher ja	
	Prozent	N	Prozent	N
Beziehungsebene	33,	54	27,	369
Heilung,Linderung-allgemein	7,4	54	4,3	369
Heilung klinischer Störungen	16,	54	20,	369
Heilung körperlicher Probleme	5,5	54	6,2	369
Prblemlösungsstrategien	14,	54	13,	369
Verhaltensänderung	5,5	54	3,2	369
Lösung emotionaler Blockaden	5,5	54	3,5	369
Ursachenforschung	11,	54	8,4	369
Persönlichkeitsveränderung/Entwicklung	37,	54	40,	369
therapeutisches Setting	14,	54	9,4	369
Vergangenheitsbewältigung	3,7	54	5,6	369
Vitalgefühle	12,	54	27,	369
Aussprache,Kommunikation	3,7	54	2,4	369
Berufliches-Ausbildung	7,4	54	6,5	369
ironisch-überzogene Erwartungen	7,4	54	,5	369
allgemeine Verbesserung	11,	54	7,5	369
gar keine Erwarungen habn sich erfüllt	,00	54	,8	369
kein Ziel vorhanden	,00	54	1,3	369

Tab. 31

Ein signifikanter Unterschied besteht bei der Kategorie ”Vitalgefühle (chi2=4,98; df=1; p=.023). Die zufriedenen KlientInnen erwarteten bei Beginn der Therapie signifikant häufiger Änderungen bezüglich ihres Lebensgefühls, lebenslustiger, aktiver etc. zu werden.

Wie aus den vorangestellten Tabellen ersichtlich, ist das subjektiv empfundene Ausmaß des Leidens in verschiednen Lebensfeldern kein Indikator für eine spätere Zufriedenheit mit der Gestalttherapie.

3.3.2.5. Zufriedenheit mit der Gestalttherapie in Abhängigkeit zu Prozeßvariablen

Zufriedenheit und Medikation während der Therapie (Frage 37)
Auch während der Therapie gibt es zwischen den beiden Gruppen der zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen bezüglich ihres Psychophrmakakonsums keine statistisch nachweisbaren systematischen Unterschiede. (chi2=.1,07; df=1; p=.302).

Zufriedenheit und Wirkfaktoren der Therapie (Frage 42)
Tabelle 32 zeigt für beide Gruppen mit der Gestalttherapie Zufriedenen und Unzufriedenen die prozentuellen Angaben über diequalitativ-inhaltsanalytisch gewonnenen Kategorien von Elementen, die als in der Therapie wirksam genannt wurden.

Was hat in Therapie gewirkt - Frage 42

	Zufriedenheit mit Therapie			
	eher nein		eher ja	
	Prozent	N	Prozent	N
Gespräche	1,85	54	14,09	369
gestalttherapeutsiche Methoden	9,26	54	21,41	369
Körperübungen	5,56	54	5,96	369
Meditations-Entspannungsübungen	1,85	54	1,08	369
Familienaufstellung	1,85	54	,81	369
Hausübungen	,00	54	1,36	369
Ganzheitliches Arbeiten	,00	54	,54	369
Traumarbeit	,00	54	2,17	369
Gruppendynamisches	5,56	54	5,42	369
Auseinandersetzung mit Emotionen	9,26	54	11,38	369
Eigenschaften und Fähigkeiten des Therapeuten	24,07	54	38,75	369
Zeitfaktor	,00	54	1,63	369
Setting	,00	54	,54	369
Persönlichkeitsfördrnde Maßnahmen	9,26	54	22,49	369
Perspektivenwechsel	1,85	54	6,50	369
Veränderungen u. Eröffnung neuer Möglichkeiten	,00	54	3,79	369
Bewußtmachung	5,56	54	1,08	369
Problembearbeitung	,00	54	3,52	369
Vergangenheitsbewältigung	1,85	54	4,07	369
Familien und Beziehungsaspekte	1,85	54	2,71	369
Spiegel, feedback	3,70	54	1,90	369
selbst geholfen	3,70	54	2,17	369
Gefühl normal zu sein	,00	54	,54	369
nein	,00	54	,81	369
kritische Anmerkungen	5,56	54	1,36	369
sonstiges	3,70	54	3,25	369

Tab. 32

Bei der Signifikanzüberprüfung ergaben sich bei den inhaltsanalytisch erstellten Kategorien "Gespräche", "Gestalttherapeutische Methoden", "Eigenschaften und Fähigkeiten des Therapeuten" und "Bewußtmachung" signifikante Unterschiede: Die unzufriedenen KlientInnen sind vergleichsweise nur in der Kategorie "Bewußtmachung" überrepräsentiert (Siehe Prozentangaben in Tabelle 21; Fisher’s Exact Test, p=.047). Die mit der Therapie zufriedenen KlientInnen geben als wirksam empfundene Therapiefaktoren signifikant öfter als die Unzufriedenen die Elemente "Gespräche" "Gestalttherapeutische Methoden" und "(positive) Eigenschaften und Fähigkeiten des/der TherapeutIn" an.

Zufriedenheit und kritisierte Therapieelemente (Frage 45)
Auf die Frage, welche inhaltsanalytisch gewonnen Aspekte in der therapeutischen Behandlung nicht gefallen hätten, gibt Tabelle 33 einen Überblick:

Report

	Zufriedenheit mit Therapie			
	eher nein		eher ja	
	Prozent	N	Prozent	N
nichts	,00	54	13,01	369
Zeitaspekt	7,41	54	4,88	369
finanzieller Aspekt	3,70	54	2,98	369
andere Probleme mit Setting	5,56	54	3,25	369
Kritik an Therapeuten	35,19	54	4,88	369
Kritik an Beziehung zum Therapeuten	14,81	54	9,76	369
Kritik an eigener Person	12,96	54	4,34	369
Methodenkritik	20,37	54	7,32	369
Kritik am Tempo	5,56	54	1,90	369
Kritik an Gruppe	5,56	54	1,63	369
ideologische Kritik	5,56	54	,81	369
unangenehm, jedoch wirksam	,00	54	2,44	369
sonstiges	5,56	54	4,07	369

Tab. 33

Signifikante Unterschiede ergaben sich bei folgenden inhaltsanalytisch gewonnen Clustern:
”Kritik am Therapeuten/in” (chi2=54,21; df=1;p < .001). Hierzu äußerten sich rund 35 % der Unzufriedenen, jedoch nur 5% aller Zufriedenen.
”Kritik an eigener Person” (chi2=6,82; df=1; p <.01.), mit Stellungnahmen von 13% aller Unzufriedenen, aber nur 4% aller Zufriedenen.
”Methodenkritik” (chi2=9,82; df=1; p <.01) bei 20 % aller Unzufriednen und nur 7% der Zufriednen. Keine einzige der 19 Personen aus der Gruppe der Unzufriedenen, die Kritik sich selbst übte, tat dies auch in Bezug auf die Person des Therapeuten/ der Therapeutin.
Auch bezüglich dieser Frage steht hier steht bei den unzufriedenen KlientInnen die Kritik an der Beziehungsdimension des therapeutischen Prozesses im Mittelpunkt, die dann auch Kritik an Methoden miteinschließt.

Zufriedenheit und besonders positive Ereignisse während Therapie (Frage 46)
In Tabelle 34 sind die Prozentwerte der jeweils den inhaltsanalytisch gewonnen Clustern zugeordneten Antworten getrennt nach mit der Gestalttherapie zufriedenen und unzufriedenen Befragten angegeben.

	Zufriedenheit mit Therapie			
	eher nein		eher ja	
	Prozent	N	Prozent	N
Gespräch	5,56	54	4,07	369
Methoden	7,41	54	4,88	369
Körperübungen	1,85	54	2,98	369
Meditation - Entspannung	5,56	54	1,36	369
Familienaufstellung	1,85	54	1,08	369
Traumarbeit	,00	54	,54	369
Gruppendynamisches	3,70	54	5,15	369
Auseinandersetzung mit Emotionen	9,26	54	6,78	369
Eigenschaften-Fähigkeiten des Therapeuten	25,93	54	40,92	369
Räumlichkeiten	1,85	54	2,17	369
Zeitfaktor	1,85	54	4,34	369
Persönlichkeitsfördernde Maßnahmen	9,26	54	11,38	369
Persepktivenwechsel	,00	54	,54	369
Eröffnung neuer Möglichkeiten	1,85	54	,81	369
Problembearbeitung	1,85	54	1,90	369
Vergangenheitsbewältigung	3,70	54	1,90	369
Familien-Beziehungs-Parnerschaftselemente	3,70	54	2,44	369
Spiegel	,00	54	1,36	369
selbst geholfen	1,85	54	1,36	369
Gefühl normal zu sein	,00	54	,54	369
ja	1,85	54	,81	369
alles,vieles	1,85	54	,81	369
nein	,00	54	1,36	369
kritische Anmerkungen	5,56	54	1,36	369
sonstiges	,00	54	,54	369

Tab. 34

Erwähnenswert als Signifikanz ist hier, daß bei den Zufriedenen die Fähigkeiten des/der Gestalttherapeuten/in signifikant häufiger (siehe Tabelle 34) als besonders positive Ereignisse im therapeutischen Prozeß genannt werden (chi2=4,45; df=1, p=.035). Alle anderen Kategorien von Antworten unterscheiden sich nicht bezüglich der Zufriedenheit mit der Therapie.

Zufriedenheit und Grund für Beendigung der Therapie (Frage 47)

Während 63,7% der Zufriedenen als Grund für die Beendigung der Therapie angaben, daß sich ihr "Zustand verbessert" habe, beträgt bei den Unzufriedenen dieser Prozentsatz nur 11,1% (chi2=53,12; df=1,p<.0001); Siehe Tabelle 35. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant.

Crosstab

			Zustand verbessert		
			Nein	Ja	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	48	6	54
		Expected Count	23,2	30,8	54,0
		Row %	88,9%	11,1%	100,0%
	eher ja	Count	134	235	369
		Expected Count	158,8	210,2	369,0
		Row %	36,3%	63,7%	100,0%
Total		Count	182	241	423
		Expected Count	182,0	241,0	423,0
		Row %	43,0%	57,0%	100,0%

Tab. 35

Klar signifikant ist auch die Aussage ”Weitere Behandlung kann nicht mehr helfen” als Beendigungsgrund. Hier sind nur 25,2% der Zufriedenen der Meinung, daß eine weitere Behandlung nicht mehr hilfreich wäre und brechen ab, hingegen sind es bei den Unzufriedenen 63%. (chi2=31,97; df=1,p<.0001) Siehe Tabelle 36.

Crosstab

			Weitere Behandlung nicht mehre helfen		
			Nein	Ja	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	20	34	54
		Expected Count	37,8	16,2	54,0
		Row %	37,0%	63,0%	100,0%
	eher ja	Count	276	93	369
		Expected Count	258,2	110,8	369,0
		Row %	74,8%	25,2%	100,0%
Total		Count	296	127	423
		Expected Count	296,0	127,0	423,0
		Row %	70,0%	30,0%	100,0%

Tab. 36

Auch bei der Begründung ”TherapeuteInnenwechsel” für die Beendigung der Therapie zeigten sich signifikante Unterschiede:
Die Unzufriedenen sind signifikant überrepräsentiert in der Kategorie "Therapeut/In gewechselt”. Gingen 3% der Zufriedenen zu einem anderen Therapeuten oder einer anderen Therapeutin so beträgt dieser Anteil bei den Unzufrieden immerhin 13,0%. (chi2=11,52,df=1,p<.01; sieheTabelle 37).

Crosstab

			ging zu anderen Therapeuten		
			Nein	Ja	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	47	7	54
		Expected Count	51,7	2,3	54,0
		Row %	87,0%	13,0%	100,0%
	eher ja	Count	358	11	369
		Expected Count	353,3	15,7	369,0
		Row %	97,0%	3,0%	100,0%
Total		Count	405	18	423
		Expected Count	405,0	18,0	423,0
		Row %	95,7%	4,3%	100,0%

Tab. 37

Ebenfalls hochsiginifikant überrepräsentiert sind die Unzufriedenen in der Begründung ”Zweifel an den Fähigkeiten des Therapeuten”. Der Anteil in dieser Kategorie beträgt 27,8%. Bei den Zufriedenen bezweifelten jedoch nur 0,8% die Qualifikation des Therapeuten (chi2=84,07;df=1;p<.0001) und gaben diesen vorkategorisierte Antwortmöglichkeit als Grund an, die Therapie zu beenden (siehe Tabelle 38).

Crosstab

			Zweifel an Fähigkeiten		
			Nein	Ja	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	39	15	54
		Expected Count	51,7	2,3	54,0
		Row %	72,2%	27,8%	100,0%
	eher ja	Count	366	3	369
		Expected Count	353,3	15,7	369,0
		Row %	99,2%	,8%	100,0%
Total		Count	405	18	423
		Expected Count	405,0	18,0	423,0
		Row %	95,7%	4,3%	100,0%

Tab. 38

3.3.2.6 Zufriedenheit mit der Gestalttherapie in Abhängigkeit zur Beziehungsvariablen zum/r TherapeutIn

Zufriedenheit und KlientInnenverhalten im Therapieprozeß (Frage 56)

In diesem Fragenkomplex zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Zufriedenen und Unzufriedenen bei der Zustimmung zu ”Ich versuchte so offen und aus mir herausgehend wie möglich zu sein” (chi2=24,88;df=1;p<.0001). Unzufriedene KlientInnen stimmen dieser Formulierung überzufällig weniger oft zu als zufriedene (siehe Tabelle 39).

Report

	Zufriedenheit mit Therapie			
	eher nein		eher ja	
	Ja in %	N	Ja in %	N
Offen und herausgehend	77,36	53	95,64	367
Diagnose/Begriffe erklären	62,75	51	70,23	346
oft absagen	3,77	53	3,18	346
unwillig, schmerzliche Dinge preiszugeben	35,29	51	16,08	342
negative Gefühle gegen Therapeuten/in diskutieren	71,70	53	77,03	344
Hausaufgaben gemacht	62,75	51	78,98	352

Tab.39

Weiters sind auch in der Formulierung ”Ich war unwillig, für mich schmerzliche Dinge preiszugeben” signifikante Unterschiede zwischen zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen festzustellen. Während bei den Zufriedenen die Zustimmungsrate nur 16,08% beträgt, sind es bei den Unzufrieden immerhin 35,29% (chi2=10,83; df=1, p <.01). Signifikant weniger Zustimmung äußerten die Unzufriedenen auch bei der Formulierung ”Ich habe Hausaufgaben gemacht, die mir helfen sollten an meinen Problemen zu arbeiten” (chi2=6,61,df=1,p=.010).

Zufriedenheit und Beziehung zum/r Therapeuten/in (Übertragungssituation) (Frage 57)
Hier zeigen sich bei der Formulierung ”Auch in Krisen hatte ich das Gefühl, daß ich mit dem Therapeuten/Therapeutin in gewisser Hinsicht am gleichen Strang ziehe” signifikante Unterschiede zwischen mit der Gestalltherapie zufriedenen und unzufriedenen Befragten. Nur 44,44% der Unzufriedenen konnten dieser Frage zustimmen, bei den Zufrieden waren es immerhin 83,2% (chi2=41,57;df=1,p<.0001) (Siehe Tabelle 40).

Report

	Zufriedenheit mit Therapie			
	eher nein		eher ja	
	Ja in Prozent	N	Ja in Prozent	N
Wir ziehen am gleichen Strang	44,44	54	83,20	369
heftige Gefühle der Ablehnung/Zuneigung	51,85	54	29,54	369
kindliche Wünsche	29,63	54	26,29	369

Tab. 40

Bei der Frage ”Ich hatte zeitweilig meinem Therapeuten/meiner Therapeutin gegenüber heftige Gefühle (der Ablehnung oder Zuneigung) stimmen diesem die Unzufrieden signifikant häufiger zu (51,9%). Bei den Zufriedenen beträgt der entsprechende Anteil nur 29,5% (chi2=10,71; df=1, p<.01).
Die mit ihrer Gestalttherapie zufriedenen KlientInnen erleben sich offener und kooperativer, während die unzufriedenen heftigere Übertragungsgefühle entwickeln (oder diese nichtauflösen?) und unwilliger sind, für sie schmerzliche Begebenheiten zu erzählen.

Zufriedenheit und weitere Übertragungsvariable (Fragen 58- 61)
Auch hinsichtlich der einschätzung der Behandlungsfähigkeit ihres/er GestalttherapeutIn, der, Ausstattung bzw. Atmosphäre des Behandlungsraumes, der Bezahlung bzw. des Abrechnungsmodus und der globalen Kontaktzufriedenheit mit dem/der TherapeutIn zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Zufriedenen und Unzufriedenen. Die für alle Variablen mit einem U-Test durchgeführte Signifikanzüberprüfung bracht durchwegs nur p-Werte kleiner als .001. Die Unzufriedenen nehmen anscheinend ihren Therapeuten oder ihre Therapeutin bzw. dessen oder deren Umfeld in einem starken Ausmaß negativer wahr (siehe Mittelwerte in Tabelle 41).

Report

	Zufriedenheit mit Therapie					
	eher nein			eher ja		
	Mean	N	Std. Deviation	Mean	N	Std. Deviation
Behandlungsfähigkeiten	3,49	51	,88	1,84	366	,76
Ausstattung/Atmosphäre	2,30	53	1,15	1,71	369	,82
Bezahlung/Abrechnungsmodus	2,35	54	1,15	1,70	365	,86
Kontakt insgesamt	2,67	54	,80	1,52	369	,62

Tab. 41

3.3.2.7 Zufriedenheit mit der Gestalttherapie in Abhängigkeit zur deren Wirkung bezüglich Prae-Post Differenzen (Fragen 27 bis 34)

Zufriedenheit und körperliche Gesundheit (Status post und Prae-Post Vergleich) (Frage 27)
Waren vor Beginn der Therapie keine signifikanten Unterschiede zwischen Zufriedenen und Unzufriedenen fest stellbar, so wird der körperliche Gesundheitszustand nach Ende der Therapie von den Zufriedenen signifikant besser beschrieben (z=-2,21; p=.027). Signifikant größer ist auch die Differenz aus vorher und nachher. Zufriedene KlientInnen weisen statistisch bedeutsame Verbesserungen auf (z=-3,36;p<.001; siehe Mittelwerte und Standardabweichhungen in Tabelle 42).

Körperliche Gesundheit

	Zufriedenheit mit Therapie					
	eher nein			eher ja		
	Mean	N	Std. Deviation	Mean	N	Std. Deviation
Körperl. Gesundheit-vorher	2,67	54	1,08	2,93	365	1,14
Körperl. Gesundheit-nachher	2,27	52	,82	2,02	365	,74
Körperl. Gesundheit-Differenz (vor-nach)	,4038	52	,6645	,9178	365	1,0398

Tab. 42

Zufriedenheit und seelische Gesundheit (Status post und prä/post Vergleich) (Frage 28)
Auch in diesem Bereich waren vor der Therapie keine signifikanten Unterschiede zwischen Zufriedenen und Unzufriedenen feststellbar. Nach Ende der Therapie sind sowohl der aktuelle

Zustand (z=-7.19;p <.001) als auch die Differenzen (z=-6,64; p<.001) aus Prae und Post Status hoch signifikant (Siehe Tabelle 43).

seelische Gesundheit

	Zufriedenheit mit Therapie					
	eher nein			eher ja		
	Mean	N	Std. Deviation	Mean	N	Std. Deviatio
seel. Gesundheit-vorher	3,83	54	,84	4,03	369	,86
seel. Gesundheit-nachher	2,92	52	,74	2,11	368	,71
seel. Gesundheit-Differenz(vor-nach)	,90	52	,80	1,92	368	1,02

Tab. 43

Zufriedenheit und gesamtes Wohlbefinden bzw. Lebensqualität (Frage 29)
Auch hier gibt es bei nicht signifikanter Ausgangslage bezüglich der empfundenen Lebensqualität signifikante Unterschiede hinsichtlich Ausmaß der Verbesserung (z=-6,63; p<.001) und ebenfalls bei der aktuellen Beschreibung (z=7,09;p<.001 nach Ende der Therapie (Siehe Tabelle 44).

Wohlbefinden und Lebensqualität

	Zufriedenheit mit Therapie					
	eher nein			eher ja		
	Mean	N	SD	Mean	N	SD
Lebensqualität-vorher	3,65	54	,89	3,89	364	,86
Lebensqualität-nachher	2,89	54	,79	2,04	364	,73
Lebensqualität-Differenz(vor-nach)	,7593	54	1,0267	1,8489	364	1,0348

Tab. 44

Zufriedenheit und Zurechtkommen mit Anforderungen des Alltags (Frage 30)
Zeigen sich vor der Therapie keine signifikanten Unterschiede, so sind Veränderungen und der aktuelle Zustand nach Therapieende hoch signifikant. Zufriedene KlientInnen kommen mit den Anforderungen ihres Alltags signifikant besser zurecht (z=-4,19;p<.001)und geben im Vergleich mit den Unzufriedenen auch signifikante Verbesserungen (z=-4,54;p<.001) bezüglich dieses Parameters bezogen auf den Zeitpunkt vor der Therapie an (siehe Tabelle 45).

Zurechtkommen mit den Anforderungen des Alltags

	Zufriedenheit mit Therapie					
	eher nein			eher ja		
	Mean	N	SD	Mean	N	SD
Zurechtkommen Alltag-vorher	3,06	53	1,01	3,19	365	1,03
Zurechtkommen Alltag-nachher	2,42	53	,89	1,92	364	,71
Zurechtkommen Alltag-Differenz(vor-nach)	,6415	53	,8791	1,2747	364	1,0021

Tab. 45

Zufriedenheit und Erledigung beruflicher Pflichten (Frage 31)

Vor Beginn der Therapie gibt es zwischen Zufriedenen und Unzufriedenen keine signifikanten Unterschiede. Die Gruppe der zufriedenen KlientInnen erreichte jedoch signifikante Verbesserungen (z=-3,67; p.001) nach der Gestalttherapie und beschreibt ihren Zustand in diesem beruflichen Bereich nach der Therapie signifikant besser (z=4,47, p<.001; siehe Mittelwerte in Tabelle 46) .

Erledigung beruflicher Pflichten

	Zufriedenheit mit Therapie					
	eher nein			eher ja		
	Mean	N	SD	Mean	N	SD
Zurechtkommen Beruf-vorher	3,15	52	1,19	3,11	356	1,12
Zurechtkommen Beruf-nachher	2,52	52	1,02	1,88	357	,82
Zurechtkommen Beruf-Differenz(vor-nach)	,6346	52	,9503	1,2345	354	1,1184

Tab. 46

Zufriedenheit und Verhältnis zur sozialen Umwelt (Frage 32)

Bei dieser Frage waren die Werte bezüglich dem Verhältnis zur sozialen Umwelt vor Beginn der Therapie zwischen den Zufriedenen und den Unzufriedenen ebenfalls nicht signifikant unterschiedlich. Zufriedene KlientInnen weisen jedoch im Vergleich des Status post signifikante Verbesserungen auf (z=-4,08, p<.001), sie beschreiben ihre Lage in Bezug auf ihr Verhältnis zu ihrer sozialen Umwelt nach Ende der Therapie auch als signifikant besser (z=-3,16;p <.001; siehe Mittelwerte in Tabelle 47) als die Gruppe der mit der Therapie unzufriedenen KlientInnen.

Verhältnis zu Umwelt und Menschen

	Zufriedenheit mit Therapie					
	eher nein			eher ja		
	Mean	N	SD	Mean	N	SD
Zurechtkommen Umwelt-vorher	2,94	53	,97	3,17	361	,95
Zurechtkommen Umwelt-nachher	2,25	53	,78	1,91	361	,68
Zurechtkommen Umwelt-Differenz(vor-nach)	,6981	53	,8224	1,2667	360	,9851

Tab. 47

Zufriedenheit und Beziehung zu nahestehenden Menschen (Frage 33)

Auch bei dieser Frage nach der Beziehung zu ihren nächsten Angehörigen sind die Ausgangsdaten zwischen Zufriedenen und Unzufriedenen nicht signifikant unterschiedlich, nach Ende der Gestalttherapie zeigen sich auch hier statistisch bedeutsame Verbesserungen bei der Gruppe der zufriedenen KlientInnen (z=-4,18; p <.001). Sie bewerten ihren akuellen Zustand in Bezug auf ihr soziales Umfeld wird signifikant besser, als dies die Gruppe der Unzufriednen tut (z=,-4,23 p<.001; siehe Mittelwerte in Tabelle 48).

Umgang mit nahestehenden Menschen

	Zufriedenheit mit Therapie					
	eher nein			eher ja		
	Mean	N	SD	Mean	N	SD
Zurechtkommen Nahestehende-vorher	3,29	52	1,05	3,42	357	1,05
Zurechtkommen Nahestehende-nachher	2,43	51	,78	1,93	358	,83
Zurechtkommen Nahestehende-Differenz(vor-nach)	,8431	51	1,0074	1,4916	356	1,0890

Tab. 48

Zufriedenheit mit der Therapie und allgemeine Lebenszufriedenheit (Frage 34)

Vor Beginn der Therapie waren zufriedene und unzufriedene KlientInnen statistisch nicht zu unterscheiden. Aber auch im Bereich der allgemeinen Lebenszufriedenheit verbesserten sich die Werte der Zufriedenen signifikant gegenüber denen der Unzufriedenen (z=-5,07;p <.001, siehe Mittelwerte in Tabelle 49). Auch die aktuelle Situation wird von den mit der Gestalttherapie zufriedenen KlientInnen signifikant besser beschrieben (z=-4,80; p <.001).

Allgemeine Lebenszufriedenheit

	Zufriedenheit mit Therapie					
	eher nein			eher ja		
	Mean	N	SD	Mean	N	SD
Zufriedenheit-vorher	3,57	53	1,05	3,76	361	1,04
Zufriedenheit-nachher	2,65	52	,93	2,03	360	,78
Differenz (vor-nach)	,88	52	,9425	1,73	360	1,1201

Tab. 49

Zufriedenheit und Veränderung bei Beeinträchtigung der Lebensbereiche (Prae/PostDifferenz) Frage 23/54

Zeigen sich vor Beginn der Therapie keine statistisch nachweisbaren Unterschiede hinsichtlich der Beinträchtigungen in den verschiedenen Lebensbreichen, so sind nach dem Ende der Therapie sehr wohl signifikante Unterschiede zwischen zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen feststellbar (siehe Tabelle 50). Die Zufriedenen schätzen alle vier Lebensbereiche Partnerschaft, Beruf und Ausbildung, Freizeit und Kontakt zu anderen Menschen nach Beendigung ihrer Therapie besser ein.

Test Statistics[a]

	Partnerschaft beeinträchtigt-jetzt	Beruf/Ausbildung beeinträchtigt-jetzt	Freizeit beeinträchtigt-jetzt	Kontakt beeinträchtigt-jetzt
Mann-Whitney U	6407,500	6011,000	6500,500	6965,000
Wilcoxon W	71748,500	66389,000	68628,500	69446,000
Z	-4,155	-3,808	-3,948	-3,321
p (2-tailed)	,000	,000	,000	,001

a. Grouping Variable: Zufriedenheit mit Therapie

Tab.50

In Tabelle 51 sind die Mittelwerte des Lebensreiches Partnerschaft Status prae, Status post und deren Differenzen wiedergeben.

Beeinträchtige Partnerschaft

	Zufriedenheit mit Therapie					
	eher nein			eher ja		
	Mean	N	SD	Mean	N	SD
Partnerschaft beeinträchtigt	3,92	52	1,03	3,88	347	1,18
Partnerschaft beeinträchtigt-jetzt	2,57	54	1,50	1,66	361	1,41
Rartnerschaft	1,3269	52	1,3680	2,2099	343	1,7712

Tab. 51

In Tabelle 52 sind die Mittelwerte des Lebensreiches Beruf/Ausbildung Status prae, Status post und deren Differenzen dargestellt.

Lebensbereich Beruf/Ausbildung

	Zufriedenheit mit Therapie					
	eher nein			eher ja		
	Mean	N	SD	Mean	N	SD
Beruf/Ausbildung beeinträchtigt	3,16	49	1,28	3,06	330	1,46
Beruf/Ausbildung beeinträchtigt-jetzt	2,27	51	1,56	1,41	347	1,39
Differenz	,8125	48	1,5110	1,6137	321	1,8063

Tab. 52

In Tabelle 53 sind die Mittelwerte des Lebensreiches Freizeit/Aktivitäten Status prae, Status post und deren Differenzen angegeben.

Freizeit/Aktivitäten

	Zufriedenheit mit Therapie					
	eher nein			eher ja		
	Mean	N	SD	Mean	N	SD
Freizeit beeinträchtigt - vorher	3,17	48	1,51	3,24	333	1,44
Freizeit beeinträchtigt - jetzt	1,74	54	1,43	,98	352	1,15

Tab. 53

Tabelle 54 zeigt die Mittelwerte des Lebensreiches Kontakt zu anderen Menschen Status prae, Status post und deren Differenzen.

Kontakt zu anderen Menschen

	Zufriedenheit mit Therapie					
	eher nein			eher ja		
	Mean	N	SD	Mean	N	SD
Kontakt beeinträchtigt	3,25	52	1,47	3,13	339	1,37
Kontakt beeinträchtigt-jetzt	1,70	54	1,22	1,14	353	1,19
Differenz	1,4808	52	1,4347	1,9419	327	1,5126

Tab. 54

Zeigen sich vor Beginn der Therapie keine statistisch nachweisbaren Unterschiede hinsichtlich der Beinträchtigungen in den verschiedenen Lebensbreichen, so sind nach dem Ende der Therapie sehr wohl signifikante Unterschiede zwischen zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen feststellbar (siehe Tabelle 50). Die Zufriedenen schätzen alle vier Lebensbereiche Partnerschaft, Beruf und Ausbildung, Freizeit und Kontakt zu anderen Menschen nach Beendigung ihrer Therapie besser ein.
Während bei der derzeitigen Einschätzung der Beeinträchtigung in den vier Lebensbereichen alle vier Dimensionen signifikante Unterschiede aufweisen, so ist die Differenz aus prae und post bei der Kategorie Kontakt zu anderen Menschen knapp nicht als signifikant zu betrachten. (Tabelle 55).

Test Statistics für Differenzen[a]

	Partnerschaft	Beruf	Freizeit	Kontakt
Mann-Whitney U	6021,000	5517,000	5438,000	7093,000
Wilcoxon W	7399,000	6693,000	6614,000	8471,000
Z	-3,828	-3,220	-3,391	-1,957
p (2-tailed)	,000	,001	,001	,050

a. Grouping Variable: Zufriedenheit mit Therapie

Tab. 55

Insgesamt zeigen die mit der Gestalttherapie zufriedenen KlientInnen eine größere Veränderung vom (retrospektiv beurteilten) Status vor der Therapie zum Status nach der Therapie, v.a. in den Lebensbereichen Partnerschaft, Beruf und Freizeit als die mit ihrer Therapie unzufriedenen KlientInnen.

<u>Zufriedenheit und selbstformulierte Veränderungen durch die Therapie (Frage 40)</u>
In der Beantwortung dieser offenen (inhaltsanalytisch kategorisierten) Frage gibt es hoch signifkante Unterschiede zwischen zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen: (chi2=87,12; df=2; p <.001). Während 93,5% der Zufriedenen überhaupt angaben, daß sich durch die Therapie in ihrem Leben etwas verändert habe, beträgt dieser Prozentanteil bei den Unzufriedenen nur 50,9% (siehe Tabelle 56).

Zufriedenheit mit Therapie * Veränerung durch Therapie Crosstabulation

			Veränderung durch Therapie			
			ja	nein	weiß nicht	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	27	15	11	53
		Expected Count	46,7	2,9	3,4	53,0
		Row %	50,9%	28,3%	20,8%	100,0%
	eher ja	Count	345	8	16	369
		Expected Count	325,3	20,1	23,6	369,0
		Row %	93,5%	2,2%	4,3%	100,0%
Total		Count	372	23	27	422
		Expected Count	372,0	23,0	27,0	422,0
		Row %	88,2%	5,5%	6,4%	100,0%

Tab. 56

Tabelle 57 stellt die von den Befragten genannten (inhaltsanalytisch kategorisierten) Bereiche der Veränderungen durch die Gestalttherapie bei Zufriedenen und Unzufriedenen einander gegenüber.

Veränderungen durch Therapie

	Zufriedenheit mit Therapie			
	eher nein		eher ja	
	Mean	N	Mean	N
Beziehungseben	7,41	54	30,89	369
Heilung klinischer	7,41	54	7,32	369
Antriebsstörungen	1,85	54	,00	369
Linderung körperlicher Probleme	,00	54	4,34	369
Problemlösungstrategien	5,56	54	9,49	369
Verhaltensänderung	5,56	54	3,25	369
Lösung emotionaler Blockaden	3,70	54	4,61	369
Ursachenforschung	,00	54	1,90	369
Persönlichkeitsveränderung	24,07	54	55,83	369
Rückfälle	1,85	54	1,36	369
Therapeutisches Setting	11,11	54	5,96	369
Vergangenheitsbewältigung	,00	54	2,44	369
Vitalgefühl	12,96	54	23,31	369
Aussprache	,00	54	,81	369
Berufliches	3,70	54	4,61	369
Wohnsituation	,00	54	1,08	369
Kaum eine Erwartung erfüllt	3,70	54	,27	369
Allgemeine Verbesserung	,00	54	2,44	369
Sonstiges	1,85	54	2,17	369

Tab. 57

Signfikante Unterschiede treten hierbei auf (siehe Tabelle 57b).

Veränderung durch Therapie	p
Beziehungsebene	,000
Antriebsstörungen	,009
Persönlichkeitsveränderung	,000
Kaum eine Erwartung hat sich erfüllt	,005

Tab. 57b

Die mit der Gestalttherapie zufriedenen KlientInnen geben v.a. Änderungen auf der Beziehungsebene, bezüglich ihres Antriebs und bezüglich einer Veränderung ihrer gesamten Persönlichkeit an. Sie sind in der Gruppe derer, die angeben, daß sich kaum eine Erwartung an die Therapie erfüllt hätte (logischerweise) signifikant unterrepräsentiert.

Zufriedenheit und Ausmaß der Veränderung in verschiedenen Lebensbereichen (Frage 62).
Auf die Aufforderung, das Maß der Veränderung in Bezug auf 10 Lebensbereiche einzuschätzen **(**1 = sehr große Besserung bis 5 = sehr große Verschlechterung) erreichten bei allen zehn vorformulierten Bereichen in dieser Frage die Zufriedenen eine hochsignifikant bessere Bewertung als die unzufriedenen KlientInnen (siehe Tabelle 58).

Report

	Zufriedenheit mit Therapie					
	eher nein			eher ja		
	Mean	N	SD	Mean	N	SD
Probleme/Symptome	2,92	52	,90	1,89	356	,83
Umgang mit Menschen	2,75	51	,66	2,08	358	,74
Beziehung zu Angehörigen	2,67	52	,79	2,14	349	,80
Leistungsfähigkeit bei Arbeit	2,98	50	,74	2,22	356	,89
Freude am Leben	2,89	53	,91	1,83	358	,82
Einsicht in seel. Zusammenhänge	2,38	52	,87	1,67	355	,76
Selbstachtung/Selbstvertrauen	2,60	53	,84	1,85	359	,84
Linderung der Leidenszustände	2,74	53	,86	1,95	358	,85
Verhalten bei Problemen/Konflikten	2,75	53	,81	2,09	356	,79
Zukunftssicht	2,81	52	,99	2,05	358	,82

Tab. 58

Alle p-Werte sind kleiner als .0001 (siehe auch Tabelle 59) - das Ergebnis ist hochsignifikant: Alle zufriedenen KlientInnen bewerten das Ausmaß der Veränderung durch die Gestalttherapie als größer als die sich unzufrieden äußernden KlientInnen.

Test Statistik für Therapie brachte Veränderung bei folgenden Bereichen[a]

	Mann-Whitney U	Z	p (2-tailed)
Probleme/Symptome	3739,000	-7,382	,000
Umgang mit Menschen	4856,500	-5,935	,000
Beziehung zu Angehörigen	5765,500	-4,580	,000
Leistungsfähigkeit bei Arbeit	4638,500	-5,810	,000
Freude am Leben	3734,000	-7,596	,000
Einsicht in seel. Zusammenhänge	5041,500	-5,720	,000
Selbstachtung/Selbstvertrauen	4968,500	-6,014	,000
Linderung der Leidenszustände	4876,500	-6,116	,000
Verhalten bei Problemen/Konflikten	5373,500	-5,530	,000
Zukunftssicht	5278,000	-5,462	,000

a. Grouping Variable: Zufriedenheit mit Therapie

Tab. 59

Dieses Ergebnis stimmt mit den anders gemessenen Prae-Post Vergleichen (Fragen 27-34) in anderen, ähnlichen Lebensbereichen überein und bestätigt die innere Koherenz der Angaben der Befragten.

Zufriedenheit und Status prae - Status post bezüglich des Medikamentenkonsums
Signifikant überrepräsentiert sind die mit ihrer Therapie Unzufriedenen bei der Medikamenteneinnahme kurz nach Ende der Therapie. Während bei den zufriedenen KlientInnen nur 12,3% Medikamente nehmen, sind es bei den unzufriedenen 22,2% (chi2=3,95;df=1;p=.047).
Zum Zeitpunkt der Befragung ist diese Signifikanz im Medikamentenkonsum jedoch nicht mehr nachweisbar. Von den Unzufriedenen nehmen 14,8% Medikamente, bei den Zufriedenen beträgt der Anteil 9,2% (chi2=1,93;df=1;p=.201).

3.3.2.8 Zufriedenheit mit der Gestalttherapie in Abhängigkeit zu Kontextvariablen

Zufriedenheit und Geheimhaltung vor anderen Menschen (Frage 16)
Hier zeigt sich ein deutlich signifikanter Unterschied zwischen mit ihrer Therapie Zufriedenen und Unzufriedenen (chi2=6,55; df=1, p=.010). Während rund 58% der unzufriedenen KlientInnen es geheimhielten, in psychotherapeutischer Behandlung zu stehen, beträgt der entsprechende Prozentsatz bei den Zufriedenen nur rund 40% (siehe Tabelle 12). Ob sich ein/e Befragte/er genötigt sieht, seine/ihre psychotherapeutische Behandlung vor FreundInnen, PartnerInnen, Angehörigen etc. zu verheimlichen ist somit Indiz dafür, wie groß seine/ihre Zufriedenheit mit dieser Psychotherapie sein wird (siehe Tabelle 60).

Zufriedenheit mit Therapie * Psychotherapie verheimlicht vor Crosstabulation

			Psychotherapie verheimlicht vor		
			Ja	Nein	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	31	22	53
		Expected Count	22,4	30,6	53,0
		Row %	58,5%	41,5%	100,0%
	eher ja	Count	144	217	361
		Expected Count	152,6	208,4	361,0
		Row %	39,9%	60,1%	100,0%
Total		Count	175	239	414
		Expected Count	175,0	239,0	414,0
		Row %	42,3%	57,7%	100,0%

Tab. 60

Zufriedenheit und Hilfreiches außerhalb der Therapie (Frage 43)
Tabelle 61 zeigt überblicksmäßig die prozentuellen Anteile an den einzeln Kategorien in dieser Frage getrennt nach Zufriedenen und Unzufriedenen.

Hilfreiches außerhalb der Therapie

	Zufriedenheit mit Therapie			
	eher nein		eher ja	
	Prozent	N	Prozent	N
soziale Beziehunge	33,33	54	36,04	369
Distanz, Abwesenheit Tod von Personen	3,70	54	2,44	369
Gespräch	5,56	54	4,07	369
Ausbildung Beru	16,67	54	12,47	369
Äußer Lebensumständ	3,70	54	3,52	369
Interessen Tätigkeite	14,81	54	9,76	369
Gesunde Lebensweis	5,56	54	4,61	369
Zusätzlich Therapie	7,41	54	4,34	369
Eigene Zuschreibun	1,85	54	4,88	369
sonstiges	5,56	54	5,69	369

Tab. 61

Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen konnten nicht festgestellt werden. Alle Signifikanzniveaus lagen oberhalb von 25%. Sowohl mit ihrer Therapie zufriedene wie unzufriedene KlientInnen erlebten die gleiche Unterstützung in ihrem Umfeld, Veränderungen sind also therapieimmanent.

Zufriedenheit und Rückmeldungen des Umfeldes zum Verhalten vor/nach der Therapie (Frage 20 mit Frage 35)

Bei jenen Personen, die angaben, daß ihre Symptome vor der Therapie von ihrer sozialen Umwelt kommentiert wurden, sind auch nach ihrer Gestalttherapie Veränderungen bemerkt worden. 82% der Personen deren Symptome, die Anlaß zur Aufnahme der Gestalttherapie waren, von anderen bemerkt wurden, geben auch an, daß Personen in ihrem Umfeld auch eine Veränderung nach Ende der Therapie festgestellt haben.

Bei jener Gruppe, deren Symptome nicht bemerkt wurden, beträgt dieser Prozentsatz nur 63,8% (siehe Tabelle 62).

Symptome von anderen bemerkt * Veränderung von anderen bemerkt Crosstabulation

			Veränderung von anderen bemerkt		
			Ja	Nein	Total
Symptome von anderen bemerkt	Ja	Count	255	56	311
		Expected Count	243,4	67,6	311,(
		Row %	82,0%	18,0%	100,0%
	Nein	Count	51	29	8(
		Expected Count	62,6	17,4	80,(
		Row %	63,8%	36,3%	100,0%
Total		Count	306	85	391
		Expected Count	306,0	85,0	391,(
		Row %	78,3%	21,7%	100,0%

Tab. 62

Zufriedene und unzufriedene KlientInnen unterschieden sich statistisch aber nicht bedeutsam darin, ob Symptome vor der Therapie von ihrer sozialen Umgebung wahrgenommen wurden. Bei den Zufriedenen beträgt dieser Prozentsatz 81,4%, bei den Unzufriedenen 71,7% ((chi2=2,70; df=1; p=.101), siehe Tabelle 63.

Symptome von anderen bemerkt - Zufriedenheit mit Therapie

			Symptome von anderen bemerkt		
			Ja	Nein	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	38	15	53
		Expected Count	42,5	10,5	53,(
		Row %	71,7%	28,3%	100,0%
	eher ja	Count	288	66	354
		Expected Count	283,5	70,5	354,(
		Row %	81,4%	18,6%	100,0%
Total		Count	326	81	407
		Expected Count	326,0	81,0	407,(
		Row %	80,1%	19,9%	100,0%

Tab. 63

Hingegen zeigt sich bei den wahrgenommen Veränderungen nach der Gestalttherapie ein hoch signifikanter Unterschied. Werden bei den Zufriedenen bei 83,7% Veränderungen wahrgenommen, so sind es bei den Unzufriedenen nur 38,9% (chi2=57,29; df=1; p<.001), siehe Tabelle 64.

Veränderung von anderen bemerkt

			Veränderung von anderen bemerkt		
			Ja	Nein	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	21	33	54
		Expected Count	42,0	12,0	54,0
		Row	38,9%	61,1%	100,0%
	eher ja	Count	293	57	350
		Expected Count	272,0	78,0	350,0
		Row	83,7%	16,3%	100,0%
Total		Count	314	90	404
		Expected Count	314,0	90,0	404,0
		Row	77,7%	22,3%	100,0%

Tab. 64

3.3.2.9 Zufriedenheit mit der Gestalttherapie und Rückfälle bzw. Symptomverschiebungen und Life events seit dem Ende der Gestalttherapie

<u>Zufriedenheit und Rückfallsquote (Frage 51)</u>
Hinsichtlich der Auftretensrate der Symptome zu Beginn der Therapie gibt es zwischen Zufriedenen und Unzufriedenen keine signifikanten Unterschiede (chi2=5,61; df=8; p=.630). Tabelle 65 zeigt die Auftretensraten von Symptomen für zufriedene und unzufriedene KlientInnen. Dabei wurde vorerst berechnet, ob die Ausgangswerte der beiden Gruppen überhaupt gleich sind und verglichen werde können.

Crosstab

	Zufriedenheit mit Therapie					
	eher nein			eher ja		
	Count	Expected Count	Row %	Count	Expected Count	Row %
ständig	15	17,3	29,4%	120	117,7	34,5%
mehrmals täglich	6	5,4	11,8%	36	36,6	10,3%
täglich	8	7,7	15,7%	52	52,3	14,9%
mehrmals wöchentlich	14	10,6	27,5%	69	72,4	19,8%
wöchentlich	3	1,5	5,9%	9	10,5	2,6%
mehrmals monatlich	2	4,2	3,9%	31	28,8	8,9%
monatlich	2	2,0	3,9%	14	14,0	4,0%
einige Male pro Jahr	1	1,8	2,0%	13	12,2	3,7%
Total	51	51,0	100,0%	348	348,0	100,0%

Tab. 65

Da einige Erwartungswerte unter 5 liegen, wurde auch mittels U-Test untersucht, ob die beiden Gruppen sich vor Beginn der Therapie voneinander unterscheiden. Es wurde das Ergebnis der Kreuztabellierung - keine signifikanten Unterschiede- bestätigt (z=-,184; p=.854).

Signifikant unterschiedlich ist jedoch die Auftretensrate der Symptome nach Beendigung der Therapie. Bei der Gruppe der Zufriedenen ist ein klar erkennbarer Rückgang der Symptome feststellbar (chi2=32,46; df=7; p < .001). Sie haben weniger Rückfälle als die mit ihrer unzufriedenen Befragten.

Tabelle 66 zeigt die Auftretensrate der Symptome für zufriedene und unzufriedene KlientInnen nach der Gestalttherapie.

Kreuztabellieung Auftreten der Symptome nach Therapie und Zufriedenheit mit Therapie

	Zufriedenheit mit Therapie					
	eher nein			eher ja		
	Count	Expected Count	Row %	Count	Expected Count	Row %
ständig	5	1,8	9,8%	8	11,2	2,4%
mehrmals täglich	3	,9	5,9%	4	6,1	1,2%
täglich	1	1,2	2,0%	8	7,8	2,4%
mehrmals wöchentlich	4	2,0	7,8%	11	13,0	3,4%
wöchentlich	5	1,6	9,8%	7	10,4	2,1%
mehrmals monatlich	7	5,4	13,7%	33	34,6	10,1%
monatlich	8	5,3	15,7%	31	33,7	9,5%
einige male pro Jahr	18	32,8	35,3%	225	210,2	68,8%
Total	51	51,0	100,0%	327	327,0	100,0%

Tab. 66

Für die gesamte Stichprobe gesehen kann von einem signifikanten Rückgang der Symptome ausgegangen werden (Vorzeichentest: Z=-17,40, p < .001). In Tabelle 67 ist zu sehen, daß es bei insgesamt nur 7 Personen zu einer Verschlechterung gekommen ist, bei 325 Befragten zu einer Verbesserung der Symptomatik. Bei 34 PatienInnen ist das Auftreten der Symptome unverändert geblieben.

Veränderungen bei Auftreten der Symptome

		N
Häufigkeit der Symptome vor Therapie - Häufigkeit der Symptome nach Therapie	Negative Differences [a]	7
	Positive Differences [b]	325
	Ties [c]	34
	Total	366

a. Häufigket der Symptome jetzt < Häufigkeit der Symptome

b. Häufigket der Symptome jetzt > Häufigkeit der Symptome

c. Häufigkeit der Symptome = Häufigket der Symptome jetzt

Tab. 67

Tabelle 68 zeigt, daß es keine Unterschiede hinsichtlich des Auftretens neuer Symptome (Symptomverschiebungen?) bei beiden Gruppen gibt. Bei den zufriedenen KlientInnen geben 16% an, daß neue Symptome oder schwerwiegende Probleme aufgetreten sind, bei Unzufriedenen beträgt dieser Prozentsatz 15,4%.

Zufriedenheit mit Therapie * Symptome/Probleme hinzugekommen

			Symptome/Probleme hinzugekommen		
			Ja	Nein	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	8	44	52
		Expected Count	8,3	43,7	52,0
		Row %	15,4%	84,6%	100,0%
	eher ja	Count	56	294	350
		Expected Count	55,7	294,3	350,0
		Row %	16,0%	84,0%	100,0%
Total		Count	64	338	402
		Expected Count	64,0	338,0	402,0
		Row %	15,9%	84,1%	100,0%

Tab. 68

Zufriedenheit und Life-events seit der Beendigung der Therapie (Frage50)
Bei den Lebensereignissen ”Kinder bekommen”, ”eine Ausbildung abgebrochen” ”Veränderung des Arbeitsplatzes" sind signifikante Unterschiede zwischen mit der Gestalttherapie zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen aufgetreten, siehe Tabelle 69.

Zufriedenheit mit Therpie und Kinder bekommen

			Kinder bekommen		
			Nein	Ja	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	51	1	52
		Expected Count	46,8	5,2	52,0
		Row %	98,1%	1,9%	100,0%
	eher ja	Count	317	40	357
		Expected Count	321,2	35,8	357,0
		Row %	88,8%	11,2%	100,0%
Total		Count	368	41	409
		Expected Count	368,0	41,0	409,0
		Row %	90,0%	10,0%	100,0%

Tab. 69

Während bei den Unzufriedenen nur 1,9% Nachwuchs bekamen, beträgt dieser Prozentanteil bei den Zufriedenen doch immerhin 11,2% (chi2=4,34;df=1;p=.037).

Haben bei den unzufriedenen Befragten 5,8% eine Ausbildung abgebrochen, so waren daß bei den zufriedenen nur 0,8%. (Fisher’s Exact Test: p=.026) siehe Tabelle 70.

Crosstab

			Ausbildung abgebrochen		
			Nein	Ja	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	49	3	52
		Expected Count	51,2	,8	52,0
		Row %	94,2%	5,8%	100,0%
	eher ja	Count	354	3	357
		Expected Count	351,8	5,2	357,0
		Row %	99,2%	,8%	100,0%
Total		Count	403	6	409
		Expected Count	403,0	6,0	409,0
		Row %	98,5%	1,5%	100,0%

Tab. 70

Von jenen Personen die einen neuen Arbeitsplatz angenommen haben zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen, was die berufliche Position betrifft (chi2=12,79; df=2; p <.01).

Beträgt der Anteil bei den zufriedenen KlientInnen, die auf ihrem neuen Arbeitsplatz in einer besseren Position arbeiten 68,3%, so liegt dieser Anteil bei den unzufriedenen nur bei 44,4%. Umgekehrt verhält es sich bei der Annahme eines Jobs in einer schlechteren Position. 33,3% aller Unzufriedenen, die einen neuen Arbeitsplatz angenommen haben, befinden sich nun im Vergleich zu vorher schlechteren Position. Bei den Zufriedenen liegt dieser Anteil bei nur 5,9% (siehe Tabelle 71).

Crosstab

			Neuer Arbeitsplatz		
			besser	gleich	schlechter
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	8	4	6
		Expected Count	11,6	4,5	1,8
		Row	44,4%	22,2%	33,3%
	eher ja	Count	69	26	6
		Expected Count	65,4	25,5	10,2
		Row	68,3%	25,7%	5,9%
Total		Count	77	30	12
		Expected Count	77,0	30,0	12,0
		Row	64,7%	25,2%	10,1%

Tab. 71

Signifikante Unterschiede treten zwischen mit der Gestalttherapie zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen auch bei jenen Befragten auf, die einen Wohnungswechsel vollzogen haben (chi2=8,23; df=2; p=.012). Sind 25,9% der Unzufriedenen, die einen Wohnungswechsel durchführten, in eine Wohnung mit schlechterer Qualität übersiedelt, so beträgt der der entsprechende Anteil bei den Zufriedenen nur 7,5% (siehe Tabelle 72).

Crosstab

			Wohnungswechsel			
			besser	gleich	schlechter	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	16	4	7	27
		Expected Count	18,5	5,7	2,7	27,0
		Row %	59,3%	14,8%	25,9%	100,0%
	eher ja	Count	113	36	12	161
		Expected Count	110,5	34,3	16,3	161,0
		Row %	70,2%	22,4%	7,5%	100,0%
Total		Count	129	40	19	188
		Expected Count	129,0	40,0	19,0	188,0
		Row %	68,6%	21,3%	10,1%	100,0%

Tab. 72

3.3.2.10 Zufriedenheit und neuerliche Inanspruchnahme professioneller Hilfe

Zufriedenheit und Beginn neuer Therapien Frage 48)

Aus Tabelle 73 geht hervor, daß 34% der Unzufriedenen eine neue Psychotherapie begannen. Dieser Anteil liegt bei den zufriedenen KlientInnen nur bei 19,9%. Dieser Unterschied ist signifikant (chi2=5,39; df=1; p=.020).

Crosstab

			weitere Therapien begonnen		
			Ja	Nein	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	18	35	53
		Expected Count	11,5	41,5	53,0
		Row %	34,0%	66,0%	100,0%
	eher ja	Count	72	290	362
		Expected Count	78,5	283,5	362,0
		Row %	19,9%	80,1%	100,0%
Total		Count	90	325	415
		Expected Count	90,0	325,0	415,0
		Row %	21,7%	78,3%	100,0%

Tab. 73

Zufriedenheit und Inanspruchnahme von Beratungsstellen (Frage 49)

Bei den unzufriedenen KlientInnen liegt der Anteil derer, die nach Ende der Gestalttherapie eine Beratungsstelle in Anspruch genommen haben, bei 19,2%, bei den Zufrieden bei 12,3%. Dieser Unterschied ist als nicht signifikant zu verstehen (chi2=1,94; df=1; p=.164) siehe Tabelle 74.

Crosstab

			Beratungsstellen beansprucht		
			1	2	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	10	42	52
		Expected Count	6,8	45,2	52,0
		Row %	19,2%	80,8%	100,0%
	eher ja	Count	44	315	359
		Expected Count	47,2	311,8	359,0
		Row %	12,3%	87,7%	100,0%
Total		Count	54	357	411
		Expected Count	54,0	357,0	411,0
		Row %	13,1%	86,9%	100,0%

Tab. 74

3.3.2.11 Zusammenhänge mit den normierten Skalen (SF 36, Alltagslebensqualität)

Zufriedenheit und SF-36 Skalen

Bei den in dieser Studie verwendeten vier Skalen des SF36 (Emotionale Rollenfunktion, soziale Funktionsfähigkeit, Vitalität und psychisches Wohlbefinden) zeigen die mit der Gestalttherapie zufriedenen KlientInnen signifikant bessere Werte als die eher Unzufriedenen (siehe Tabelle 75)

Mittelwerte der SF36 Skalen bei Zufriedenen und Unzufriedenen

	Zufriedenheit mit Therapie	N	Mean	SD
Emotionale Rollenfunktion	eher nein	51	52,29	39,58
	eher ja	346	79,67	33,18
soziale Funktionsfähigkeit	eher nein	54	38,89	24,36
	eher ja	366	23,60	20,90
Vitalität	eher nein	54	46,76	15,08
	eher ja	362	57,27	17,38
psychisches Wohlbefinden	eher nein	54	45,59	19,17
	eher ja	361	34,15	17,62

Tab. 75

Alle Signifikanzen sind auffällig bei einem p <.001 (siehe auch Tabelle 76).

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tail)	Mean Differer ce
Emotionale Rollenfunktion	homogen	9,003	,003	-5,361	395	,000	-27,38
	heterogen			-4,703	60,798	,000	-27,38
soziale Funktionsfähigkeit	homogen	3,050	,081	4,908	418	,000	15,2892
	heterogen			4,380	65,023	,000	15,2892
Vitalität	homogen	,526	,469	-4,213	414	,000	-10,51
	heterogen			-4,678	75,635	,000	-10,51
psychisches Wohlbefinden	homogen	1,603	,206	4,400	413	,000	11,4430
	heterogen			4,134	67,090	,000	11,4430

Tab. 76

Die mit der Gestalttherapie zufriedenen KlientInnen zeigen auch in den an einer Norm-population geeichten Skalen des SF-36 höhere Werte in Bezug auf ihre emotionale Rollen-funktion, ihre soziale Funktionsfähigkeit, ihre Vitalität und ihr psychisches Wohlbefinden.

Zufriedenheit und Lebensqualität

Auch bezüglich ihrer Lebensqualität, erfaßt durch die ”Soziale und Alltagslebensqualitäts-skala” (Bullinger) zeigen die mit der Gestalttherapie zufriedenen KlientInnen eine signifikant bessere Selbst-Beurteilung als die unzufrieden KlientInnen (siehe Tabelle 77).

Report

soziale u. Alltagslebensqualität

Zufriedenheit mit Therapie	Mean	N	Std. Deviation
eher nein	2,6764	54	,7935
eher ja	2,1909	365	,6065

Tab. 77

Zusammenhänge zwischen normierten Skalen (SF36 und Lebensqualität) und dem Ausmaß der Veränderung bei Fragen 27 bis 34:

Veränderung von Prae nach Post (Frage 27-34) und Soziale- und Alltagslebensqualität

Es zeigen sich über alle Fragen hinweg signifikante Zusammenhänge. Je größer das Ausmaß der Veränderung, desto besser wird die derzeitige Lebensqualität (nach Fragebogen zur Sozialen und Alltagslebensqualität) eingeschätzt.

Die höchsten Korrelationen ergaben sich bei Veränderung der seelischen Gesundheit (r=-.319) und bei Veränderung der wahrgenommen Lebensqualität (r=-.324). (Siehe Tabelle 78)

Correlations

	Spearman's rho		
	Soziale u. Alltagslebensqualität		
	Korrelation	p	N
Körperl. Gesundheit-Differenz(vor-nach)	-,191	,000	413
seel. Gesundheit-Differenz(vor-nach)	-,319	,000	416
Lebensqualität-Differenz(vor-nach)	-,324	,000	415
Zurechtkommen Alltag-Differenz(vor-nach)	-,164	,001	413
Zurechtkommen Beruf-Differenz(vor-nach)	-,131	,008	403
Zurechtkommen Umwelt-Differenz(vor-nach)	-,161	,001	410
Zurechtkommen Nahestehende-Differenz(vor-nach)	-,208	,000	403
Allgemeine Lebenszufriedenheit -Differenz(vor-nach)	-,280	,000	408

Tab. 78

Veränderung von Prae nach Post in verschiedenen Lebensbereichen (Frage 27-34) und SF36

Bei den Skalen des SF36 zeigen sich Zusammenhänge bei der Differenz der Lebensqualität. Je größer die Veränderung in der Lebensqualität (Wohlbefinden) desto besser sind die Werte in den vier in dieser Untersuchung verwendeteten standardisierten Skalen des SF36.

Die Veränderung bei der seelischen Gesundheit zeigt insbesondere bei den Skalen ”soziale Funktionsfähigkeit”, ”Vitalität” und ”Pyschisches Wohlbefinden” hohe Zusammenhänge (siehe Tabelle 79).

Correlations

	Spearman's rho							
	Emotionale Rollenfunkt.		soziale Funktionsf.		Vitalität		psychisches Wohlbefinden	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Körperl. Gesundheit-Differenz(vor-nach)	,045	,379	-,069	,162	,129	,009	-,082	,096
seel. Gesundheit-Differenz(vor-nach)	,172	,001	-,238	,000	,236	,000	-,279	,000
Lebensqualität-Differenz(vor-nach)	,226	,000	-,286	,000	,251	,000	-,275	,000
Zurechtkommen Alltag-Differenz(vor-nach)	,103	,043	-,093	,058	,100	,043	-,100	,042
Zurechtkommen Beruf-Differenz(vor-nach)	,117	,022	-,057	,255	,157	,002	-,142	,004
Zurechtkommen Umwelt-Differenz(vor-nach)	,118	,020	-,027	,587	,081	,101	-,056	,263
Zurechtkommen Nahestehende-Differenz(vor-nach)	,065	,204	-,099	,047	,101	,042	-,139	,005
Allgemeine Lebenszufriedenheit	,245	,000	-,163	,001	,229	,000	-,241	,000

Tab. 79

Vergleich der SF36 Skalen mit Normwerten aus Deutschland

Mittelwerte und Standardabweichungen des SF36 für Männer und Frauen nach Alter

		N		Mean		SD	
		Geschlecht		Geschlecht		Geschlecht	
Alter		m	w	m	w	m	w
unter 20	Emotionale Rollenfunktion	3,0	2,0	66,6	50,0	33,3	70,7
	soziale Funktionsfähigkeit	4,0	2,0	28,1	37,5	25,7	53,0
	Vitalität	3,0	2,0	61,6	52,5	5,7	31,8
	psychisches Wohlbefinden	3,0	2,0	28,0	46,0	6,9	25,4
21 bis 30	Emotionale Rollenfunktion	8,0	73,0	70,8	74,2	41,5	34,1
	soziale Funktionsfähigkeit	9,0	74,0	37,5	25,3	31,2	23,8
	Vitalität	9,0	73,0	51,1	54,7	17,9	19,0
	psychisches Wohlbefinden	9,0	73,0	42,2	36,1	19,9	20,0
31 bis 40	Emotionale Rollenfunktion	64,0	128,	78,1	82,2	33,7	31,0
	soziale Funktionsfähigkeit	65,0	136,	27,6	22,4	22,3	20,1
	Vitalität	65,0	136,	56,9	55,9	15,9	17,0
	psychisches Wohlbefinden	65,0	135,	35,5	34,0	16,0	16,8
41 bis 50	Emotionale Rollenfunktion	20,0	59,0	80,0	72,6	25,1	39,0
	soziale Funktionsfähigkeit	22,0	62,0	17,0	26,4	17,0	21,7
	Vitalität	22,0	62,0	60,9	54,6	11,4	20,6
	psychisches Wohlbefinden	22,0	62,0	30,7	38,7	14,8	21,1
51 bis 60	Emotionale Rollenfunktion	10,0	26,0	56,6	65,3	44,5	46,6
	soziale Funktionsfähigkeit	11,0	26,0	36,3	26,4	18,9	23,0
	Vitalität	11,0	25,0	51,8	59,6	17,2	16,2
	psychisches Wohlbefinden	11,0	25,0	39,6	35,7	18,8	19,9
61 bis 70	Emotionale Rollenfunktion	3,0	1,0	100,	,0	,0	.
	soziale Funktionsfähigkeit	3,0	3,0	16,6	41,6	14,4	7,2
	Vitalität	3,0	3,0	63,3	43,3	18,9	5,7
	psychisches Wohlbefinden	3,0	3,0	34,6	42,6	19,7	12,8

Tab. 80

Die Befragten in ihrer Gesamtheit (Zufriedene und Unzufriedene miteinander) liegen verglichen mit der einer Vergleichspopulation doch in allen Skalen um 20 bis 30 Punkte unter dem für Deutschland angegebenen Mittelwert (siehe Tabelle 80).

3.3.2.12 TherapeutInnenvariable und therapeutische Beziehung

Zusammenhang zwischen Geschlecht der TherapeutInnen und Geschlecht der KlientInnen.
Es zeigt sich in der Gegenüberstellung der Geschlechtszugehörigkeiten ein signifikanter Zusammenhang, Frauen tendieren mehr zu einer Therapeutin ($chi2=10,69$; $df=1$; $p<.01$) (siehe Tabelle 81). Dazu ist allerdings anzumerken, daß auch mehr Frauen Psychotherapie anbieten.

Geschlecht der Klienten * Geschlecht der Therapeuten Crosstabulation

			Geschlecht d. Therapeuten		
			weibich	männlich	Total
SEX	weiblich	Count	191	100	291
		Expected Count	176,8	114,2	291,0
		Row %	65,6%	34,4%	100,0%
	männlich	Count	52	57	109
		Expected Count	66,2	42,8	109,0
		Row %	47,7%	52,3%	100,0%
Total		Count	243	157	400
		Expected Count	243,0	157,0	400,0
		Row %	60,8%	39,3%	100,0%

Tab. 81

Der Anteil der Frauen, die einen gleichgeschlechtlichen Therapeuten wählten beträgt 65,6%, bei den Männer ist dieser Prozentsatz nur 52,3%.

Zusammenhang zwischen Alter der TherapeutInnen und Geschlecht der KlientInnen

Bei dieser Gegenüggberstellung konnten keine signifikanten Zusammenhänge festgestellt werden (chi2=1,22; df=2; p=.542).

Wie aus Tabelle 82 ersichtlich ist, waren sowohl Männer als auch Frauen zu einem Prozentsatz von ca. 50% bei einem/er Therapeuten/in in Behandlung der/die zwischen 40 und 49 Jahre alt war.

SEX * Alter d. Ther Crosstabulation

			Alter des Therapeuten			
			unter 40	40 - 49	50 und älter	Total
SEX	weiblich	Count	122	157	28	307
		Expected Count	125,1	156,4	25,5	307,0
		Row %	39,7%	51,1%	9,1%	100,0%
	männlich	Count	50	58	7	115
		Expected Count	46,9	58,6	9,5	115,0
		Row %	43,5%	50,4%	6,1%	100,0%
Total		Count	172	215	35	422
		Expected Count	172,0	215,0	35,0	422,0
		Row %	40,8%	50,9%	8,3%	100,0%

Tab.82

Zusammenhang zwischen Alter der TherapeutInnen und Alter der KlientInnen

Hier zeigt sich ein geringer positiver Zusammenhang (r=.11; p=.03). Je älter der/die KlientIn, desto älter ist auch der/die TherapeutIn. Tabelle 83 gibt die Mittelwerte für das KlientInnenalter in den drei Altersklassen der TherapeutInnen wieder.

Mittelwerte Alter der Klienten

AGE

	N	Mean	Std. Deviation
unter 40	173	37,04	9,34
40 - 49	214	37,79	8,99
50 und älter	35	42,09	11,82
Total	422	37,84	9,47

Tab. 83

Wahrnehmung der TherapeutInnen in Zusammenhang mit deren Alter und Geschlecht (Frage 55/6/7)

In Tabelle 84 sind die Prozentsätze des von den KlientInnen wahrgenommen TherapeutInnenverhaltens nach Geschlecht und Alter der BehandlerInnen aufgeschlüsselt. Zu den Angaben über das Verhalten der TherapeutInnen in der Therapie wurden jeweils bestimmte Haltungen kennzeichnende Sätze vorformuliert nach zutreffend oder nicht abgefragt.

1. Geschlecht der TherapeutInnen:

Dabei wurde die Verhaltensform ”herablassend” abhängig vom Geschlecht der TherapeutInnen unterschiedlich wahrgenommen: Männliche Therapeuten werden von den Befragten signifikant häufiger als "herablassend" empfunden als weibliche.

Ebenfalls signifikant ist die Beurteilung "abweisend". Auch hier werden männliche Therapeuten von den Befragten im Vergleich zu weiblichen signifikant öfter als abweisend erlebt.

Signifikant häufiger als "zu sehr auf Probleme der Kindheit" der KlientInnen konzentriert, werden ebenfalls die männlichen Therapeuten bezeichnet (siehe Tabelle 84).

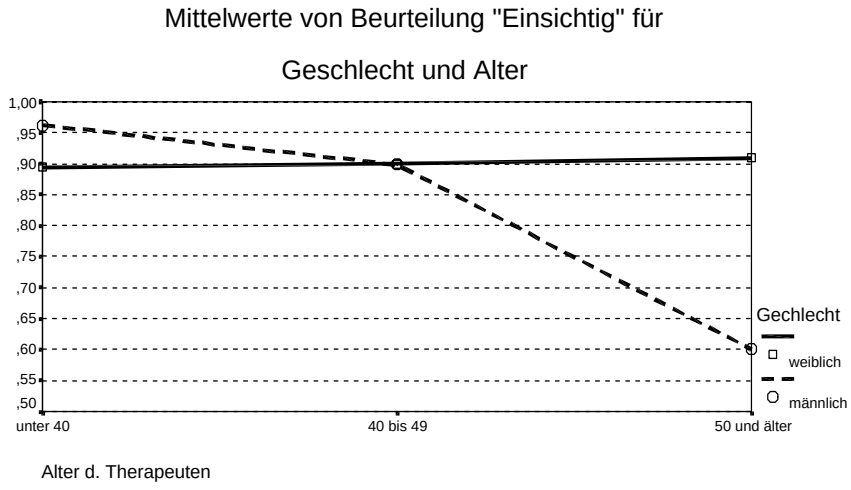
Therapeutenbeurteilung in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht des Therapeuten

	Geschlecht des Therapeuten	Prozent			N		
		Alter			Alter		
		bis 40	40 -49	>49	bis 40	40 -49	>49
untertützend	weiblich	,96	,98	1,00	95	100	22
	männlich	,98	,90	1,00	53	69	5
Therapieverlauf besprochen	weiblich	,92	,86	,91	95	100	22
	männlich	,91	,75	,80	53	69	5
vertrauensvoll	weiblich	,85	,91	,95	95	100	22
	männlich	,92	,87	,80	53	69	5
einsichtig	weiblich	,89	,90	,91	95	100	22
	männlich	,96	,90	,60	53	69	5
unbeteiligt	weiblich	,03	,05	,05	95	100	22
	männlich	,04	,03	,20	53	69	5
verurteilend/ kontrollierend	weiblich	,08	,10	,18	95	100	22
	männlich	,08	,12	,20	53	69	5
herablassend	weiblich	,04	,04	,00	95	100	22
	männlich	,08	,12	,20	53	69	5
Geld verdienen	weiblich	,08	,10	,00	95	100	22
	männlich	,06	,13	,20	53	69	5
abweisend	weiblich	,01	,04	,00	95	100	22
	männlich	,09	,06	,20	53	69	5
zu kindheitsbezogen	weiblich	,07	,09	,05	95	100	22
	männlich	,02	,12	,40	53	69	5

Tab. 84

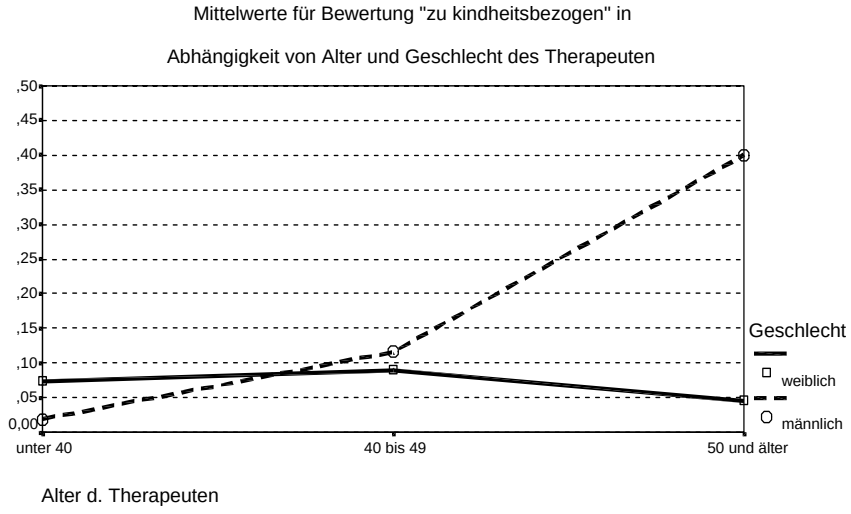
2) Alter der TherapeutInnen:
Bezüglich des Alters der TherapeutInnen gibt es signifikante Unterschiede beim Item "Besprechen der Ziele und des Therapieverlaufs". Hier zeigt die mittlere Altersklasse der BehandlerInnen die niedrigsten Werte, d.h. diese Altersgruppe bespricht in der Wahrnehmung der KlientInnen die Ziele und den Therapieverlauf am wenigsten häufig mit ihnen (siehe Tabelle 84).

3) Alter und Geschlecht der TherapeutInnen:
Wie aus Grafik 12 ersichtlich wird, zeigen sich auch Wechselwirkungen zwischen Alter und Geschlecht der BehandlerInnen. Insbesondere sind es ältere, männliche Therapeuten, die sich nach Meinung ihrer KlientInnen zu wenig "verständnisvoll und einsichtig in die Probleme" verhalten.



Graf. 12

Eine weitere Wechselwirkung besteht beim Item ”konzentrierte sich zu sehr auf die Kindheit und nicht genug auf aktuelle Probleme”. Auch hier unterscheiden sich vor allem ältere männliche Therapeuten weit von den älteren weiblichen Therapeutinnen. Die älteren männlichen Therapeuten sind nach Meinung ihrer KlientInnen zu sehr auf die Probleme in der Kindheit und zwenig auf die aktuelle Problematik konzentriert (siehe Grafik 13).

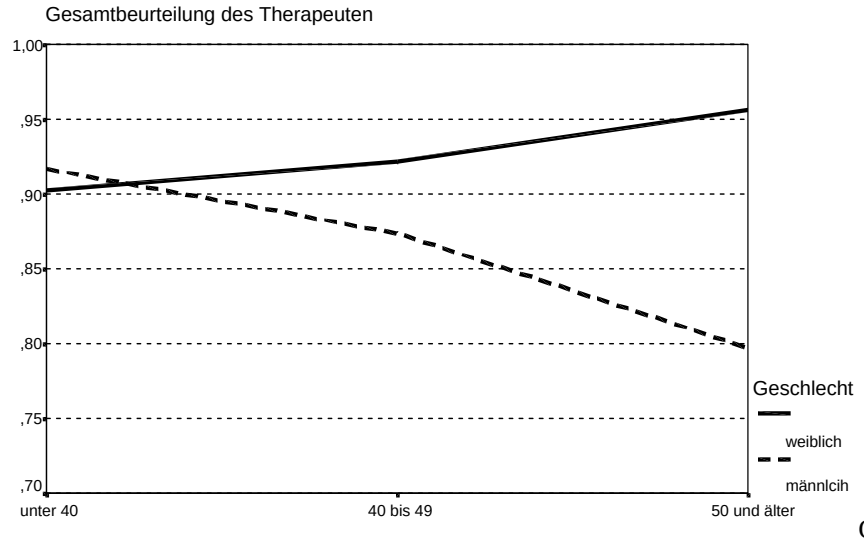


Graf. 13

Dieses Ergebnis zu generalisieren scheint jedoch zu problematisch, da nur wenige Antworten sich auf ältere männliche Therapeuten bezogen (n=5).

Zur Überprüfung dieses Ergebnisses wurden in einem weiteren Analyseschritt die zehn Items mit Aussagen über das Verhalten der TherapeutInnen einer Faktorenanalyse unterzogen. Dabei wurden zwei Faktoren extrahiert, wobei auf dem zweiten Faktor nur die Bewertung ”zu kindheitsbzogen” lud. Bei einer Reliabilitätsanalyse, bei der auch das Item ”zu kindheitsbezogen" hinzu genommen wurde ergab sich ein Reliabilitätskoeffizient (Cronbach’sches Alpha) von .74. Bei Herausnahme der Bewertung ”zu kindheitsbezogen” würde der Koeeffizient auf .72 sinken. Es scheint daher gerechtfertigt, eine aus allen zehn Bewertungen bestehende Skala zu bilden. Negative Bewertungen wurden dabei umgepolt, sodaß ein hoher Skalenwert eine gute Bewertung bedeutet. Auch bei diesem Vorgehen zeigt sich beim Gesamtwert eine signifikante Wechselwirkung: Während Therapeutinnen mit zunehmenden Alter bestärkender, verständnisvoller, engagierter, gewährender, gleichberechtigter, Kritik annehmender etc. wahrgenommen werden, verhält es sich bei den

Männern gerade umgekehrt (siehe Grafik 14).



Graf. 14

Gesamtveränderung durch die Gestalttherapie (Frage 62) in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht der TherapeutInnen.

Tabelle 85 zeigt die Mittelwerte der von den KlientInnen beurteilten Gesamtveränderung durch die Gestalttherapie in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht ihrer TherapeutInnen. Die Gesamtveränderung ist dabei der durch die Anzahl bearbeiteter Items normierte Summenscore der Veränderungen in bestimmten Aspekten aus Frage 62. Die zehn Items wurden dazu faktorenanalysiert. Der einzige resultierende Faktor erreicht eine Meßgenauigkeit von .91. Dieses Ergebnis ist statistisch zufriedenstellend interpretierbar, niedrige Werte bedeuten in diesem Fall größere Veränderungen.

Veränderung Gesamtwert in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht des Therapeuten

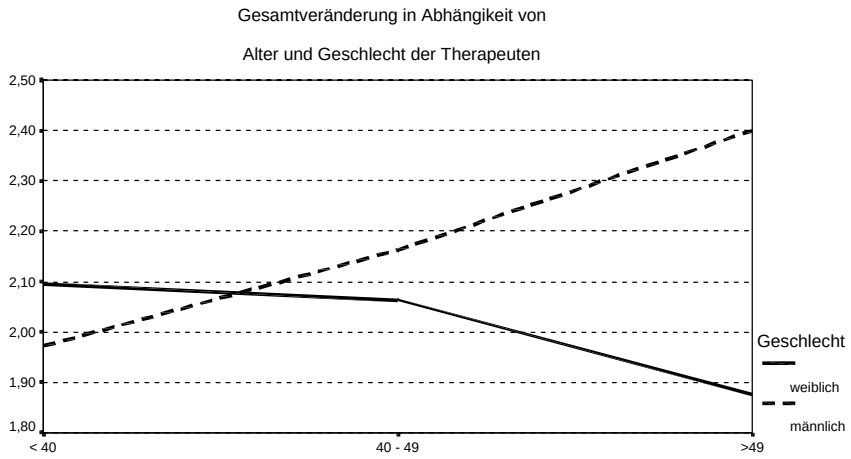
Dependent Variable: F62

	Mean			Std. Deviation			N		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
Alter	weiblich	männlich	Total	weiblich	männlich	Total	weiblich	männlich	Total
< 40	2,10	1,97	2,05	,66	,51	,61	107	58	16
40 - 49	2,06	2,16	2,11	,64	,73	,68	110	89	19
>49	1,88	2,40	2,03	,38	,56	,49	25	10	3
Total	2,06	2,11	2,08	,62	,66	,64	242	157	39

Tab. 85

Bei Analyse mit einer mehrfaktoriellen Varianzanalyse zeigt sich auch hier ein signifikanter Wechselwirkungsfaktor.

Grafik 15 zeigt, daß ein linearer Zusammenhang zwischen Alter und Geschlecht der BehandlerInnen bezüglich der Veränderung durch die Gestalttherapie als Gesamtes betrachtet, besteht: Während bei den Therapeuten mit zunehmenden Alter das Gesamtausmaß der von den KlientInnen empfundenen Veränderung geringer wird, zeigt sich bei den Therapeutinnen der gegenteilige Trend.



Graf. 15

Es sei jedoch abermals darauf hingewiesen, daß in der Gruppe der älteren männlichen Therapeuten nur wenige Antworten vorliegen. Die Interpretation des Ergebnisses ist zwar statistisch möglich, sollte jedoch zur Erhärtung nochmals eigens an einer größeren Stichprobe überprüft werden.

Zusammenhang von KlientInnenverhalten und deren Wahrnehmen der TherapeutInnen (Frage 55/56)

Es zeigt sich, daß ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem von den KlientInnen wahrgenommen Verhalten der TherapeutInnen und ihrem eigenen Verhalten in der Gestalttherapie besteht: Je positiver (Gesamtfaktor aus unterstützend, vertrauenswürdig, einsichtig in Probleme, beteiligt, gleichberechtigt...) der/die TherapeutIn gesehen wird, desto mehr gingen die KlientInnen aus sich heraus, desto weniger waren sie unwillig auch schmerzliche Dinge preiszugeben, umso mehr konnten sie auch negative Gefühle dem/der TherapeutIn gegenüber diskutieren und umso mehr machten sie auch “Hausaufgaben”, die helfen sollten ihre Probleme zu meistern.

Nur mit den Items "Sitzungen oft absagen" und dem Wahrnehmen des Therapeuten ist keine siginifikanter Zusammenhang nachweisbar (siehe Tabelle 86).

Obwohl zwar alle Korrelationen signifikant von Null verschieden sind, so sollten die Zusammenhänge nicht überinterpretiert werden, da keine Korrelation einen Wert .25 erreicht, und somit eigentlich nur 5% Varianz aufgeklärt werden kann.

Sperarman Korrelationen zwischen Therapeutenbewertung und Eigenes Verhalten während der Therapie

	F55		
	Therapeutenbewertung		
	r	p	N
Offen und herausgehend	,216	,000	425
Diagnose/Begriffe erklären	,156	,002	400
oft absagen	-,064	,200	404
unwillige Preisgabe schmerzlicher Dinge	-,197	,000	398
Ansprechen negativer Gefühle gegenüber Therapeuten	,153	,002	402
Erledigung von Hausaufgaben	,166	,001	408

Tab. 86

Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Wahrnehmen der TherapeutInnen seitens der KlientInnen (Frage 55/ 57).

Auch bei dieser Gegenüberstellung zeigen sich bei zwei der drei als vorformulierte Items vorgebenen Beziehungsmöglichkeiten signifikante Zusammenhänge (siehe Tabelle 87):. Insbesondere bei “Ich hatte das Gefühl, wir ziehen am gleichen Strang" zeigt sich mit .35 eine von ihrer Größe her betrachtet zufriedenstellende Korrelaton. Je positiver die Gesamtwahrnehmung der TherapeutInnen seitens der KlientInnen ist, umso höher ist die Zustimmung zu diesem Satz.

Umgekehrt verhält es sich mit der Bejahung der Formulierung " Ich hatte zeitweilig meinem Therapeuten/meiner Therapeutin gegenüber heftige Gefühle (der Ablehnung oder Zuneigung)" Dieser Aussage wird umso eher zugestimmt, je problematischer das Verhalten des/ der TherapeutIn insgesamt wahrgenommen wird. Die diesbezügliche Korrelation ist aber numerisch sehr klein.

Kein Zusammenhang konnte zwischen dem "Übertragung- bzw. Regressionsitem" ("Ich hatte in der Therapie zeitweise das Gefühl, daß ich dem Therapeuten/der Therapeutin gegenüber Wünsche hatte, wie ich sie als Kind hatte") und dem TherapeutInnenverhalten gefunden werden.

Spearman Korrelationen zwischen Therpeutenbewertung und Beziehungen zu Therapeuten (Frage 57)

	F55 Therapeutenbewertung		
	r	p	N
Wir ziehen am gleichen Strang	,345	,000	428
heftige Gefühle der Ablehnung/Zuneigung	-,147	,002	428
kindliche Wünsche	-,012	,804	428

Tab.87

Zusammenhänge zwischen therapeutischer Beziehung und KlientInnenverhalten während der Therapie (Frage 56/57)

Hier zeigte sich bei den Items "Ich versuchte so offen und aus mir herausgehend wie möglich zu sein" (Frage 56) und "Auch in Krisen hatte ich das Gefühl, daß ich mit dem Therapeuten/der Therapeutin in gewisser Hinsicht am gleichen Strang ziehe" eine positve Korrelation (r=.27;p <.001). Dieses Ergebnis ist nicht überraschend, das Gefühl einer Zusammenarbeit in Krisen macht ein offenes Herausgehen erst möglich.

Zusammenhänge von Prae-Post-Differenzen und TherapeutInnenwahrnehmung (Frage 27/55)

Es zeigen sich in allen Lebensbereichen (Frage 27) bezüglich der Differenz von Prae nach Post signifikante Zusammenhänge im Ausmaß der jeweiligen Veränderung und einer positiven TherapeutInnenwahrnehmung (siehe Tabelle 88): Je größer die von den KlientInnen eingeschätzte Veränderung in den einzelnen Lebensbereichen ist, umso positiver sehen sie ihren/e Therapeuten/in. Allerdings kann keine Aussage darüber gemacht werden, in welche Richtung dieser Zusammenhang wirkt.

Spearman Korrelationen zwischen Therapeutenwahrnehmung und Veränderungen in enzelnen Lebensbereichen

	Therapeuten wahrnehmung		
	r	p	N
Körperl. Gesundheit-Differenz(vor-nach)	,088	,072	422
seel. Gesundheit-Differenz(vor-nach)	,240	,000	425
Lebensqualität-Differenz(vor-nach)	,253	,000	423
Zurechtkommen Alltag-Differenz(vor-nach)	,163	,001	421
Zurechtkommen Beruf-Differenz(vor-nach)	,129	,009	410
Zurechtkommen Umwelt-Differenz(vor-nach)	,194	,000	417
Zurechtkommen Nahestehende-Differenz(vor-nach)	,120	,015	410
allgemeine Lebenzufriedenheit-Differenz (vor-nach)	,190	,000	415

Tab. 88

Je größer die retrospekiv eingeschätzte Verbesserung in den verschiedenen Lebensbereichen von Prae nach Post ist, umso positiver wird auch der/die GestalttherapeutIn eingeschätzt. Dennoch soll darauf aufmerksam gemacht werden, daß keine der Korrelationen über .3 hinausgeht, somit also weniger als 10% Varianz zu erklären sind.

Zusammenhänge von Prae-Post Differenzen und KlientInnenverhalten (Frage 56)

Bei den Fragen, die ihr Verhalten während der Therapie beschreiben, zeigen sich beim Ansprechen-Können auch negativer Gefühle gegenüber den TherapeutInnen und den Verbesserungen in den allen Lebensbereichen signifikante Korrelationen.

Beim Item "Hausaufgaben" sind jedoch nicht in allen Lebensbereichen Signifikanzen zu finden (siehe Tabelle 89).

Spearman Korrelationen zwischen Verhalten während der Therapie und Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen

		Diskutieren negativer Gefühle	Hausaufgaben gemacht
Körperl. Gesundheit-Differenz(vor-nach)	r	,138	,103
	p	,006	,039
seel. Gesundheit-Differenz(vor-nach)	r	,120	,119
	p	,017	,017
Lebensqualität-Differenz(vor-nach)	r	,120	,180
	p	,016	,000
Zurechtkommen Alltag-Differenz(vor-nach)	r	,225	,106
	p	,000	,033
Zurechtkommen Beruf-Differenz(vor-nach)	r	,169	,031
	p	,001	,539
Zurechtkommen Umwelt-Differenz(vor-nach)	r	,089	,034
	p	,077	,493
Zurechtkommen Nahestehende-Differenz(vor-nach)	r	,130	,045
	p	,010	,371
Allgemeine Lebenszufriedenheit	r	,112	,135
	p	,027	,007

Tab. 89

Zusammenhänge von Prae-Post Differenzen (Fragen 27-34) und der Beziehung zum/r TherapeutIn (Frage 57)

Personen die angaben, auch in "Krisenzeiten das Gefühl gehabt zu haben, mit dem/der TherapeutIn am selben Strang zu ziehen", verbesserten sich signifikant in allen Lebensbereichen bis auf die körperliche Gesundheit (siehe Tabelle 90).

Z-Werte und Signifikanzen Frage 57_1: Hatte auch in Krisen Gefühl am gleichen Strang zu ziehen

	Mann-Whitney U	Z	p
Körperl. Gesundheit-Differenz(vor-nach)	14182,000	-,956	,339
seel. Gesundheit-Differenz(vor-nach)	11849,000	-3,621	,000
Lebensqualität-Differenz(vor-nach)	11715,000	-3,551	,000
Zurechtkommen Alltag-Differenz(vor-nach)	11826,500	-3,279	,001
Zurechtkommen Beruf-Differenz(vor-nach)	10418,000	-3,996	,000
Zurechtkommen Umwelt-Differenz(vor-nach)	12557,000	-2,270	,023
Zurechtkommen Nahestehende-Differenz(vor-nach)	11980,500	-2,344	,019
allgemeine Lebenzufriedenheit-Differenz (vor-nach)	10362,500	-4,084	,000

Tab 90

Wer das Gefühl hatte, während der Therapie dem/der TherapeutIn gegenüber Wünsche wie "früher als zu Kind seinen Eltern gegenüber gehabt zu haben", erreichte eine signifikante Verbesserung bei dem Lebensbereich Zurechtkommen mit Nahestehenden ($z=-2,41; p<.05$). Keine signifikanten Zusammenhänge lassen sich zwischen den Verbesserungen in den einzelnen Lebensbereichen und dem Übertragungsitem "heftige Gefühle der Zuneigung oder Ablehnung gegenüber dem Therapeuten" nachweisen.

Tendenziell ist auch eine Verbesserung des seelischen Gesundheitszustandes im allgemeinen feststellbar ($z=-1,94$; $p=.053$).

3.3.2.13 KlientInnenvariable: Symptomgruppen

Über eine Faktorenanayse der in Frage 19 erhobenen Symptome und Probleme und anschließender Clusteranalyse der Faktorenwerte pro Person, war es möglich, eine siebenkategorielle Symptomstruktur zu definieren, bei denen bestimmte Symptome oder Probleme große Auftretenshäufigkeiten haben (siehe auch 3.1. Methodik der Verknüpfung).

Es sind dies: "Depressive Symptomatik mit somatischen Beschwerden", "Depressive Symptomatik ohne somatische Beschwerden", "Soziale und Beziehungs - Problematik durch neurotische Störung", Substanzmißbrauch, neurotisches Angstsyndrom, Eßstörung sowie Trauer- und Belastungsreaktion. In den nachfolgenden Tabellen 91 - 97 werden die Symptomgruppen bezüglich der angegebenen Beschwerden beschrieben:

Depressive Verstimmung mit somatischen Beschwerden (Tabelle 91):

Dieser Symptomtypus ist hauptsächlich gekennzeichnet durch depressive Stimmungslage, Angst und Zorn, somatischen Probleme und Paar- und Sexualschwierigkeiten. Substanzmißbrauch, Phobien und Zwänge, Panikattacken spielen keine Rolle.

Im Vordergrund stehende Beschwerden beim Cluster Depressionen mit somatischen Beschwerden

	N	Mean
Depressionen	127	86,61
Angst, Trauer, Zorn	127	83,46
somatische Probleme	127	51,18
Paar- od. Sexualprobleme	127	45,67
Angstzustände	127	38,58
Eßstörungen	127	22,83
Probleme mit Kindern/Familienmitgliedern	127	19,69
Probleme am Arbeitsplatz	127	14,17
Verlust eines Angehörigen	127	,79
Panikattacken	127	,79
Alkohol/Drogen	127	,00
Phobien, Zwänge	127	,00

Tab.91

Soziale-und Beziehungsproblematik durch neurotische Störung (Tabelle 92):
Dieser Symptomtypus ist hauptsächlich gekennzeichnet durch Paar- und Sexualprobleme und Verstimmung in Richtung Angst,Trauer und Zorn. Substanzmißbrauch, Phobien und Zwänge, Panikattacken sind auch bei diesem Syndrom nicht vorhanden.

Cluster mit im Vordergrund stehenden Beziehungproblemen

	N	Mean
Paar- od. Sexualprobleme	126	57,94
Angst, Trauer, Zorn	126	34,92
somatische Probleme	126	17,46
Probleme mit Kindern/Familienmitgliedern	126	17,46
Angstzustände	126	11,11
Probleme am Arbeitsplatz	126	9,52
Depressionen	126	7,94
Verlust eines Angehörigen	126	2,38
Alkohol/Drogen	126	1,59
Eßstörungen	126	1,59
Phobien, Zwänge	126	1,59
Panikattacken	126	1,59

Tab.92

Depressive Verstimmung ohne somatische Beschwerden (Tabelle 93):
Dieser Symptomtypus ist hauptsächlich gekennzeichnet durch depressive Stimmungslage, eine hohe Problematik im Berufsleben, Angstzustände, Trauer und Zorn, sowie Paar- und Familienprobleme.

Cluster mit im Vordergrund stehenden depressiven Symptomen ohne somatische Beschwerden

	N	Mean
Depressionen	39	97,44
Probleme am Arbeitsplatz	39	84,62
Angstzustände	39	82,05
Angst, Trauer, Zorn	39	74,36
Probleme mit Kindern/Familienmitgliedern	39	66,67
Paar- od. Sexualprobleme	39	48,72
somatische Probleme	39	15,38
Panikattacken	39	15,38
Phobien, Zwänge	39	15,38
Alkohol/Drogen	39	7,69
Eßstörungen	39	5,13
Verlust eines Angehörigen	39	2,56

Tab.93

Substanzmißbrauch (Tabelle 94):
Dieser Symptomtypus ist hauptsächlich gekennzeichnet durch den Mißbrauch von Alkohol oder Drogen, Paar- und Sexualproblemen, Gefühlen von Angst und Zorn sowie somatischer Probleme. Panikattacken oder Verlusterlebnisse sind bei diesem Symptomtypus nicht ausschlaggebend.

Cluster mit im Vordergrund stehenden Alkohol- oder Drogenproblem

	N	Mean
Alkohol/Drogen	29	82,76
Paar- od. Sexualprobleme	29	75,86
Angst, Trauer, Zorn	29	51,72
somatische Probleme	29	44,83
Depressionen	29	37,93
Eßstörungen	29	27,59
Angstzustände	29	24,14
Probleme mit Kindern/Familienmitgliedern	29	20,69
Phobien, Zwänge	29	20,69
Probleme am Arbeitsplatz	29	17,24
Verlust eines Angehörigen	29	3,45
Panikattacken	29	3,45

Tab.94

Neurotisches Angstsyndrom (Tabelle 95):
Dieser Symptomtypus ist hauptsächlich gekennzeichnet durch ängstich-neurotische Verstimmung, Panikattacken, Angst und Zorn, sowie phobisch-zwanghafte Symptome. Verlusterlebnisse oder soziale Probleme sind in diesem Beschwerdebild nicht relevant.

Cluster mit im Vordergrund stehender Angstsymptomatik

	N	Mean
Angstzustände	34	88,24
Panikattacken	34	79,41
Angst, Trauer, Zorn	34	55,88
Phobien, Zwänge	34	50,00
Depressionen	34	38,24
Paar- od. Sexualprobleme	34	26,47
somatische Probleme	34	23,53
Alkohol/Drogen	34	11,76
Eßstörungen	34	8,82
Probleme am Arbeitsplatz	34	5,88
Probleme mit Kindern/Familienmitgliedern	34	5,88
Verlust eines Angehörigen	34	,00
Valid N (listwise)	34	

Tab.95

Eßstörungen (Tabelle 96):
Dieser Symptomkomplex weist Eßstörungen und die damit verbundenen Angst- und Zorngefühle, neurotisch-depressive Verstimmungen, Angstzustände und somatische Probleme auf. Schwächer sind auch alle anderen Beschwerden angegeben, die Symptomatik ist umfassend und komplex.

Cluster mit im Vordergrund stehenden Eßstörungen

	N	Mean
Eßstörungen	11	100,00
Angst, Trauer, Zorn	11	100,00
Depressionen	11	100,00
Angstzustände	11	100,00
somatische Probleme	11	90,91
Panikattacken	11	81,82
Alkohol/Drogen	11	72,73
Phobien, Zwänge	11	72,73
Paar- od. Sexualprobleme	11	63,64
Probleme am Arbeitsplatz	11	54,55
Probleme mit Kindern/Familienmitgliedern	11	45,45
Verlust eines Angehörigen	11	9,09
Valid N (listwise)	11	

Tab. 96

Trauer- und Verlustreaktion (Tabelle 97):
Dieser Symptomtypus ist hauptsächlich gekennzeichnet durch Gefühle der Angst, Trauer und des Zorns, Verlusterlebnisse, familiäre Problematik, depressive und ängstliche Verstimmung und somatische Beschwerden. Panikattacken und Zwänge spielen keine Rolle.

Cluster mit im Vordergrund stehenden Beschwerden der Trauer und des Verlustes

	N	Mean
Angst, Trauer, Zorn	64	95,31
Verlust eines Angehörigen	64	90,63
Probleme mit Kindern/Familienmitgliedern	64	50,00
Depressionen	64	50,00
Angstzustände	64	48,44
somatische Probleme	64	46,87
Paar- od. Sexualprobleme	64	29,69
Panikattacken	64	21,88
Probleme am Arbeitsplatz	64	15,63
Eßstörungen	64	14,06
Phobien, Zwänge	64	9,38
Alkohol/Drogen	64	7,81
Valid N (listwise)	64	

Tab.97

Gefühlszustand vor Beginn der Gestalttherapie bei den einzelnen Symptomgruppen

Tabelle 98 gibt die Mittelwerte der allgemeinen Gefühlslage derKlientInnen vor Beginn der Therapie (Frage 21) in Abhängigkeit der Symptomgruppen wieder. Mit dieser Berechnung sollte überprüft werden, ob der individuell wahrgenommene Gefühlszustand (= Leidensdruck) vor der Gestalttherapie bei den einzelnen Symptomgruppen unterschiedlich beurteilt wurde.

Allgemeiner Gefühlszustand und Symptomgruppen

allgemeiner Gefühlszustand vor Therapie

	N	Mean	Std. Deviation
Depressionen mit somtischen Beschwerden	127	3,90	,74
Beziehungsprobleme	124	3,34	,80
Depression ohne somatische Probleme	39	4,08	,70
Alkohol/Drogenprobleme	29	3,72	,70
Angstsymptome	34	4,00	,89
Eßstörungen	11	4,09	1,14
Verlust, Trauer	64	3,75	,87
Total	428	3,73	,84

Tab. 98

Die Mittelwerte in den einzelnen Gruppen unterscheiden sich dabei signifikant ($F(6,427)=8,20$; $p <.001$). Die allgemeine Gefühlslage vor Beginn der Gestalttherapie variiert abhängig von der Symptomatik.

Tabelle 99 zeigt im weiteren, zwischen welchen Symptomgruppen mittels Scheffe - Test signifikante Unterschiede bezüglich des allgemeinen Gefühlszustands vor Beginn der Gestalttherapie gefunden werden konnten.

Multiple Comparisons

Dependent Variable: allgemeiner Gefühlszustand vor Therapie

Scheffe

(I) Cluster nach Symptomhäufigkeit	(J) Cluster nach Symptomhäufigkeiten	Mean Differenc (I-J)	Sig.
		*	
Beziehungsproble	Depressionen mit somtischen Beschwerde	-,56 *	,000
	Depression ohne somatische Probleme	-,74 *	,000
	Alkohol/Drogenproble	-,39	,482
	Angstsymptome	-,66 *	,006
	Eßstörungen	-,75	,176
	Verlust, Trauer	-,41	,083
		*	
		*	

*. The mean difference is significant at the ,050 level.

Tab. 99

Insbesondere beschreiben Personen, die unter sozialen- und Beziehungsproblemen litten, ihren Gefühlszustand vor Beginn der Gestalttherapie als weniger schlecht als jene Personen, die eine Angstsymptomatik oder einen der beiden depressiven Symptomkomplexe aufweisen. Zwischen allen anderen Gruppen konnten keine signifikante Unterschiede gefunden werden.

Zusammenhang zwischen Problematik zu Beginn der Therapie und Hilfesuche vor Beginn der Therapie (Fragen 9/ 19)

Tabelle 100 gibt die Prozentsätze für Lösungsversuche mit Hilfe anderer Personen vor Beginn der Gestalttherapie für die einzelnen Symptomkomplexe an.

Lösung mit Hilfe anderer in Abhängigkeit von angegebenen Symptomen und Beschwerden

	Lösung mit Hilfe anderer
	Prozent
Angstzustände	41,38
Panikattacken	13,51
Phobien, Zwänge	10,06
Depressionen	53,16
Angst, Trauer, Zorn	70,40
Alkohol/Drogen	10,63
Verlust eines Angehörigen	15,23
Eßstörungen	15,52
Paar- od. Sexualprobleme	49,71
Probleme mit Kindern/Familienmitgliedern	27,59
Probleme am Arbeitsplatz	20,69
somatische Probleme	38,22

Tab. 100

Es ist zu sehen, daß innerhalb der einzelnen Symptomkomplexe große Schwankungen vorliegen, was die Inanspruchnahme von Hilfe vor ihrer Gestalttherapie betrifft. Am häufigsten wird bei Depressionen (über 50% aller an depressiven Symptomen) sowie bei Paar- oder Sexualproblemen vor eine Psychotherapie noch andere Hilfe in Anspruch genommen.

Ausmaß der Veränderung durch die Gestalttherapie in einzelnen Lebensbereichen und Symptomgruppen (Fragen 27-34)
In Tabelle 101 ist die Tafel der Varianzen für die acht erhobenen Lebensbereiche wiedergegeben.

Descriptives

	F27	F28	F29	F30	F31	F32	F33	F34
	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean
Depressionen mit somtischen Beschwerden	,9760	1,8968	1,7760	1,3387	1,1463	1,2705	1,4250	1,8678
Beziehungsprobleme	,4715	1,4839	1,4472	,8130	,8475	,8512	1,1864	1,1917
Depression ohne somatische Probleme	,8649	2,0000	1,7436	1,4211	1,3947	1,5000	1,5789	1,6842
Alkohol/Drogenprobleme	,7500	1,7500	1,6207	1,2069	1,1429	1,3793	1,7143	1,6207
Angstsymptome	1,2353	2,0588	2,0882	1,3333	1,2424	1,2727	1,3333	1,6970
Eßstörungen	1,2727	2,0000	2,0000	1,5455	1,2727	1,5455	1,5455	2,0000
Verlust, Trauer	1,0938	1,9063	1,8387	1,3333	1,5254	1,3333	1,5323	1,8413
Total	,8507	1,7929	1,7069	1,1876	1,1488	1,1942	1,4024	1,6241

Tab.101

F27 Körperliche Gesundheit, F28 Seelische Gesundheit, F29 Lebensqualität generell F30 Anforderungen des Alltages, F31 Erledigung von Pflichten, F32 Umwelt F33 nahestehende Menschen, F34 Lebenszufriedenheit

wurden dabei als Veränderungsbereiche herangezogen. Mean = Mittelwerte der Differenzen aus Prae-Post Angaben.

Es lassen sich bei allen Lebensbereichen bis auf das Item ”Beziehung zu Nahestehenden” signifikant unterschiedliche Veränderungen in den einzelnen Lebensbereichen zwischen den sieben Symptomgruppen feststellen.

Auch hier sind es wieder jene Personen mit neurotisch bedingten Sozialen- und Beziehungsproblemen, die sich von anderen signifikant unterscheiden. Bei diesen Personen fallen die wahrgenommen Veränderungen durch die Therapie signifikant geringer aus. Daß diese Veränderungen jedoch bei jenen Personen, die unter sozialen Problemen leiden, durchwegs signifikant geringer ausfallen als bei allen anderen Symptomgruppen, liegt sicher darin, daß die Ausgangslage vor Beginn der Therapie bei Personen mit Beziehungsproblemen signifikant besser über alle Lebensbereiche ist. Infolgedessen ist beim zweiten Zeitpunkt bei dieser Gruppe mit Bodeneffekten zu rechnen, da eine Verbesserung im gleichen Ausmaß wie bei den anderen Symptomgruppen durch die niedrigen Skalenwerte vor Beginn der Therapie kaum möglich ist.
Tabelle 102 gibt Mittelwerte und Standardabweichungen für die Gruppe mit mit und die Gruppe ohne soziale Probleme wieder.

Mittelwerte und Standardabweichungen in den verschiedenen Lebensbereichen vor Beginn der Therapie für Personen mit und ohne Beziehungsprobleme

	keine Beziehungsprobleme			Beziehungsprobleme		
	Mean	N	SD	Mean	N	SD
Körperl. Gesundheit	3,13	301	1,10	2,32	123	1,00
seel. Gesundheit	4,19	304	,78	3,52	124	,84
Lebensqualität	4,01	300	,83	3,48	123	,88
Zurechtkommen Alltag	3,39	299	,96	2,64	123	,99
Zurechtkommen Beruf	3,28	293	1,12	2,66	119	1,06
Zurechtkommen Umwelt	3,35	297	,89	2,65	121	,95
Zurechtkommen Nahestehende	3,51	294	1,01	3,12	118	1,13
Zufriedenheit	3,96	297	,95	3,17	120	1,07

Tab. 102

Tabelle 103 gibt die Prüfgrößen und Wahrscheinlichkeiten für die unterschiedliche Ausgangslage vor Beginn der Therapie für die Symptomgruppen mit und ohne soziale Probleme wieder.

Teststatisitiken für Lebenbereichen bei Personengruppe mit und Personengruppe ohne Beziehungsprobleme

	Mann-Whitney U	Z	p
Körperl. Gesundheit	11095,500	-6,687	,000
seel. Gesundheit	10899,500	-7,330	,000
Lebensqualität	12609,000	-5,409	,000
Zurechtkommen Alltag	11068,500	-6,700	,000
Zurechtkommen Beruf	11938,500	-5,181	,000
Zurechtkommen Umwelt	10825,500	-6,697	,000
Zurechtkommen Nahestehende	13988,000	-3,198	,001
Zufriedenheit	10534,000	-6,812	,000

Tab.103

Trotz dieses Bodeneffektes sind, wenn man nur die Gruppe der Menschen, die soziale und Beziehungsprobleme hatten betrachtet, auch hier hochsignifikante Verbesserungen feststellbar.

Tabelle 104 zeigt die Mittelwerte für die verschiedenen Lebensbereiche vor und nach der Gestalttherapie nur für jene Personen, die der Gruppe mit sozialen und Beziehungsproblemen zugeordnet wurden.

Paired Samples Statistics

	Mean	N	SD
Körperl. Gesundheit-vorher	2,89	423	1,14
Körperl. Gesundheit-nachher	2,04	423	,76
seel. Gesundheit-vorher	4,00	426	,86
seel. Gesundheit-nachher	2,21	426	,75
Lebensqualität-vorher	3,85	424	,88
Lebensqualität-nachher	2,15	424	,79
Zurechtkommen Alltag-vorher	3,17	422	1,03
Zurechtkommen Alltag-nachher	1,98	422	,75
Zurechtkommen Beruf-vorher	3,10	411	1,13
Zurechtkommen Beruf-nachher	1,96	411	,87
Zurechtkommen Umwelt-vorher	3,14	418	,97
Zurechtkommen Umwelt-nachher	1,95	418	,71
Zurechtkommen Nahestehende-vorher	3,40	411	1,06
Zurechtkommen Nahestehende-nachher	2,00	411	,83
Zufriedenheit-vorher	3,73	416	1,05
Zufriedenheit-nachher	2,11	416	,82

Tab. 104

Die Teststatisiken in der folgenden Tabelle 105 zeigen, daß auch innerhalb der Gruppe von KlientInnen mit neurotisch bedingten Sozial-und Beziehungsproblemen eine hochsignifikante Verbesserung der aller abgefragten Lebensbereiche feststellbar ist.

Teststatistiken für Veränderung innerhalb der Personen mit Beziehungsproblemen

	Z	p
Körperl. Gesundheit-nachher - Körperl. Gesundheit-vorher	-6,023	,000
seel. Gesundheit-nachher - seel. Gesundheit-vorher	-9,031	,000
Lebensqualität-nachher - Lebensqualität-vorher	-8,855	,000
Zurechtkommen Alltag-nachher - Zurechtkommen Alltag-vorher	-7,421	,000
Zurechtkommen Beruf-nachher - Zurechtkommen Beruf-vorher	-6,760	,000
Zurechtkommen Umwelt-nachher - Zurechtkommen Umwelt-vorher	-7,302	,000
Zurechtkommen Nahestehende-nachher - Zurechtkommen Nahestehende-vorher	-7,670	,000
Zufriedenheit-nachher - Zufriedenheit-vorher	-8,200	,000

Tab. 105

Alle Symptomgruppen haben - je nach ihrer Ausgangslage - signifikante Veränderungen vom Status prae zum Status post in ihren verschiedenen Lebensbereichen.

Symptomgruppen und globale Veränderung (Frage 62).

Hinsichtlich der globalen Veränderung (siehe Methodik 3.3.1) unterscheiden sich die Symptomgruppen nicht.

Die Mittelwerte in Tabelle 106 weichen nur zufällig von einander ab (F6,420)=.98;p=.436).

Mittelwerte für Gesamtveränderung in Abhängigkeit von Symptomgruppen

F62

	N	Mean	Std. Deviation
Depressionen mit somtischen Beschwerden	124	2,0718	,6452
Beziehungsprobleme	122	2,1089	,6677
Depression ohne somatische Probleme	38	2,0789	,6134
Alkohol/Drogenprobleme	28	1,9710	,3751
Angstsymptome	34	2,0422	,6251
Eßstörungen	11	2,4444	1,0089
Verlust, Trauer	64	1,9916	,6174
Total	421	2,0716	,6407

Tab. 106

Symptomgruppen und Dauer des Hilfesuchens vor einer Psychotherapie

Der Zeitrahmen für das Suchen von Hilfe vor einer Psychotherapie wurde in zwei Kategorien eingeteilt: Jene Personen, die länger als ein Jahr andere als psychotherapeutische Hilfe zur Lösung ihrer Probleme beanspruchten und jene die sich weniger als ein Jahr um andere Unterstützung bemühten.

Obwohl keine statistische Signifikanz nachweisbar ist, kann tendenziell festgestellt werden, daß vor allem bei den Symptomgruppen ”Depressiv ohne somatische Probleme” und ”Alkohol/Drogen” schon über einen längeren Zeitraum versucht wurde, ihr Problem mit Hilfe anderer zu lösen (siehe Tabelle 107).

Cluster nach Symptomhäufigkeiten * KURZ Crosstabulation

			KURZ		
			länger Zeit	kurze Zeit	Total
Cluster nach Symptomhäufigkeit	Depressionen mit somtischen Beschwerden	Count	65	22	87
		Expected Count	65,3	21,8	87,0
		Row %	74,7%	25,3%	100,0%
	Beziehungsproble	Count	54	20	74
		Expected Count	55,5	18,5	74,0
		Row %	73,0%	27,0%	100,0%
	Depression ohne somatische Probleme	Count	24	3	27
		Expected Count	20,3	6,8	27,0
		Row %	88,9%	11,1%	100,0%
	Alkohol/Drogenproble	Count	16	1	17
		Expected Count	12,8	4,3	17,0
		Row %	94,1%	5,9%	100,0%
	Angstsymptome	Count	14	9	23
		Expected Count	17,3	5,8	23,0
		Row %	60,9%	39,1%	100,0%
	Eßstörungen	Count	9	1	10
		Expected Count	7,5	2,5	10,0
		Row %	90,0%	10,0%	100,0%
	Verlust, Trauer	Count	25	13	38
		Expected Count	28,5	9,5	38,0
		Row %	65,8%	34,2%	100,0%
Total		Count	207	69	276
		Expected Count	207,0	69,0	276,0
		Row %	75,0%	25,0%	100,0%

Tab. 107

Symptomgruppen und Wahrnehmen des/der TherapeutIn (Frage 55)

Die Gesamterleben des Verhaltens der TherapeutInnen (Faktorenanalyse der Frage 55, wie der/die TherapeutIn erlebt wurde, erbrachte einen Hauptfaktor) ist nicht von den vorhandenen Symptomen bzw. daraus erstellten Symptomgruppen abhängig.

Tabelle 108 zeigt die Mittelwerte der Nennungen in den einzelnen Symptomgruppen. Die Bewertungen weichen nur zufällig von einander ab ($F(6,426)=1,09;p=.370$).

Gesamtbewertung des Therapeuten und Symptomgruppen

F55

	N	Mean	Std. Deviation
Depressionen mit somtischen Beschwerden	127	,8842	,1992
Beziehungsprobleme	123	,9136	,1487
Depression ohne somatische Probleme	39	,9337	,1399
Alkohol/Drogenprobleme	29	,9410	9,475E-02
Angstsymptome	34	,9105	,1536
Eßstörungen	11	,8879	,1391
Verlust, Trauer	64	,8760	,1980
Total	427	,9020	,1701

Tab.108

Das Wahrnehmen des Verhaltens ihres/er GestalttherapeutIn ist nicht von den Symptomen, mit denen ein/e KlientIn in Therapie kommt, abhängig.

3.3.2.14 Therapeutischer Prozeß

<u>Gegenüberstellung von positiv erlebten und kritisierten Elementen im Therapieprozeß (Frage 45/46)</u>

Hierbei wurden die inhaltsanalytisch bearbeiteten Antworten auf die Frage 45 und 46 miteinander verglichen: Was hat gefallen versus Was hat nicht gefallen? Hier zeigte sich ein hoch signifikanter Zusammenhang (chi2=; df=1; p<.001) (siehe Tabelle 109).

Was hat nicht gefallen * Was hat gefallen Kreuztablierung

			Was hat gefallen		
			keine Nennungen	Nennungen	Total
Was hat nicht gefallen	keine Nennungen	Count	83	96	179
		Expected Count	55,7	123,3	179,0
		Row %	46,4%	53,6%	100,0%
	Nennungen	Count	51	201	252
		Expected Count	78,3	173,7	252,0
		Row %	20,2%	79,8%	100,0%
Total		Count	134	297	431
		Expected Count	134,0	297,0	431,0
		Row %	31,1%	68,9%	100,0%

Tab. 109

D.h. überzufällig viele Befragte antworteten detailliert auf beide Fragen, d.h. die KlientInnen, die an dieser Untersuchung teilnahmen, nehmen sowohl positive wie auch negative Aspekte der Psychotherapie wahr. Die Befragten sind also "kritikfähig" und beschreiben ihre Gestalttherapie im nachhinein nicht einseitig glorifizierend oder verdammend.

Zufriedenheit mit Therapie und nicht stattgefundene Veränderung (Frage 40b)

Es zeigt sich kein Zusammenhang zwischen der angegebenen Zufriedenheit mit der Gestalttherapie und Antworten, daß/warum Therapie nicht gewirkt hat.

Von den Unzufriedenen geben nur 3,7%, das sind 2 Personen eine Stellungnahme zum Grund nicht stattgefundener Veränderungen ab, bei den Zufriedenen sind es 36 Personen oder 9,8% (siehe Tabelle 110).

Zufriedenheit mit Therapie * KA40B Crosstabulation

			KA40B		
			keine Nennung	Nennungen	Total
Zufriedenheit mit Therapie	eher nein	Count	52	2	54
		Expected Count	49,1	4,9	54,0
		Row %	96,3%	3,7%	100,0%
	eher ja	Count	333	36	369
		Expected Count	335,9	33,1	369,0
		Row %	90,2%	9,8%	100,0%
Total		Count	385	38	423
		Expected Count	385,0	38,0	423,0
		Row %	91,0%	9,0%	100,0%

Tab. 110

Übereinstimmungen von erreichten Zielen und den durch die Psychotherapie erzielten Veränderungen (Frage 25/40)

Untersucht wurde, inwieweit die Antworten auf die Frage ”Was haben Sie für Ziele erreicht” und ”Was hat sich in Ihrem Leben verändert” übereinstimmen. Insgesamt antworteten 399 Personen in einer der beiden Fragen. Die in Tabelle 111 dargestellten Prozentwerte beziehen sich jene Personen, deren Nennungen in beiden Fragen (erreichtes Ziel und Veränderung im Leben) derselben inhaltsanalytisch erstellten Kategorie zugordnet werden konnten.

Kategorie	Frage 25	Frage40	(Fr. 25 u Fr 40)	Übereinstimmungen	Prozent
Persönlichkeitsveränderung	194	222	293	123	41,98
Beziehungsebene	111	119	180	50	27,78
Vitalgefühl	64	94	125	33	26,40
Linderung körperlicher Probleme	25	16	35	6	17,14
Problemlösestrategien	45	38	73	10	13,70
Ursachenforschung	18	7	22	3	13,64
Therapeutisches Setting	33	29	55	7	12,73
Rückfälle	3	6	8	1	12,50
Beruf-Ausbildung	17	3	20	2	10,00
Lösung emotionaler Blockaden	16	19	32	3	9,38
Verhaltensänderung	18	15	31	2	6,45
Vergangenheitsbewältigung	11	9	19	1	5,26

Tab. 111

Aus Tabelle 111 gehen die Übereinstimmungen von erreichten Zielen und durch die Gestalttherapie erreichten Veränderungen in absteigender Häufigkeit hervor: Die größte Übereinstimmung zwischen dem Bereich, der einerseits als Ziel und andererseits als Veränderungsdimension angegeben wurde, zeigte sich in den Kategorien "Persönlichkeitsveränderung" gefolgt von "Beziehungsebene" und "Veränderungen im Vitalgefühl". die geringste Übereinstimmung zeigen die Kategorien "persönliche Vergangenheitsaufarbeitung" und "Verhaltens-

änderung". Generell zeigt sich eine relativ geringe Deckung zwischen dem, was als erreichtes Ziel und was als Veränderung im Leben angegeben wurde. Daraus läßt sich schließen, daß die KlientInnen beides getrennt und verschieden wahrnhmen, etwa das erreichte Ziel einer Aufarbeitung der persönlichen Vergangenheit als Lebensveränderung so nicht wiederkehrt, sondern sich etwa in geändertem Vitalgefühl oder in Verbesserungen auf der sozialen Ebene niederschlägt.

IV. Zusammenschau der Ergebnisse

4. 0 Vorbemerkungen

Bei der folgenden Darstellung und Zusammenschau der relevanten Ergebnisse möchte ich eingangs folgendes zu bedenken geben:

Während in der herkömmlichen KonsumentInnenbefragung der empirischen Sozialforschung die grobe Regel gilt, daß eher sehr zufriedene und eher sehr unzufriedene KonsumentInnen auf Fragebogenuntersuchungen zur Beurteilung eines Produkts antworten, zeigt sich in der Psychotherapieforschung ein anderer Trend: PatienInnen, die im Rahmen von Katamnesestudien nicht erreicht werden können, sind zu einem hohen Prozentsatz weniger erfolgreich behandelte PatientInnen. Je erfolgreicher und je überzeugender eine Psychotherapie für eine/n Patienten/in war, desto eher nimmt er/sie an der Katamnese teil. Auch bei unserer Studie könnten so tendentiell eher zufriedene KlientInnen geantwortet haben, ist doch auch die Mühe des Ausfüllens eines ausführlichen Fragebogens für die Antwortenden möglicherweise nur dann gerechtfertigt, wenn man von der Behandlung profitiert hat - dann etwas zu geben, wenn man auch etwas bekommen hat.

Nicht erhoben wurde im Fragebogen, wie lange die Gestalttherapie zum Zeitpunkt der Befragung schon beendet war, was bedeutet, daß es keinen einheitlichen Katamnesezeitraum in unserer Stichprobe gibt. Dieser könnte nach den Anforderungen an die Zusammensetzung der Zielgruppe zwischen 5 Jahren und einem halben Jahr liegen. Nachdem wissenschaftlich nicht bekannt ist, in welcher Weise ein längeres oder kürzeres Zurückliegen einer Behandlung die katamnestischen Angaben beeinflußt (Glorifizierung versus Ernüchterung und Kritik) nehmen wir an, daß die Streuung der verschiedenen Katamnesezeitpunkte sich hier zu einer Korrektur der Angabenverzerrrung ausmittelt.

Nicht klar ist, ob die an der Studie mitmachenden TherapeutInnen wirklich allen ihren KlientInnen, die in die Stichprobe fielen (siehe 2.1 und 2.4) einen Fragebogen sandten, d.h. sowohl in ihren Augen "geglückte" wie auch nicht so gut gelaufene oder abgebrochene psychotherapeutische Prozesse, wie es Intention dieser Studie ist, untersuchen ließen.

Die hier vorliegende Studie soll die Ergebnisqualität der psychotherapeutischen Behandlung mit Integrativer Gestalttherapie aus Sicht der KlientInnen abbilden. Diese Ergebnisqualität wird dabei auf verschiedenen Ebenen gemessen:

- In Bezug auf die generelle Zufriedenheit der KlientInnen ihre Ziele und Erwartungen in der Gestalttherapie;
- In Bezug auf die von den KlientInnen frei formulierten Dimensionen der (Veränderung in ihrem Leben durch die) Psychotherapie und die globale Verbesserung in der Befindlichkeit.
- In Bezug auf die Differenz der (retrospektiven) Angaben der KlientInnen zum Status post im Vergleich zum Status prae bezüglich verschiedener Lebensbereiche;
- In Bezug auf Symptomreduktion, Rückfälle und Symptomverschiebungen
- In Bezug auf Life-events und neuerliche Inanspruchnahme professioneller Hilfe seit Beendigung der Gestalttherapie

In unserer Studie wurde der Kontext der KlientInnen, die in Gestaltpsychotherapie kommen und behandelt werden, soweit als möglich miterhoben und mitberücksichtigt und die Veränderung durch Psychotherapie auf den verschiedenen Ebenen und Dimensionen ihrer Auswirkung im Leben eines/er Klient/in dargestellt.

Im folgenden sind die Ergebnisse der einzelnen Fragen sowie die Daten-Verknüpfungen zu folgenden Bereichen zusammengefaßt:
4.1. Beschreibung der Stichprobe: soziografische Daten
4.2. Zugang zur Therapie
4.3. Therapeutisches Setting
4.4. KlientInnenvariable
4.5. TherapeutInnenvariable
4.6. Therapeutischer Prozeß und therapeutische Beziehung
4.7. Wahrgenommene Wirkung/ subjektive Zufriedenheit mit der Therapie

4.1. Soziografische Daten der Stichprobe

Es wurden insgesamt 431 Fragebögen zur Auswertung herangezogen. Das **Alter der KlientInnen**, die an der Befragung teilnahmen, reichte von 18 Jahren bis 76 Jahren. Die Alterskurve der Antwortenden erreicht ihre höchste Ausprägung in der Alterskategorie von 30 bis 40 Jahren (ca. 40% der Gesamtstichprobe). Die 20 - 30`Jährigen sowie die 41- 50 `Jährigen machen je 20% der Gesamtstichprobe aus.
Geschlecht: Von den Antwortenden waren 307 Frauen (71%) und 116 Männer (29%).
Lebensform: Die antwortenden KlientInnen leben zu etwa 50% in einem Ein-, bis Zwei-Personen-Haushalt, zu je ca. 20% zu dritt oder viert in einem Haushalt. Etwas über die Hälfte der antwortenden Personen gibt an, ohne **Kinder** (unter 18 Jahren) zu leben, je etwa 20 % haben ein bis zwei Kinder unter 18 Jahren.
Die TeilnehmerInnen an unserer Untersuchung wohnen zu 52% in einer Großstadt, zu 21% in Kleinstädten und zu 26% auf dem Land.
Auf die Frage nach dem höchsten **Schulabschluß** verteilten sich die Antworten folgendermaßen: 75% der Antwortenden haben Matura bzw. Universitätsabschluß, 20% eine Berufsschule absolviert.
Die **Berufsangaben** liegen, wie sich aus den Angaben zur Schulbildung schon vermuten läßt, mehrheitlich im Angestelltenbereich und streuen von sozialen über technische und administrative Sektoren. Handwerkliche und landwirtschaftliche Berufe sind weniger vertreten.
Die Angaben zum **Erwerbsstatus** waren dabei zu 71% im Erwerbsleben stehend, zu 15 % in Ausbildung, 5% in Pension.

4.2. Der Zugang zur Therapie

Wodurch bzw. durch wen sie auf die **Idee** kamen, sich in **psychotherapeutische Behandlung** zu begeben, beantwortete der überwiegende Teil der Befragten (52%) mit Empfehlungen aus dem privaten Umfeld, zu 41% waren es Eigeninteresse und -information, ein geringerer Prozentsatz (19%) der Befragten kommt auf Empfehlung aus dem medizinischen Bereich.
39 % der 148 KlientInnen, die sich zur Anregung zur Psychotherapie in der offenen Antwortkategorie äußern, nennen einen akuten Leidensdruck, eine Krise, Psychotherapie als Not-wendigkeit. Etwa ebensoviele betonen nochmals, daß es ihre freie und eigene Entscheidung bzw. positive Vorerfahrungen waren.
Bei den Stellen, die eine Inanspruchnahme von Psychotherapie nahelegten, zeigen sich tendenzielle Ergebnisse in Bezug auf die spätere **Zufriedenheit** mit der Psychotherapie: Der Anteil der mit ihrer Therapie unzufriedenen KlientInnen beträgt bei den von einem/r

FachärztIn zugewiesenen 14,8% (bei den zufriedenen KlientInnen nur 8,5%). Der Anteil der mit der Gestalttherapie unzufriedenen beträgt bei den von einer Beratungsstelle auf die Idee zur Psychotherapie gebrachten KlientInnen den überzufällig hohen Wert von 25%.
Scheinbar ist beim Zugang zur Psychotherapie die eigene Entscheidung und Idee (was ja auch bei Anregungen und Empfehlungen aus dem privaten sozialen Umfeld der Fall ist), diese Art von Behandlung durchzuführen, (mit)ausschlaggebend für die nachträgliche Zufriedenheit mit den Ergebnissen der Psychotherapie. Die Zuweisung über einen/e FacharztIn oder über eine Beratungsstelle wird im Gegensatz dazu überzufällig häufig von unzufriedenen KlientInnen genannt.

Die Mehrzahl der KlientInnen, die **vor Beginn der Gestalttherapie** mit **anderer Hilfe** ihr Problem zu lösen versucht hat (insgesamt 81% der Gesamtstichprobe), hat das zu 63% mittels privater sozialer Kontakte versucht. 19% haben zuvor professionelle Hilfeleistung bei psychosozialen Institutionen und 17% bei ÄrztInnen in Anspruch genommen.
Etwa 9% fügen unter der freien Kategorie "anderes" noch weitere Versuche Hilfe zu holen, hinzu: Ein Drittel der hier antwortenden KlientInnen bezieht seine Angaben auf zuvor gemachte Psychotherapieversuche, von je ca. 19% der Antwortenden werden Stützung durch Fortbildung und professionelle Hilfe-Dienstleistungen im weitesten Sinn genannt. Relativ selten sind Versuche der Zuflucht in Religiösem oder metaphysischen Systemen.

Zwei Drittel aller 431 befragten Personen antworten auf die Frage nach der **Dauer dieser Hilfesuche und Lösungsversuche** vor Beginn der Gestalttherapie. 79% aller hier antwortenden Personen haben insgesamt jahrelang versucht, andere als psychotherapeutische Hilfe zu erhalten, davon über die Hälfte bis zu vier Jahren, einige gaben sehr viel längere Zeiträume an (etwa zehn bis elf Jahre!). 22% kamen binnen Ablauf eines Jahres auf die Idee, sich psychotherapeutische Hilfe zu suchen, davon 2/3 nach einem halben bis einem Jahr. Psychotherapie wird somit von den späteren KlientInnen also nicht gleich in Anspruch genommen, sondern bei der überwiegenden Zahl erst nach jahredauernden Versuchen, irgendwie sonst mit ihren Problemen fertig zu werden.
Auf die Frage nach den **Erfolgen dieser Lösungsversuche** antworten 255 Befragte. Davon stellen 162, das sind etwa 64% eine gewisse Erleichterung ihrer Situation fest, die v.a. durch Gewinnen von mehr Klarheit und Bewußtheit übe ihr Problem und in der Erleichterung, die im zwischenmenschlichen Austausch und Kontakt liegt, begründet wird. Nur 3% geben durch die nicht-psychotherapeutische Hilfe ausdrücklich eine Besserung ihrer Symptomatik oder ihres Lebens- und Vitalgefühls an.
Ebenso groß wie die Zahl der positiven Statements sind diejenigen Angaben, die sich auf die Zwecklosigkeit des Hilfesuchens bzw. eine sogar damit verbundene Verschlechterung der Symptomatik und Belastungen ihres sozialen Umfeldes bezog (167 Nennungen). 16% der KlientInnen gewannen jedoch durch die Kontakte die Anregung, sich in Psychotherapie zu begeben.
Die Antworten auf diese Frage zeigen den Trend, daß die nichtpsychotherapeutische Hilfe im Vorfeld vor allem durch die positive menschliche Zuwendung und dem Schaffen von Klarheit über Art und Ausmaß des jeweiligen Problems Hilfe bringt. 65% aller Antwortenden konstatieren jedoch auch eine Verschlechterung der Leidenssituation durch das Zuwarten, das in den meisten Fällen ja länger als ein Jahr dauert.
Betrachtet man die einzelnen faktorenanalytisch gewonnen **Symptomgruppen** (Darstellung siehe 4.5) **und die Hilfesuche** vor Beginn der Gestalttherapie, so ist zu sehen, daß innerhalb der einzelnen Symptomkomplexe große Schwankungen vorliegen. Am häufigsten wird bei depressiven Verstimmungen sowie bei Sozialen-, Paar- und Sexualproblemen versucht, die Beschwerden vor Beginn der Psychotherapie mit Hilfe anderer zu lösen. Möglicherweise ist eine unspezifische depressive Symptomatik oder das Leiden in/an sozialen Beziehungen für

viele KlientInnen zu "alltäglich", um früher auf die Idee der Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung zu ihrer Linderung zu kommen.
Teilt man die Nennungen zur **Dauer der Hilfesuche** in zwei Gruppen, jene Personen, die länger als ein Jahr mit Hilfe anderer versuchten, ihr Problem zu lösen und jene die sich weniger als ein Jahr sich um die Unterstützung anderer bemühten, zeigt sich folgendes Bild: Vor allem bei den **Symptomgruppen** "Alkohol/Drogen", "Eßstörungen" und "Depressiv ohne somatische Probleme" wurde schon über einen längeren Zeitraum versucht, das Problem mit nicht-psychotherapeutischer Hilfe zu lösen. Alle anderen Symptomkomplexe ("Depression mit somatischen Problemen", "Neurotisch bedingte Sozial- und Beziehungsprobleme" "Angstsyndrom", "Verlust- und Trauerreaktion") finden durchschnittlich schneller den Weg in Psychotherapie - sei es, weil hier der Leidensdruck höher ist, oder weil bei diesen Syndromen die Indikation einer Psychotherapie schneller als bei den beiden anderen Gruppen erkannt wird. Bei der Gruppe der KlientInnen mit Substanzmißbrauch und Eßstörungen ist das lange Zuwarten ein relativ bekanntes Ergebnis, die Gruppe "Depressiv ohne somatische Probleme" hat möglicherweise aufgrund der schleichenden, vorerst extern attribuierten Symptomatik (Überlastung, Wetter, Lebensereignisse etc.) eine längere Anlaufphase zur Gestalttherapie.

Die Frage, ob sie schon **andere Psychotherapien** außer der hier interessierenden Gestalttherapie absolviert hätten, beantworteten fast 40% der Stichprobe mit ja. Die weitaus größte Zahl (69%) davon lag jedoch vor der Gestalttherapie. Dabei hatten die KlientInnen zu 18% eine, 10 % zwei und 6% drei Psychotherapieerfahrungen.
Hier überrascht die relativ hohe Zahl an Menschen, die schon mehrmalige Therapieerfahrung haben. Die Verteilung der weiteren Therapien (69% vor der Gestalttherapie) deutet darauf hin, daß nach einer Gestaltherapie die Notwendigkeit bzw. der Wunsch nach weiteren Therapien nicht sehr groß ausgeprägt ist, was als ein Hinweis auf die zufriedenstellende Wirkung der gestalttherapeutischen Behandlung interpretiert werden kann.
Ein Zusammenhang zwischen der **Zufriedenheit** mit der Gestalttherapie und schon absolvierten anderen Psychotherapien ist nicht gegeben. Der Anteil jener Befragten, die vor oder oder nach ihrer Gestalttherapie andere Psychotherapien begonnen haben, liegt bei den eher Zufriedenen bei 40,3%, bei den eher Unzufriedenen bei 40,7% . Ebenso wurden keine Unterschiede bezüglich des Zeitpunktes, wann die anderen Therapien gemacht wurden (ob vor oder nach der Gestalttherapie) gefunden. Auch was die Anzahl absolvierter Therapien betrifft, zeigen sich zwischen zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen keine signifikanten Unterschiede.
Diese Ergebnisse deuten darauf hin, daß Menschen, die einmal Psychotherapie als sinnvollen Behandlungsweg für sich kennengelernt haben, diesen in Krisensituationen neuerlich wählen.

Für die insgesamt 412 KlientInnen, die die Frage nach dem Modus **Auswahl ihres/er GestalttherapeutIn** beantworteten, waren zu 42% die Empfehlungen von FreundInnen oder Bekannten und zu etwa 20% Empfehlungen von ÄrztInnen oder BeraterInnen ausschlaggebend. Darüberhinaus machten 25% der Befragten von der freien Antwortkategorie Gebrauch und gaben dort zum überwiegenden Teil Empfehlung aus dem institutionellen therapeutisch-beratenden Bereich an. 36% der hier frei Antwortenden immerhin, das entspricht etwa 10% der Gesamtstichprobe kennen ihre/n TherapeutIn schon vor dem Beginn der Psychotherapie aus anderen Zusammenhängen, in nur 0,6 % der Gesamtzahl entsteht der Kontakt direkt über Information des Berufsverbands ÖBVP.
Der Auswahlmodus des/der TherapeutIn zeigen keinen Einfluß auf die nachträgliche **Zufriedenheit** mit der Gestalttherapie.

Hier zeigt sich die Wichtigkeit der informellen und privaten Kontakte für die Entscheidung bei welchem/er PsychotherapeutIn ein/e KlientIn sich meldet. Nur ein Fünftel der konkreten Empfehlungen kommt aus dem medizinischen oder beratenden professionellen Bereich.

Die Frage, ob sie **auf ihren Therapieplatz warten** mußten, verneinen 82% der Befragten. Die Hälfte der wartenden KlientInnen hatte aber nach einem Monat ihren Therapieplatz gefunden, 80% nach 2 Monaten. Nur etwa 17% der KlientInnen zogen zu Beginn ihrer Therapie mehrere PsychotherapeutInnen in Betracht
Wer auf seine Therapie länger warten muß ist tendenziell unzufriedener (allerdings konnte in diesem Punkt keine Signifikanz festgestellt werden): Die durchschnittliche Wartezeit betrug bei den Zufriedenen etwa 9 Wochen und bei den unzufriedenen KlientInnen 13 Wochen.
Insgesamt finden die KlientInnen nach ihrer Entscheidung eine Psychotherapie zu beginnen eher schnell einen Therapieplatz, nicht einmal ein Fünftel von ihnen wählt zwischen mehreren TherapeutInnen aus.

Bezüglich des **Zustandekommen des Therapievertrags** hatten immerhin 30% der Antwortetenden die finanziellen Belange und etwa 40% der Antwortenden die Settingfragen von Dauer und Frequenz der Therapie und Sitzungen ihrer Erinnerung nach nicht mit dem/r Therapeuten/in besprochen.. Die Ausführlichkeit der Settingabklärung zu Beginn der Therapie zeigt jedoch keinen Einfluß auf die retrospektive **Zufriedenheit** der KlientInnen mit ihrer Therapie.
Die Settingabklärung (der "Therapievertrag") scheint in der Erinnerung der KlientInnen keine wichtige Rolle zu spielen.

Die Frage, ob sie ihre **Gestalttherapie vor anderen Menschen geheimgehalten** hätten, beantworten 42% der Stichprobe mit ja. Auf den offenen anschließenden Fragenteil, vor wem Sie ihre Behandlung geheimgehalten hätten, antworteten 193 KlientInnen, also alle, die ihre Gestaltherapie vor anderen verbargen. An erster Stelle liegt dabei die Familie, vorzugsweise Eltern und Geschwister (29% der Gesamtstichprobe), an zweiter Stelle (16% der Gesamtstichprobe) das berufliche Umfeld, fast ebenso stark wird jedoch erstaunlicherweise auch im privaten Bereich vor FreundInnen und Bekannten die Inanspruchnahme von Psychotherapie verheimlicht.
Wichtig ist hier der Zusammenhang mit der nachträglichen **Zufriedenheit** mit der Psychotherapie: Während rund 58% der unzufriedenen KlientInnen es geheimhielten, in psychotherapeutischer Behandlung zu stehen, beträgt der entsprechende Prozentsatz bei den Zufriedenen nur rund 40%. Diese signifikante Geheimhaltungsrate ist dabei ein Indiz für die Akzeptanz der Psychotherapie (bzw. im weitesten Sinne der Entscheidungen der jeweiligen Person) im sozialen Umfeld. Aus diesen Daten kann geschlossen werden, daß die Unterstützung bzw. gelassene Aufnahme der Tatsache, daß die betreffende Person in psychotherapeutischer Behandlung steht, für die Zufriedenheit des/der Behandelten mit Psychotherapie in der Art und Wirkung eine Rolle spielt. Wobei in dieser Frage natürlich die jeweilige Sicht und Scheu des/der Befragten einfließt, nicht sosehr die tatsächliche Rididität des sozialen Feldes. Wer vermutet, seine psychotherapeutische Behandlung eher geheimhalten zu müssen, ist mit dem Ergebnis dieser im nachhinein eher weniger zufrieden.

4. 3. Das therapeutische Setting

Von den 431 befragten Personen waren 77% der Gesamtstichprobe in **Einzeltherapie**, 11% in **Gruppentherapie** und 10 % der Gesamtstichprobe in gestalttherapeutischer **Paartherapie**.

94 % wurden in einer **Privatpraxis** behandelt, 4 % suchten ambulant eine Institution auf, in der sie gestalttherapeutisch behandelt wurden.
Es ist die Tendenz feststellbar, daß sich weniger gruppentherapeutisch behandelte KlientInnen als zufrieden einstufen, als solche in Einzeltherapie behandelten.

63% der Befragten gaben an, daß sie für ihre Gestalttherapie einen **Krankenkassen-Zuschuß** erhalten hätten, 29% daß die Psychotherapie zur Gänze privat von Ihnen bezahlt wurde. Ca. 3 % erhielten ihre Gestalttherapie zur Gänze durch die Krankenkasse bezahlt.
Im Fall der (teilweisen) Finanzierung durch die Krankenkasse beeinflußte dies bei 37% der KlientInnen die Dauer der Therapie, bei 29% die Häufigkeit der Sitzungen und bei 11% von diesen KlientInnen die Wahl des/der Therapeuten/in. Die Zuschußregelung der Krankenkasse scheint nach Wahrnehmung eines Drittels der KlientInnen die Dauer der Therapie und die Frequenz der Sitzungen zu beeinflussen.
Die **Zufriedenheit mit dem Abrechnungsmodus durch die Krankenkassa** liegt auf einer Schulnotenskala schwerpunkthaft bei Note 3 (28%) und 2 (26%), 9,5% sind absolut unzufrieden (Note 5), 17% sehr zufrieden (Note 1).
Bei den offenen Stellungnahmen bezüglich der Krankenkassa überwiegen mit 43 % der Gesamtstichprobe bzw. 89% aller Nennungen die kritischen Aspekte: Das Gefühl, BittstellerIn zu sein, in der Inanspruchnahme von Psychotherapie nicht jener von ärztlich-medizinischen Leistungen gleichgestellt zu sein und nur nach Erfüllung unklarer bürokratischer Auflagen einen Zuschuß zu bekommen, steht im Vordergrund. Gewünscht wird eine höhere Kostenübernahme von Psychotherapie bzw. eine dem psychotherapeutischen Behandlungsmodus angemessener Umgang der Krankenkassa.
Insgesamt wird also die Abwicklung und Höhe des Krankenkassen-Zuschusses von den KlientInnen sehr kritisch gesehen (wenn auch die Tatsache, daß es ihn überhaupt gibt, begrüßt).

Die **Kosten pro Sitzung** lagen für die KlientInnen im Durchschnitt bei 582 Schilling mit einer Standardabweichung von 268 Schilling.
Tendenziell läßt sich sagen, daß die mit der Therapie unzufriedenen KlientInnen auch mit dem Abrechnungsmodus unzufriedener waren, wobei allerdings nicht klar ist, in welche Richtung der Zusammenhang wirkt. In der Höhe der bezahlten Honorare pro Stunde gab es jedoch keine Unterscheidung, sie ist nicht ausschlaggebend für die spätere Zufriedenheit mit der Psychotherapie.

Die **Gestalttherapie** erreichte im Durchschnitt eine **Dauer** von 70 Wochen, (das entspricht etwa eineinhalb Behandlungsjahren). 25 % der Befragten waren weniger als 30 Wochen in Behandlung**,** für 25% der Befragten betrug der Zeitraum der Behandlung über 104 Wochen (etwa zweieinhalb Behandlungjahre).
Die **Frequenz** der Sitzungen war für den überwiegenden Teil von 70% der Stichprobe einmal wöchentlich, 19% kamen 14-tägig zur Therapie.
7% oder 30 Personen gaben an, eine andere als die wöchentliche oder vierzehntägige Vereinbarung getroffen zu haben. Nur etwa 15 % aller KlientInnen beantworten die offene Frage nach einer sonstigen Frequenz ihrer Sitzungen zu 2/3 mit Angaben, wonach sich diese nach ihrem Bedarf bzw. dem Therapieprozeß richtete. Die Mehrzahl beschreibt dabei eine wöchentliche Sitzung, die dann auf 14-tägig bis zu einmal monatlich verringert wird. Auch längere Sitzungs-Pausen, oder Wochenendgruppen sind möglich. Gesamthaft zeigt die Beantwortung der Frage ein Eingehen auf individuelle Bedürfnisse und Abkehr von einem starren Setting.
Dauer und Frequenz der Gestalttherapie haben in unserer Studie keinen Einfluß auf die berichtete **Zufriedenheit**. Dies bedeutet jedoch nicht, daß es egal ist, wie lange eine Person in

gestalttherapeutischer Behandlung ist: Ebenso wie die von den KlientInnen berichtete Einflußnahme des Krankenkassen-Zuschusses auf die Dauer der Therapie, ist diese Unabhängigkeit der Zufriedenheit von Dauer und Frequenz der Sitzungen ein Ergebnis des Ausgleichs der GestalttherapeutInnen bzw. ihrer nicht standardisierten Therapievorgaben: dabei erhalten in selbstkorrigierender Art jene PatientInnen, die dies brauchen und wünschen, länger Therapie, solche die das nicht brauchen/ wünschen, beenden früher ihre Gestalttherapie.

4. 4. KlientInnenvariable

Zusammenhänge von geäußerter **Zufriedenheit** mit der Gestalttherapie und den **soziografischen Daten:**
Zufriedene und unzufriedene KlientInnen sind im Durchschnitt gleich alt. Beträgt das durchschnittliche **Alter** bei den Unzufriedenen 36,65 Jahre, so liegt der Altersdurchschnitt bei den Zufriedenen bei 38,02 Jahren.
Männer sind bei den Unzufriedenen überrepräsentiert. Ihr Anteil beträgt bei den zufriedenen 25,3% bei den unzufriedenen KlientInnen ist der Männeranteil jedoch 40,7%.
Alleinlebende Personen sind bei den Unzufriedenen signifikant überrepräsentiert. Beträgt der Anteil der in einem Ein-Personen-Haushalt Lebenden bei den zufriedenen KlientInnen 20,1% so ist er mit 37,7% bei den unzufriedenen signifikant höher.
Zwischen **Schulbildung** und Zufriedenheit mit Therapie konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede fest gestellt werden.
Ebenfalls keine statistisch nachweisbaren Unterschiede traten auch beim Faktor **Wohnortgröße** (Großstadt/ Kleinstadt/ Dorf) und Zufriedenheit mit der Gestalttherapie auf .

4.4.1 Status prae: Diagnose und Beeinträchtigungen

Die offene Frage "Wie lautete die **Diagnose** bei Beginn der Psychotherapie" wurde nur von 208 Befragten beantwortet. Bei dieser Frage, die die Absicht hatte, die Bekanntheit ihres ICD-Codes oder andere eindeutige klinische Diagnosen zu erheben, können wir dies leider nur in etwa einem Drittel der Gesamtstichprobe tun. An erster Stelle der nur 48% Antworten auf diese Frage steht die Diagnose "Depression" mit immerhin 17% der Gesamtstichprobe, an zweiter Stelle psychosomatische Beschwerden mit etwa 8%. Angst- und Panikstörungen 6%, vegetative Dystonie (4%), Suchtprobleme (2%) und Eßstörungen folgen. Weiters sind die nicht-klinischen Bezeichnungen, Soziale, - Beziehungs- und Partnerschaftsprobleme sowie allgemeine umgangssprachliche Formulierungen von Leidenszuständen zu finden.
143 KlientInnen (33,2%) gaben eine Diagnose, 19 (4,4%) Personen führten zwei Diagnosen an. Schließlich gab es noch drei Personen, die drei Diagnosen bekanntgaben. Die Berechnungen zur **Zufriedenheit** und **Anzahl** der genannten Diagnosen zeigen keine signifikanten Ergebnisse.

Fast alle KlientInnen (410 = 95%) antworteten auf die offene Frage nach einer **eigenen Darstellung ihrer Probleme** zu Beginn der Therapie, wobei einzelne dabei bis zu 8 verschiedene Leidensaspekte beschrieben. An erster Stelle der Beschwerden stehen mit 411 Nennungen klinische Störungen, v.a. Depressionen und Ängste (je 35% der Gesamtstichprobe).
An zweiter Stelle der Nennungen stehen bei mehr als der Hälfte der Antworten mit klinischen Störungen einhergehende Probleme im sozialen Umfeld, Partnerschaft und Familie bzw. wird dazu Isolation genannt. 9% geben dabei auch Probleme im Berufsleben an.

Nach den sozialen Beeinträchtigungen folgt an 3. Häufigkeitsstelle der Nennungen eine Kategorie, die mit Persönlichkeitsproblemen zu umschreiben ist (55% aller Antwortenden): Dabei stehen Selbstwertprobleme, Unsicherheit und mangelndes Selbstvertrauen, mangelnde Durchsetzungsfähigkeit, innere Unruhe und Ziellosigkeit etc. im Vordergrund.
44% der Antwortenden nennen als vierte Großkategorie körperliche Probleme und (psycho)somatische Erkrankungen: An erster Stelle stehen dabei Probleme des Gastro-intestinaltrakts, gefolgt von Migräne und Herzbeschwerden. Einige Nennungen beziehen sich auf unspezifische vegetative Symptome wie Zittern, Schwitzen, Übelkeit etc.
Störungen der Befindlichkeit waren in 26% aller Antworten enthalten. Als herausragend zeigt sich die Klage über mangelnde Lebensfreude, innere Zerrissenheit und Resignation. 13% aller Antworten beinhaltenden auch Störungen der Aktivierung (Antriebslosigkeit, Müdigkeit.).
Die Symptomatik klinischer Störungen wird somit in der Wahrnehmung der antwortenden KlientInnen als große, aber nur eine Dimension ihrer Belastung gesehen, auf die soziale und Selbstwertproblematik sowie körperliche Beschwerden und vielfältige Begleiterscheinungen wird ebenso detailliert eingegangen - bzw. was jeweils rückblickend am belastendsten erlebt wurde, wurde an erster Stelle genannt. Weiters ist diese Antwort ein Indiz dafür, daß Menschen ihre (seelischen) Leidenszustände ganzheitlich und in vielen Aspekten wahrnehmen und eine monosymptomatische Beeinträchtigung im Erleben der KlientInnen praktisch nicht vorkommt.

Die Befragten kreuzten sodann folgende **vorgegebenen Problembereiche** an, zu deren Behandlung sie die Psychotherapie in Anspruch nahmen (Mehrfachnennungen waren möglich):
66 Prozent fühlten sich niedergeschlagen, ängstlich und traurig,
52 Prozent litten unter Depressionen,
48 Prozent nannten Paar- oder Sexualprobleme,
40 Prozent erlebten Angstzustände und 14 Prozent hatten Panikattacken,
27 Prozent hatten Probleme mit Kindern und Familienmitgliedern,
20 Prozent gaben Probleme am Arbeitsplatz an,
15 Prozent hatten Tauerreaktionen,
15 Prozent wiesen Eßstörungen auf,
11 Prozent nannten Alkohol- und Drogenprobleme.
14% nutzten auch die Restkategorie "andere Probleme".
In der Korrelation mit dem Faktor **Zufriedenheit mit der Therapie** werden signifikant häufiger als alle anderen die Diagnosen “Phobien Zwänge” (18,9%) und “Depressionen” von der Gruppe der unzufriedenen KlientInnen genannt.
Möglicherweise hängt dies auch mit der hohen Resistenz bzw. Wiederauftrittshäufigkeit der Symptome dieses Formenkreises zusammen. Dazu wurden die Angaben über die Häufigkeit von Rückfällen bei diesen Symptomgruppen überprüft, die tatsächlich signifikant höher als die der anderen Problembereiche sind. Betrachtet man somit die Zufriedenheit mit der Therapie in Abhängigkeit zur Diagnose, so setzen sich die unzufriedenen KlientInnen zu 66% aus Personen zusammen, die an depressiven Verstimmungen leiden. Wobei gesagt werden muß, daß die Diagnose Depression in den allgemeinen Sprachgebrauch Einzug gehalten hat und umgangssprachlich inflationär für negative Stimmungen allgemein gebraucht wird; inwieweit hier (im Unterschied zu Panikattacken oder Zwängen) die klinische Bezeichnung Depression von den Befragten richtig auf sichbezogen wurde, bleibt fraglich.

Ihren allgemeinen **Gefühlszustand zum Zeitpunkt des Therapiebeginns** beschrieben die befagten Personen auf einer Schulnotenskala zu 46% als ziemlich schlecht (Note 4) und 17 % als völlig schlecht (Note 5); 30% geben ihn mit einigermaßen (Note 3) an, nur 6% stufen ihn

als gut oder sehr gut ein. 63% der KlientInnen schätzen somit ihre seelische Ausgangslage vor Beginn der Therapie als sehr negativ ein. Ein Zusammenhang mit der nachträglich empfundenen Zufriedenheit mit der Gestalttherapie konnte hinsichtlich der Einschätzung dieses Status prae jedoch nicht gefunden werden.

Das **Ausmaß der Beeinträchtigung von bestimmten Lebensbereichen vor der Therapie** durch ihre Probleme und Symptome schätzten die KlientInnen auf einer Skala von 0 (gar nicht) bis 5 (sehr stark) folgendermaßen ein: Bezüglich Partnerschaft und Familie vergaben 85,6% aller Befragten die Noten 3 bis 5 im unteren Skalenbereich. 67% der KlientInnen schätzten ihre Beeinträchtigung bei Beruf und Ausbildung im unteren Ende der Skala ein. 72% aller Befragten rangierten ihre Beeinträchtigung in der Freizeitgestaltung am unteren Ende der Skala (Noten 3 bis 5). Das untere Ende der Skala (Noten 3 bis 5) im Bereich des Kontakts zu anderen Menschen erreichte ein kummulierter Prozentsatz von 70% der Stichprobe.
Analog zur vorherigen Frage ergibt sich auch bei dem von den KlientInnen wahrgenommenen Ausgangsstatus in Bezug auf die Beeinträchtigung in bestimmten Lebensbereichen mit der Zufriedenheit mit der Psychotherapie kein Zusammenhang. Schwere oder leichtere Smptomatik zu Beginn der Therapie ist kein Indiz für spätere Zufriedenheit oder Unzufriedenheit. Gestalttherapie kann sowohl bei leichterer als auch schwerer Symptomatik gleich hilfreich sein.

Die **Auftretenshäufigkeit der Symptome**, die Anlaß für die psychotherapeutische Behandlung war hoch: Über ständige, tägliche bis wöchentliche Beschwerden klagten retrospektiv (kummulierte) 83% der Stichprobe.

22% der Gesamtstichprobe konsumierten vor Beginn ihrer Psychotherapie **Psychopharmaka:** Davon nahmen ca. 38% Antidepressiva, 33% Tranquilizer, 12% Antidepressiva und Neuroleptika, 5% Neuroleptika ein.
Auch bezüglich der Medikamenteneinnahme zu Beginn der Therapie zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Zufriedenen und Unzufriedenen.

Bezüglich der **normierten Skalen**, die zum **Vergleich mit einer Normpopulation** in unseren Fragebogen aufgenommen wurden, zeigt sich bei der Frage nach der Lebensqualität, daß der Mittelwert für die Gesamtstichprobe in der "Skala der Sozialen und Alltagslebensqualität" im eher zufriedenen Bereich bei einer theoretischen Bandbreite von 1 (sehr zufrieden) bis 5 (gar nicht zufrieden) liegt.
Im SF-36 liegen die KlientInnen, die in dieser Stichprobe befragt wurden, bezüglich ihrer emotionalen Rollenfunktion, ihrer Sozialen Funktionsfähigkeit, ihrer Vitalität und ihres psychischen Wohlbefindens unterhalb den Normwerten einer deutsprachigen Vergleichspopulation.

Die offene Frage nach Zielen und **Erwartungen an die Gestalttherapie zu deren Beginn** beantworteten etwa 98% der Befragten. Es handelt sich bei dieser Fragestellung um eine der meistbeantworteten offenen Fragen des gesamten Evaluations-Fragebogens. Nur 10 ProbandInnen haben ihre Ziele und Erwartungen zu Beginn der Psychotherapie nicht zu Papier gebracht. Des weiteren fällt die hohe Anzahl von Mehrfachantworten auf, sowie die Tatsache, daß niemand mit “ich weiß nicht” geantwortet hat. Alle Angaben beziehen sich auf mehrere Ziele, 2-, 3-, und 4-fach Nennungen überwiegen.
An erster Stelle (53% aller Antworten) steht hier die Dimension der Persönlichkeitsveränderung mit Selbstwertzunahme, der Wunsch mehr Selbstvertrauen und Ruhe zu gewinnen, gefolgt von 35% Zielen, die mit sozialen Beziehungen, allen voran

partnerschaftlichen, zu tun haben. 30% aller Antwortenden erwarten sich eine Verbesserung in Bezug auf ihre Lebensfreude und ihr Vitalgefühl. Erst an vierter Stelle stehen mit 22% der Antwortenden eine Kategorie, die sich allein auf die Verbesserung klinisch-psychiatrischer Störungen bezieht; Für 14 % der Befragten ist die Linderung körperlicher Symptomatiken vorrangiges Bedürfnis. Je 13% der Antwortenden beziehen sich auf den Erhalt von Hilfe oder die Lösung von konkreten Lebensproblemen, wobei sich 2% sehr wohl ihrer zum Teil irrealen Erwartungen bewußt sind.
Die mit 98 % überaus hohe Antwortfrequenz auf die Frage nach den Erwartungen an die Psychotherapie deutet auf einen enormen Bewußtseinsgrad hinsichtlich der Intention der KlientInnen hin, sich einer Gestalttherapie zu unterziehen (wobei man nicht außer acht lassen darf, daß es sich hierbei um eine katamnestische Befragung handelt, die nicht Wissen und Interpretationen der ProbandInnen zu Beginn der Psychotherapie erhebt, sondern erst rückblickend nach deren Abschluß, was natürlich Verzerrungen zur Folge haben kann.). Die Reihung des Wunsches nach bloßer Reduktion klinischer Symptomatiken erst an vierter Häufigkeitsstelle der Nennungen deutet auf ein ganzheitliches, mehrdimensionales Wahrnehmen ihres Leidenszustandes durch die BeantworterInnen hin.
Ein signifikanter Unterschied bezüglich der **Zufriedenheit** mit der Gestalttherapie und den anfänglichen Erwartungen besteht bei der Kategorie “Vitalgefühle". Die sich als zufriedenen bezeichendenden KlientInnen erwarteten bei Beginn der Therapie signifikant häufiger Änderungen bezüglich ihres Lebensgefühls, lebenslustiger, aktiver etc. zu werden, alle anderen genannten Erwartungsbereiche unterschieden sich nicht bezüglich der mit der Gestalttherapie zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen.

4.4.2 Kontextvariable

80 Prozent der Gesamtstichprobe gaben an, andere Menschen hätten ihre **Probleme vor Beginn einer Psychotherapie bemerkt**. Dabei wurden an erster Stelle PartnerInnen und FreundInnen mit je ca. 54%, gefolgt von Eltern zu 37% und KollegInnen mit 22% genannt.
55% beantworteten die darauffolgende offene Frage nach dem **Inhalt der Rückmeldungen** ihres Umfelds vor Beginn der Therapie.
Die Angaben auf diese Frage lassen sich nach zwei Gesichtspunkten analysieren: Zum ersten danach, von wem diese Rückmeldungen kommen: Die überwiegende Zahl von Bemerkungen kommt von Familienmitgliedern (64% aller Antwortenden): An erster Stelle stehen dabei die PartnerInnen, sodann erstaunlicherweise Rückmeldungen der Eltern, wenn man bedenkt, daß ein Großteil der KlientInnen nicht mit diesen zusammenlebt. Weiters folgen Geschwister und an letzter Stelle eigene Kinder. Nach den Familienmitgliedern ist mit 102 Nennungen (bei 42% aller Antwortenden) der Freundeskreis nächster Lieferant von Rückmeldungen. Sehr wenig Bemerkungen machen etwa ArbeitskollegInnen (7%) oder betreuende ÄrztInnen (ca. 1,7%).
Inhaltlich fallen die meisten der wiedergegebenen Bemerkungen in die Kategorie von Rückmeldungen zur Therapiewahl: Diese sind besonders bei FreundInnen und PartnerInnen positiv, bei Eltern, Geschwistern und anderen Familienmitgliedern eher kritisch. Relativ hoch ist bei allen die Zahl der Bemerkungen, die Kritik an Charakterzügen und Verhaltensweisen der KlientInnen beinhaltet, sowie die mehr oder minder differenzierten Ratschläge und Aufforderungen ("Reiß dich zusammen!"). Konkrete Angebote zur Unterstützung werden bei eher selten genannt.
Bei der Korrelation dieser Frage mit dem Faktor **Zufriedenheit** wurden keine Signifikanzen bezüglich der Rückmeldungen vor Beginn der Therapie festgestellt.
Insgesamt dominiert ein Bild nur teilweise hilfreichen, eher kritischen oder sich distanzierenden Bemerkungen und Aufforderungen vor Beginn der Gestalttherapie.

Was gab es **Hilfreiches außerhalb der Therapie**, andere Faktoren in Ihrer Umwelt, die Veränderungen bewirkten? Diese offene Frage beantworteten etwa 75% aller Befragten.
61% aller hier Antwortenden führen dabei soziale Kontakte an: Hier findet sich die größte Unterstützung in Freundschaften (25% aller hier Antwortenden), sodann in bestehenden Partnerschaften (13% aller hier Antwortenden) und der Familie (11%).
An zweiter Häufigkeitsstelle der unterstützenden Faktoren werden - allerdings mit großem numerischen Abstand (18%) - Ausbildung und Beruf genannt, gefolgt von persönlichen (Freizeit)interessen und Tätigkeiten (15% aller Antwortenden) darunter auch spirituelle Hilfe. Jeweils ca. 7% der hier Antwortenden finden Hilfe und Entlastung in dem Bemühen um gesündere Lebensweise oder betonen explizit ihre eigenen Leistungen bei der Verbesserung ihrer Situation. Ebenfalls 7% haben sich auch in anderen professionellen Zusammenhängen Unterstützung geholt (andere Therapie, Selbsterfahrungs-, Selbsthilfegruppen). 5% geben an, daß außerhalb der Therapie keine hilfreichen Aspekte zu finden waren, manche (2% aller Antwortenden) konstatieren dezitiert eine Verschlechterung durch ihre Umfeldsituation.
Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen der mit ihrer Gestalttherapie zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen konnten hier nicht festgestellt werden. Alle Signifikanzniveaus lagen oberhalb von 25%, Veränderungen sind folglich therapieimmanent und nicht durch unterschiedliche äußere Unterstützungen bei zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen bewirkt.

4.4.3. Symptomkomplexe

Über eine Faktorenanayse der in Frage 19 erhobenen Symptome und Probleme und anschließender Clusteranalyse der Faktorenwerte pro Person, war es möglich, eine siebenkategorielle Symptomstruktur zu definieren, bei denen bestimmte Symptome oder Probleme große Auftretenshäufigkeiten haben. Dabei wurden folgende Symptomkomplexe gefunden:
Depressive Verstimmung mit somatischen Beschwerden (127 Befragte): Dieser Symptomtypus ist hauptsächlich gekennzeichnet durch depressive Stimmungslage, Gefühlen von Angst und Zorn, somatischen Probleme und Paar- und Sexualschwierigkeiten. Die Aspekte des Substanzmißbrauch, Phobien und Zwänge und Panikattacken spielen keine Rolle.
Soziale-und Beziehungsproblematik durch neurotische Störung (126 Befragte): Dieser Symptomtypus ist hauptsächlich gekennzeichnet durch Paar- und Sexualprobleme und Verstimmung in Richtung Angst, Trauer und Zorn und Probleme mit Kindern und andreren Familienmitgliedern sowie am Arbeitsplatz. Substanzmißbrauch, Phobien und Zwänge, Panikattacken sind auch bei diesem Syndrom nicht bzw. kaum vorhanden.
Depressive Verstimmung ohne somatische Beschwerden (39 Befragte)**:** Dieser Symptomtypus ist hauptsächlich gekennzeichnet durch depressive Stimmungslage, eine hohe Problematik im Berufsleben, Angstzustände, Trauer und Zorn, sowie Paar- und Familienprobleme.
Substanzmißbrauch (29 Befragte)**:** Dieser Symptomtypus ist hauptsächlich gekennzeichnet durch den Mißbrauch von Alkohol oder Drogen, Paar- und Sexualproblemen, Gefühlen von Angst und Zorn sowie somatischer Probleme. Panikattacken oder Verlusterlebnisse sind bei diesem Symptomtypus nicht ausschlaggebend.
Neurotisches Angstsyndrom (34 Befragte)**:** Dieser Symptomtypus ist hauptsächlich gekennzeichnet durch ängstich-neurotische Verstimmung, Panikattacken, Angst und Zorn, sowie phobisch-zwanghafte Symptome. Verlusterlebnisse oder soziale Probleme sind in diesem Beschwerdebild nicht relevant.

Eßstörungen (11 Befragte)**:** Dieser Symptomkomplex weist Eßstörungen und die damit verbundenen Angst- und Zorngefühle, neurotisch-depressive Verstimmungen, Angstzustände und somatische Probleme auf. Schwächer sind auch alle anderen Beschwerden angegeben, die Symptomatik ist umfassend und komplex.
Trauer- und Verlustreaktion (64 Befragte)**:** Dieser Symptomtypus ist hauptsächlich gekennzeichnet durch Gefühle der Angst, Trauer und des Zorns, Verlusterlebnisse, familiäre Problematik, depressive und ängstliche Verstimmung und somatische Beschwerden. Panikattacken und Zwänge spielen keine Rolle.

Status prae und Symptomgruppen: Dazu wurden die Mittelwerte der allgemeinen Gefühlslage vor Beginn der Gestalttherapie in Abhängigkeit der Symptomgruppen verglichen. Zweck dieser Gegenüberstellung war es herauszufinden, ob der Leidensdruck bei verschiedenen Symptomkomplexen als unterschiedlich empfunden wird. Dies ist der Fall: Insbesondere gaben Personen, die unter neurotisch bedingten Sozial- und Beziehungsproblemen litten, ihren Gefühlszustand (prae) als weniger schlecht an als jene Personen, die eine Angstsymptomatik oder eine der beiden depressiven Symptomkomplexe aufwiesen. Dies bestätigt die innere Konsistenz unserer faktorenanalytischen Datenbearbeitung zu sieben Symptomkomplexen: Die klinischen Bilder Angst- bzw. Depressionssyndrom werden als belastender erlebt als Problematiken, die sich vordergründig in zwischenmenschlichen Beziehungen manifestieren. Dies möglicherweise auch deshalb, da bei erstgenannten eine (unerklärliche) Veränderung in der eigenen Person erlebt wird, während bei zweiteren - bei aller Dramatik der Situation - die Problematik doch oft im Verhalten des/der anderen bzw. in der gemeinsamen Interaktion, also etwas Ich-ferner empfunden wird.
Zwischen allen anderen Symptomgruppen konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden.

Symptomgruppen und Veränderung durch die Gestalttherapie: Hinsichtlich der globalen Veränderung (ein faktorenanalytisch erstellter Veränderungsfaktor lädt in allen Items der geschlossenen Frage 62 nach den Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen) unterscheiden sich die sieben Symptomgruppen nicht, alle erfahren ein nur zufällig variierendes Maß an Veränderung durch ihre Gestalttherapie.
Die Gestalttherapie ist bei allen faktorenanalytisch erstellten Symptomkomplexen gleich wirksam: Veränderungen finden unabhängig vom Beschwerdebild statt.

Symptomgruppen und Wahrnehmen des/der TherapeutIn: Die Wahrnehmung des Verhaltens der GestalttherapeutInnen (Faktorenanalyse der Frage 55, wie der/die TherapeutIn erlebt wurde, erbrachte einen Hauptfaktor) ist nicht von den vorhandenen Symptomen abhängig. Unabhängig von ihrer Diagnose streuen die Antworten der KlientInnen.
Das von den KlientInnen unterschiedlich wahrgenommene Verhalten ihrer GestalttherapeutInnen hängt nicht mit ihrem Symptomkomplex zusammen; KlientInnen neigen also nicht abhängig von ihrem Beschwerdebild zu einem unterschiedlichen Wahrnehmen ihrer TherapeutInnen. Für diesen Indikator für den Aufbau einer geglückten oder weniger bis miß-glückten therapeutischen Beziehung, müssen andere als in der Diagnostik der KlientInnen begründete Erklärungen gefunden werden.

"Kritikfähigkeitsfaktor" (= Gegenüberstellung von als positiv und negativ erlebten Aspekten der Psychotherapie): Wir wollten prüfen, ob die Gestaltpsychotherapie - aufgrund der vielen zufriedenen Antwortenden, als nur positiv gesehen wird. Dabei zeigt sich, daß überzufällig viele Befragte sowohl bezüglich positiver als auch negativer Aspekte der Therapie antworteten. Die hier gefundene Signifikanz weißt darauf hin, daß die ehemaligen

KlientInnen ihre Gestaltttherapie im nachhinein (auch wenn sie zufrieden mit ihr waren) in ihren positiven und negativen Aspekten wiedergeben, und sie nicht einseitig glorifizierend oder verdammend sehen.

Insgesamt zeigen sich bei den Erhebungen zum Status prae und zum Kontext der KlientInnen kaum/keine Unterschiede zwischen mit der Gestalttherapie zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen. Die nachträgliche Zufriedenheit mit ihrwer Therapie hängt nicht mit dem Ausgangsstatus der KlientInnen wie Schwere und Art der Symptome oder Unterstützung aus deren Umfeld zusammen.

4.5. TherapeutInnenvariable

Zur **Geschlechtsverteilung**: 57 % der Stichprobe waren bei einer Frau, 37 % bei einem Mann und 5% bei einem Therapeutenpaar in gestaltpsychotherapeutischer Behandlung.
Bezüglich des **Alters** ihrer BehandlerInnen gaben 50 % der BeantworterInnen an, bei einem/r Therapeuten/in zwischen 40 bis 49 Jahren, 41% bei einem/r Therapeuten/in unter 40 Jahren, 7% bei einem/r Therapeuten/in zwischen 50 und 59 Jahren,und 1% bei einem/r Therapeuten/in von über 60 Jahren in Behandlung gewesen zu sein. Hinsichtlich der Korrelation von Zufriedenheit mit der Therapie und Alter oder Geschlecht der BehandlerInnen (allein) ergeben sich keine signifikanten Ergebnisse. Ob ein Klient/eine Klientin bei einem Mann oder einer Frau in Therapie ist bzw. wie alt die behandelnde Person ist, macht jeweils für sich allein keinen Unterschied in den Auswirkungen auf die Zufriedenheit mit der Gestalttherapie.

Geschlecht/Alter von TherapeutInnen und KlientInnen: Beim Vergleich von Geschlecht der BehandlerInnen und KlientInnen zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang: Zu 66 % wählen sich Klientinnen eine Therapeutin, bei den Männern liegt der Anteil jener, die bei einem gleichgeschlechtlichen Behandler in Psychotherapie sind, nur 52%. Frauen tendieren somit häufiger zu einer gleichgeschlechtlichen Behandlerin. Dies spiegelt auch die Situation wieder, daß einerseits mehr Frauen als PsychotherapeutInnen arbeiten (und somit die Wahrscheinlichkeit für einen Mann, bei einer weiblichen Behandlungsperson zu landen größer ist), andererseits geben auch viele Klienten an, sie "redeten es sich mit einer Frau leichter" - sei es aufgrund der geschlechtsspezifischen Sozialisation, die Frauen mehr Einfühlungsvermögen, Gewährenlassen und geringere Konfrontationslust zuschreibt.
Zwischen Alter der TherapeutInnen und KlientInnen zeigt sich ein geringer positiver Zusammenhang. Je älter der/die KlientIn, desto älter auch der/die TherapeutIn. Auch dieses Ergebnis entspricht der Erfahrung, daß sich ältere Menschen eher zu älteren BehandlerInnen in Psychotherapie begeben - eine Wiederspiegelung der Vermutung größerer Lebenserfahrung - und weil es gut tut, mit einem Menschen seine Probleme zu bearbeiten, von dem man vermuten kann, daß er / sie diese (zumindest altermäßig) auch schon erfahren haben könnte.
Beim Alter der TherapeutInnen und Geschlecht der KlientInnen konnten keine signifikanten Zusammenhänge festgestellt werden Sowohl Männer wie auch Frauen waren zu einem Prozentsatz von je ca. 50% bei einem/r TherapeutIn in Behandlung, die/der zwischen 40 und 49 Jahre alt war.

Fast die Hälfte aller befragten Personen nützt auch die Gelegenheit zu freien **Rückmeldungen über den/die TherapeutIn**. Etwa ein Viertel aller Befragten stellt dabei positive und lobende Attribute über den/die BetreuerIn fest, sie waren zufrieden, fühlten sich angenommen und verstanden, würden sie/ihn weiterempfehlen und empfinden Achtung und Wertschätzung. 13% der Antwortenden berichten auch von Störendem in der Beziehung

zum/r TherapeutIn, nur 6% kritisieren die Person und Eigenschaften des/r TherapeutIn. Beim Vergleich mit den Items des wahrgenommenen Verhaltens der TherapeutInnen zeigt sich auch hier die hauptsächlich positiv getönte Beschreibung der Beziehung bzw. der Eigenschaften der GestalttherapeutInnen aus Sicht ihrer KlientInnen, und somit eines wichtigen Agens der therapeutischen Beziehung als eines Wirkfaktors der Veränderung.

In einem Item, das nur bedingt den Therapeutenvariablen zuzurechnen ist, spiegelt es doch einen subjektiven retrospektiven Eindruck der KlientInnen wieder, geht es um das von den **KlientInnen wahrgenommene Verhalten ihres/er Gestalttherapeuten/in.** Die KlientInnen nahmen dabei zu zehn vorgebenen Items jeweils mit Zustimmung oder Verneinung Stellung: Dabei stimmen den ein positives Verhalten des/r Therapeuten/in schildernden Kategorien (unterstützend, vertrauenswürdig, verständnisvoll, mit ihnen den Therapieverlauf besprechend) zwischen 85% und 96% der Stichprobe zu. Den negativ getönten Aussagen (unbeteiligt, verurteilend, herablassend, abweisend bei Kritik) stimmten nur zwischen 5% und 7% der Antwortenden zu, zwei weitere Aussagen "zu sehr aufs Geld bedacht" und "zu sehr auf entfernte Kindheitsprobleme konzentriert" bejahten etwa 11%.
Wahrgenommenes Verhalten des/der Therapeuten/in und Zufriedenheit: Gänzlich unterschiedlich nahmen dabei zufriedene und unzufriedene KlientInnen ihren/e Therapeuten/in wahr. Von den zehn unterschiedlichen Verhaltensbeschreibungen des/der Therapeuten/in sind alle signifikant: Zufriedene KlientInnen nehmen ihre TherapeutInnen als unterstützend, partnerschaftlich, vertrauenswürdig, verständnisvoll wahr, während unzufriedene das Verhalten ihres/ihrer Therapeuten/in als eher verurteilend, herablassend, sehr am Geldverdienen interessiert oder zu sehr auf Kindheitsproblemen konzentriert und zuwenig an der aktuellen Problematik interessiert wiedergeben.
Dieses Wahrnehmen ihres/er GestalttherapeutIn ist auch nicht von den Symptomen, mit denen ein/e KlientIn in Therapie kommt, abhängig (siehe Analyse der Korrelation mit Symptomgruppen. Die Zufriedenheit mit der Therapie und das Verhalten der TherapeutInnen (aus Sicht der KlientInnen) hängen eng zusammen.

Alter und Geschlecht der TherapeutInnen und ihr von KlientInnen wahrgenommenes Verhalten: Die Verhaltensform “herablassend” wird signifikant unterschiedlich abhängig vom Geschlecht der behandelnden Person wahrgenommen: Männliche Therapeuten werden von den Befragten signifikant häufiger als herablassend empfunden als weibliche. Ebenfalls signifikant unterschiedlich ist die Beurteilung "abweisend". Auch hier werden männliche Therapeuten von den Befragten als signifikant abweisender erlebt als weibliche. Dies spiegelt einerseits natürlich Geschlechtsstereotypien wider, ist jedoch auch als Indiz für eine mangelhaft aufgelöste Übertragungssituation zu interpretieren.
Signifikant zu sehr auf Probleme der Kindheit der KlientInnen konzentriert werden ebenfalls die männlichen Therapeuten bezeichnet.
Es zeigen sich in unserer Analyse auch Wechselwirkungen zwischen Alter und Geschlecht der GestalttherapeutInnen, die jedoch aus methodischen Gründen nur als Tendenz interpretierbar sind: Insbesondere sind es eher ältere (ab 50) männliche Therapeuten, die nach Meinung ihre KlientInnen zu wenig verständnisvoll und zu sehr auf die entfernten Probleme der Kindheit der KlientInnen bezogen behandeln.
Zur Überprüfung dieses Ergebnisses wurden in einem weiteren Analyseschritt die zehn Items zur Beschreigung des TherapeutInnenverhaltens einer Faktorenanalyse unterzogen und ein globaler Beurteilungsfaktor extrahiert. Auch bei diesem Vorgehen zeigt sich beim Gesamtwert eine signifikante Wechselwirkung. Während Gestalttherapeutinnen mit zunehmenden Alter von ihren KlientInnen positiver wahrgenommen werden, verhält es sich bei den Männern gerade umgekehrt.

Bezüglich des Alters der TherapeutInnen gibt es Unterschiede beim "Partnerschaftlichkeits"-Item "Besprechen der Ziele und des Therapieverlaufs". Hier zeigt die mittlere Altersklasse der TherapeutInnen (40-50 Jahre) die niedrigsten Werte. Sie besprachen in der Erinnerung der KlientInnen den Therapieverlauf weniger häufig als die anderen älteren bzw. jüngeren GestralttherapeutInnen. Hier könnte eine mögliche Interpretation sein, daß ältere und jüngere TherapeutInnen, mehr klientInnenzentriert partnerschaftlich reagieren - ob aus Unsicherheit oder aus Erfahrung.

Gesamtveränderung durch die Therapie in Zusammenhang mit Alter und Geschlecht der TherapeutInnen: Bei einer mehrfaktorielle Varianzanalyse zeigt sich ein signifikanter Wechselwirkungsfaktor: Es besteht ein linearer Zusammenhang zwischen Alter und Geschlecht der BehandlerInnen bezüglich der von den KlientInnen empfundenen Gesamtveränderung durch die Psychotherapie. Hierbei muß jedoch nochmals angemerkt werden, daß sich nur wenige Antworten auf die Behandlergruppe älterer, männlicher Therapeuten beziehen, und deshalb obwohl statistisch signifikant, doch nochmals einer Überprüfung an einer größeren Gruppe unterzogen werden sollte. Während bei den männlichen Therapeuten mit zunehmenden Alter das Gesamtausmaß der von den KlientInnen empfundenen Veränderung durch die Therapie geringer wird, zeigt sich bei den weiblichen TherapeutInnen der gegenteilige Trend. Dieses Ergebnis könnte auch Abbild der zuvor dargestellten Ergebnisse sein, in denen das von den KlientInnen wahrgenommene Verhalten von männlichen, älteren TherapeutInnen als eher kritisch gesehen wird.
Nachdem sich in dieser Studie in Übereinstimmung mit vielen anderen Psychotherapieforschungsergebnissen zeigt, daß die Beziehung zum/zur TherapeutIn wesentliches Agens der Veränderung und praktisch hauptsächlichster nachweisbarer Wirkfaktor ist, wäre es möglich, daß auf diese Weise die Beziehungsqualität via Alter und Geschlecht der TherapeutInnen miteinfließt.

4.6 Therapie-Prozeßvariable

Die Frage nach **Psychopharmakaeinnahme während der Psychotherapie** bejahten 20% der Gesamtstichprobe. Auf die offene Frage, von wem diese empfohlen wurden, äußerten sich 81 Personen, das sind 93% aller jener, die angaben auch während der Psychotherapie Psychopharmaka eingenommen zu haben. Dabei rangieren ÄrztInnen bzw. HausärztInnen mit 25% der Nennungen und 22% PsychiaterInnen und NeurologInnen an erster Stelle der Häufigkeiten. In 16 % der Fälle empfehlen die PsychotherapeutInnen selbst eine medikamentöse Unterstützung.

Als **Wirkfaktoren im Therapieprozeß** werden an erster Stelle von 79% der hierzu Antwortenden (d.s. 65% der Gesamtstichprobe) Eigenschaften und Fähigkeiten des/der TherapeutIn angegeben. Ausführliche Nennungen zu deren Einfühlsamkeit, Wärme, Geduld, Hilfe, Empathie, Geduld, des Vertrauens in deren Kompetenz und Wissen etc. finden sich in den Fragebögen. Die zweithöchte Nennungs-Kategorie (51% aller Antwortenden) ist diejenige der "Integrativ-gestalttherapeutischen Methoden und Techniken" mit Beispielen von Rollenspiel und Hot Seat (16% aller Antwortenden) oder kreativen Medien wie Zeichnen (15%) sowie Awareness-Übungen. An dritter Häufigkeitsstelle (33%) der Wirkfaktoren reihen die Befragten allgemeine unspezifische therapeutische Haltungen und Methoden wie Akzeptanz, Ermutigung, Selbstreflexions- und Selbstwertförderung etc. 15% führen dabei auch einfach "Gespräche" an. Als nächstgrößte Kategorie zeigt sich mit 17% die Dimension der gezielten Auseinandersetzung mit Emotionen, vor allem die Unterstützung beim Zulassen unbequemer Gefühle wie Angst oder Wut wird genannt. 10% erwähnen positive Gruppen-

erfahrungen, mit je 4-5% rangieren allgemeinere Beschreibungen wie Auseinandersetzung mit der persönlichen Vergangenheit, mit Familienbeziehungen, Problembewältigung etc.. Etwa 3% stellen fest, daß eine Änderung hauptsächlich durch ihr eigenes Zutun eingetreten sei.
Aus diesen Antworten geht hervor, daß in Übereinstimmung mit anderen Untersuchungen der positive Rapport zum/r TherapeutIn das wesentlichste Veränderungsagens der Psychotherapie ist, in der Literatur als unspezifischen Wirkfaktor bezeichnet. Als spezifischer Wirkfaktor folgen integrativ-gestalttherapeutische Methoden und Techniken an zweiter Stelle der Häufigkeit der Nennungen von Wirkfaktoren, wobei sich hier eine hohe Wahrnehmung und Unterscheidung einzelner integrativer-gestalttherapeutischer Spezifika noch vor allgemeinen, nicht schulenspezifischen therapeutischen Methoden und Haltungen abzeichnet.
Bei der Korrelationsüberprüfung bezüglich der **Zufriedenheit mit der Gestalttherapie und Wirkfaktoren** ergaben sich bei den inhaltsanalytisch erstellten Kategorien "Integrativ-Gestalttherapeutische Methoden", "Eigenschaften und Fähigkeiten des/der TherapeutIn", "Gespräche" und "Bewußtmachung" signifikante Unterschiede: Die unzufriedenen KlientInnen sind vergleichsweise nur in der Kategorie "Bewußtmachung" überrepräsentiert. Die mit der Therapie zufriedenen KlientInnen geben als wirksam empfundene Therapiefaktoren signifikant öfter als die Unzufriedenen die Elemente "Integrativ-Gestalttherapeutische Methoden", "(positive) Eigenschaften und Fähigkeiten des/der TherapeutIn" und "Gespräche" an. Diese Ergebnisse stützen einerseits die Bedeutung des unspezifischen Wirkfaktors der Beziehung zwischen KlientIn und TherapeutIn, andererseits auch als spezifischen Wirkfaktor die als hilfreich wahrgenommenen integrativ-gestalttherapeutischen Methoden. Beide, bei zufriedenen KlientInnen signifikant häufiger genannten Kategorien sind jene, die einen starken Bezug zur Erlebens- und Beziehungsdimension haben. Hingegen benennt die Kategorie "Bewußtmachung" ein viel rationaleres Vorgehen.

Auf die Frage nach besonders **positiven** Ereignisse bzw. **Elementen im Therapieprozeß** antworten 71% aller Befragten. 73% aller dieser Angaben machen Rückmeldungen bezüglich der Interaktion mit dem/der TherapeutIn aus. Dabei werden vor allem Aspekte der geglückten therapeutischen Beziehung genannt (Wärme und Freundlichkeit, Geborgenheit, Komptetenz, Ernstgenommen werden, Empathie, Ehrlichkeit, Unterstützung, Zuhören etc.), was auf eine geglückte therapeutische Beziehung bzw. positive Übertragungsprozesse schließen läßt. An zweiter Stelle (16% der Antwortenden) stehen damit zusammenhängende allgemein persönlichkeitsfördernde therapeutische Maßnahmen wie Entwicklung von Durchsetzungsstrategien, Selbstreflexion, Selbstwertstärkung etc. . An dritter Stelle wird von 12 % aller Antwortenden die Unterstützung bei der Bearbeitung von emotionalen Problemen als besonders positiv beschrieben. 11% der Antwortenden loben explizit integrativ-gestalttherapeutische Techniken und kreative Methoden bzw. Medien. 7% aller KlientInnen haben durch das Gruppensetting besonders Erfreuliches erlebt. Weiters finden sich, allerdings in geringen Ausmaß (unter 4%), Kategorien ähnlich wie in der Frage nach den Wirkfaktoren (besonders hilfreichen Therapieelementen, siehe oben): Auseinandersetzung mit dem sozialen Umfeld, Bearbeitung der persönlichen Vergangenheit, eine gezielte Problembearbeitung, Körper- und Entspannungsübungen, die Therapieräumlichkeiten und Settingelemente. Nur 2,5% der Antwortenden geben an, keine positiven Erlebnisse in ihrer Gestalttherapie erfahren zu haben.
Auch hier sind Person und Beziehung zum/r TherapeutIn im Vordergrund der Wahrnehmung. 11% nennen darüberhinaus speziell integrativ-gestalttherapeutische Techniken und Methoden als erfreuliche Elemente.
Erwähnenswert bei der Korrelation in Hinblick auf die **Zufriedenheit** mit der Gestalttherapie hier ist, daß bei den Zufriedenen weiederum die Fähigkeiten des/der Therapeuten/in signifikant häufiger als besonders positive Ereignisse genannt werden. Auch dieses Ergebnis

beweist die Wichtigkeit der positiven Beziehung zum/r TerapeutIn: Bei den mit der Gestalttherapie zufriedenen KlientInnen werden deren Eigenschaften und Fähigkeiten der BehandlerInnen als besonders positiv herausragende Elemente des therapeutischen Prozesses beschrieben.

Auf die offene Frage nach **Kritik an der Therapie** bzw. am therapeutischen Prozeß antworteten 257 Befragte, das sind etwa 60% der Gesamtstichprobe, was auf eine hohe Kritikfähigkeit der Befragten schließen läßt, die obwohl ja zum weitaus überwiegenden Teil mit der Therapie zufrieden, trotzdem den therapeutischen Prozeß nicht geschönt wahrnehmen. Auch bei diesen Antworten steht die Person des/der TherapeutIn und die therapeutische Beziehung (jeweils 16% der hier Antwortenden) im Vordergrund. An zweiter Stelle der Nennungen wird Unzufriedenheit mit dem Setting angegeben (21% aller Antwortenden): In der Hälfte aller diesbezüglichen Nennungen der Zeitaspekt, gefolgt vom Finanziellen. Der nächste Kritikaspekt (16%) bezieht sich auf die Methodik und Strukturierung in der therapeutischen Situation; weitere 3% aller Antwortenden, die Kritik an Gestalttechniken üben, fügen jedoch hinzu, daß diese zwar schwierig, im Endeffekt jedoch hilfreich waren. 9% aller Antwortenden sehen ihre eigenes Verhalten als Kritikpunkt. Etwa 4% aller Antwortenden äußern sich kritisch über das Gruppensetting, ebensoviele beklagen den für sie zu langsam empfundenen Therapiefortschritt.
Kritik an der Therapie ist in unserer Studie somit zumeist auch Kritik an der/dem TherapeutIn Bei der Analyse der Zitate taucht die Vermutung auf, daß zu einem Gutteil (unaufgelöste) Übertragungen eine Rolle spielen, v.a. die Abstinenzproblematik dürfte davon geprägt sein. Aber auch die Zeit- und finanzielle Problematik spielen in den retrospektiven Kritik der KlientInnen eine gewichtige Rolle.
Zufriedenheit und kritisierte Therapieelemente: Kritische Äußerungen zu ihrer Gestaltpsychotherapie machten 60% aller KlientInnen, also auch viele der mit der Therapie zufriedenen. Signifikante Unterschiede ergaben sich dabei bei den Kategorien 1) “Kritik an Therapeuten/in”: Rund 35 % der unzufriedenen KlientInnen äußern sich in dieser Kategorie, jedoch nur 5% der Zufriedenen. 20 % der Unzufriedenen äußerten auch 2) Kritik an den Methoden (was nur 7% der zufriedenen KlientInnen taten) und 13% der Unzufriednen kritisierten 3) ihr eigenes Verhalten in der Therapie; bei den zufriedenen KlientInnen taten letzteres nur 4%. Keine einzige Person aber aus der Gruppe der Unzufriedenen, die Kritik an der Person des/der TherapeutIn übten, äußerte sich auch kritisch über ihr eigenes Verhalten. Die Auswertung dieser Frage macht ebenfalls die Bedeutung der therapeutischen Beziehung klar. Nicht, daß überhaupt Kritik an der Therapie geäußert wird, macht den Unterschied zwischen mit der Gestalttherapie zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen aus, sondern in welchen Bereichen diese ansetzt: TherapeutIn und KlientIn bzw. deren Beziehung steht bei den Unzufriedenen im Mittelpunkt der Kritik.

Den Kontakt und die **Beziehung zum Therapeuten/zur Therapeutin insgesamt** beurteilten 48% als sehr gut, 40% als gut, 10% als mittelmäßig, 2% als schlecht und nur 1 KlientIn als sehr schlecht. Die ersten beiden Antwortalternativen (sehr gut bis gut) erreichen einen kummulierten Prozentsatz von 88 Prozent.

In Bezug auf vorgegebenen Dimensionen der **Beziehungs- und Übertragungssituation** ("was kennzeichnete die Beziehung zum/r TherapeutIn) im gestalttherapeutischen Prozeß gaben 78% der KlientInnen die Einschätzung ab, daß sie den Eindruck hatten, mit ihren TherapeutInnen "am gleichen Strang zu ziehen". Nur 32% aller Befragten äußerten retrospektiv heftige Übertragungsgefühle (im positiver wie negativer Richtung), nur 26% bezogen diese regressiven Gefühle auf ihre Kindheit.

Zufriedenheit und therapeutische Beziehung/Übertragung: Hier zeigen sich bei der Formulierung “Auch in Krisen hatte ich das Gefühl, daß ich mit dem Therapeuten/Therapeutin in gewisser Hinsicht am gleichen Strang ziehe” signifikante Unterschiede zwischen Zufriedenen und Unzufriedenen. Nur 44% der unzufriedenen KlientInnen konnten dieser Frage zustimmen, bei den zufriedenen waren es immerhin 83%.
Bei der Frage “Ich hatte zeitweilig meinem Therapeuten/meiner Therapeutin gegenüber heftige Gefühle (der Ablehnung oder Zuneigung)" stimmen diesem die Unzufrieden signifikant häufiger zu (51,9%). Bei den Zufriedenen beträgt der entsprechende Anteil nur 29,5% (siehe Tab. 29). Interessant ist die Zustimmung zum letztgenannten Item, bei dem sich die Unzufriedenen in heftigeren Übertragungsgefühlen beschreiben als die zufriedenen KlientInnen - wobei möglicherweise die Zufriedenen diese vor/seit Beendigung der Therapie auflösen konnten, und nicht mehr so heftig in Erinnerung haben. Auch diese Übertragungsauflösung könnte als Indiz für eine geglückte therapeutische Beziehung und somit geglückte Therapie im Sinne zufriedener KlientInnen interpretiert werden.

Eine weitere Frage ging auf das **Verhalten der KlientInnen während der Therapie**, ebenfalls durch Zustimmung oder Verneinung von vorgegebenen Verhaltenskategorien ein. Dabei schildern sich die KlientInnen zu 93% als offen und zu 76% bereit, auch für ihn/sie negative Gefühle mit dem/der GestalttherapeutIn zu besprechen und mittels "Hausübungen" an ihrem Problem zu arbeiten. 18% der Antwortenden hingegen stellen sich als unwillig dar, für sie schmerzliche Dinge preiszugeben. 3% der hier Antwortenden geben an, die Sitzungen oft abgesagt zu haben. Gesamtgesehen ist der positive Rapport auf verschiedenen Ebenen in der therapeutischen Beziehung auch durch diese Frage bestätigt.
In diesem Fragenkomplex zeigen sich signifikante Ergebnisse in Bezug auf die **Zufriedenheit und dem KlientInnenverhalten.** Signifikante Unterschiede sind zwischen mit der Gestalttherapie Zufriedenen und Unzufriedenen bei der Zustimmung zur Antwortkategorie “Ich versuchte so offen und aus mir herausgehend wie möglich zu sein” festzustellen: Unzufriedene KlientInnen stimmen dieser Formulierung weniger häufig zu als zufriedene. Auch bezüglich der Formulierung “Ich war unwillig, für mich schmerzliche Dinge preiszugeben” zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen. Dies zeigt, wie sehr die Bereitschaft zur Offenheit auch bei schwierigen Themen abhängig von der therapeutischen Beziehung ist und sich diese Offenheit in der Beziehung positiv auf die Zufriedenheit mit dem Therapieprozeß auswirkt.
Signifikant weniger Zustimmung äußerten die Unzufriedenen auch bei der Formulierung “Ich habe Hausaufgaben gemacht, die mir helfen sollten an meinen Problemen zu arbeiten”; sie arbeiteten weniger oder nicht im Sinne einer alleinigen aktiven Beschäftigung und Weiterführung von Therapieaspekten für sich und geben eine geringere "compliance" an.

Zusammenhang von Wahrnehmen der TherapeutInnen und KlientInnenverhalten : Hier zeigt sich, daß ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem von den KlientInnen wahrgenommen Verhalten der TherapeutInnen und ihrem eigenen Verhalten in der Gestalttherapie besteht: Je positiver (Gesamtfaktor aus unterstützend, vertrauenswürdig, einsichtig in Probleme, beteiligt, gleichberechtigt...) der/die TherapeutIn gesehen wird, desto mehr gingen die KlientInnen aus sich heraus, desto weniger waren sie unwillig auch schmerzliche Dinge preiszugeben, umso mehr konnten sie auch negative Gefühle dem/der TherapeutIn gegenüber diskutieren und umso mehr machten sie auch “Hausaufgaben”, die helfen sollten ihre Probleme zu meistern.
Nur mit den Items "Sitzungen oft absagen" und dem Wahrnehmen des/der TherapeutIn ist kein siginifikanter Zusammenhang nachweisbar.

Zusammenhang zwischen **Wahrnehmen der TherapeutInnen und der Beziehung zu ihnen:** Je besser die Gesamtbeurteilung der TherapeutInnen (Globaler Faktor aus Items der Frage 55) ist, umso höher ist die Zustimmung zum Item: "Ich hatte das Gefühl, wir ziehen am gleichen Strang" .
Umgekehrt verhält es sich mit der Formulierung " Ich hatte zeitweilig meinem Therapeuten /meiner Therapeutin gegenüber heftige Gefühle (der Ablehnung oder Zuneigung)" Dieser Aussage wird umso eher zugestimmt, je negativer der/die TherapeutIn insgesamt wahrgenommen wird. Die diesbezügliche Korrelation ist aber numerisch sehr klein.
Erstaunlicherweise konnte kein Zusammenhang konnte zwischen dem "Übertragung- bzw. Regressionsitem" ("Ich hatte in der Therapie zeitweise das Gefühl, daß ich dem Therapeuten/der Therapeutin gegenüber Wünsche hatte, wie ich sie als Kind hatte") und dem wahrgenommenen Verhalten der TherapeutInnen gefunden werden.

Zusammenhang zwischen **KlientInnenverhalten und Beziehung zu TherapeutInnen :**
Hier zeigte sich bei den Items "Ich versuchte so offen und aus mir herausgehend wie möglich zu sein" und "Auch in Krisen hatte ich das Gefühl, daß ich mit dem Therapeuten/der Therapeutin in gewisser Hinsicht am gleichen Strang ziehe" eine positve Korrelation. Dieses Ergebnis ist nicht überraschend, das Gefühl einer Zusammenarbeit in Krisen macht ein offenes Herausgehen erst möglich.

Insgesamt zeigen sich die Befragten auch mit den **Behandlungsfähigkeiten** ihrer GestalttherapeutInnen sehr zufrieden. Auf einer Schulnotenskalierung halten 32,5 Prozent die Behandlungsfähigkeiten für ausgezeichnet, 40 Prozent für gut, 20 Prozent für mittel, 6 Prozent für ausreichend und nur 1,2 Prozent für schlecht. Die ersten zwei Antwortalternativen (ausgezeichnet bis gut) erreichen einen kummulierten Prozentsatz von 72,5 Prozent.
Die Ausstattung und Atmosphäre des **Behandlungsraumes** wird ebenfalls wohlwollend beurteilt: 45% bezeichnen sie als sehr gut, 40 % als gut, 10% als mittel und nur 4,4 % bzw. 1,2 % als schlecht bzw. sehr schlecht. Die ersten zwei Antwortalternativen (sehr gut bis gut) erreichen einen kummulierten Prozentsatz von 85 Prozent.
Die Zufriedenheit mit der **Abrechnung und dem Bezahlungsmodus** ihrer GestalttherapeutInnen ist hoch: 49% sind sehr zufrieden, 31% zufrieden, 15% mittelmäßig angetan und 4 % bzw. 1% unzufrieden bzw. sehr unzufrieden. Die ersten beiden Antwortalternativen (sehr zufrieden bis gut zufrieden) erreichen einen kummulierten Prozentsatz von 80 Prozent.
Auch hinsichtlich dieser **weiteren Übertragungsvariablen,** der von den KlientInnen vermuteten Behandlungsfähigkeit, der Ausstattung bzw. Atmosphäre des Behandlungsraumes, der Art der Bezahlung bzw. Abrechnungsmodus und der empfundenen **Zufriedenheit** mit dem Kontakt zum/r TherapeutIn zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen mit der Gestalttherapie zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen. Die Unzufriedenen nehmen ihre/n TherapeutIn dessen oder deren Umfeld in allen hier erhobenen Aspekten in einem starken Ausmaß negativer wahr. Nicht klar ist jedoch die Richtung, in der die Parameter sich beeinflussen: Stören die KlientInnen zuerst Aspekte wie Raumgestaltung, Abrechnungsmodus oder andere situative Variable, verschlechtert sich dadurch in der Folge die therapeutische Beziehung und somit auch die Zufriedenheit und Wirkung der Gestalttherapie, oder ist es umgekehrt: die Unzufriednen nehmen im nachhinein bzw. aufgrund der weniger geglückten therapeutischen Beziehung auch die Umfeldvariablen negativer wahr?

Als **Gründe für die Beendigung der Therapie** gaben in der vorkategorisierten Frage 56 Prozent der Befragten an, ihre Probleme hätten sich gelöst bzw. genügend verbessert; 30 Prozent glaubten, eine weitere Behandlung würde nicht mehr weiterhelfen; 23 Prozent

beendeten die Behandlung aufgrund der Kosten bzw. hatten auch zu 3,5 Prozent Probleme mit der Deckung durch die Krankenkasse, 11 Prozent beendeten die Therapie aufgrund des Rates des/der TherapeutIn; je 4 Prozent wurde vom Therapeuten/in ein Therapiewechsel empfohlen oder wechselten den Therapeuten/die Therapeutin von sich aus bzw. beendeten die Therapie aufgrund von Zweifeln an den Fähigkeiten des Therapeuten/der Therapeutin.
Bei der Mehrzahl der KlientInnen war eine genügende Besserung der Beschwerden die Ursache der Beendigung der Therapie. Fast ein Viertel der Befragten gibt als (Mit)grund für eine Therapiebeendigung auch die finanziellen Kosten an.
Auf die offene Frage nach **anderen Beendigungsgründen** nützen 131 KlientInnen (30% der Gesamtstichprobe) die Antwortmöglichkeit der freien Restkategorie: 28% der hier Antwortenden sehen sie in negativen Aspekten wie Angst vor der Abhängigkeit von der Psychotherapie, Kritik an der Person des/der TherapeutIn, Problemen in der therapeutischen Beziehung. 20% aller hier Antwortenden geben positive Gründe für die Beendigung an: Sie sahen sich wieder in der Lage, ohne Therapie auszukommen oder ihre Probleme hatten sich weitgehend gebessert. Weitere 6% nennen formale Gründe, wie das Auslaufen einer bei Beginn vereinbarten Sitzungszahl.
27% aller hier Antwortenden geben für ein Ende der Therapie äußere Umstände an: Wohnort-Berufswechsel, Zeit- oder Geldmangel bzw. Ausbildungsbeginn. Diese Antworten können zwar einerseits als externe Gründe bewertet werden, beinhalten andererseits meist auch eine innere Abwägung der Effizienz der Therapie: Erst wenn ein/e KlientIn sich genügend gebessert fühlt, stellt sich erfahrungsgemäß die Frage nach Zeit- und finanziellem Aufwand und der Relation dessen, was er/sie von einer weiteren Behandlung noch profitieren kann.
12% aller Antwortenden führten eine andere Psychotherapie weiter; sie wechselten zu einem/r Therapeutin anderen Geschlechts, einer anderen Schule, oder in Gruppen- bzw. Einzelsetting.

Zufriedenheit und Gründe für die Beendigung der Therapie ergeben hochsignifikante Zusammenhänge zwischen dem Beziehungsaspekt als Begründung für die Beendigung der Therapie und die insgesamte Zufriedenheit mit der Psychotherapie.
Während 63,7% der mit der Gestalttherapie zufriedenen KlientInnen als Begründung für die Beendigung der Behandlung angaben, daß sich ihr Zustand verbessert hat, beträgt bei den Unzufriedenen dieser Prozentsatz nur 11,1%. Klar signifikant ist auch die Aussage “Weitere Behandlung kann nicht mehr helfen” für die Beendigung der Therapie. Hier sind nur 25,2% der Zufriedenen der Meinung, daß eine weitere Behandlung nicht mehr hilfreich wäre und beenden die Therapie, hingegen sind es bei den Unzufriedenen 63% .
Auch bei der Begründung “TherapeuteInnenwechsel” zeigten sich signifikante Unterschiede: Die unzufriedenen KlientInnen wechselten signifikant häufiger ihren/e TherapeutIn als Grund für die Beendigung der aktuellen Therapie. Gingen nur 3% der Zufriedenen zu einem anderen Therapeuten oder einer anderen Therapeutin so beträgt dieser Anteil bei den Unzufrieden immerhin 13%. Ebenfalls hochsiginifikant überrepräsentiert sind die unzufriedenen KlientInnen in der Begründung “Zweifel an den Fähigkeiten des Therapeuten”. Der Anteil in dieser Kategorie beträgt 27,8% bei den unzufriedenen KlientInnen, bei den Zufriedenen bezweifelten jedoch nur 0,8% die Qualifikation des/der Therapeuten/in!
Die zufriedenen KlientInnen finden ihren Zustand genügend gebessert, die unzufriedenen zweifeln zwar an der Qualifikation des/der TherapeutIn und wechseln eher in eine andere Psychotherapie - offenbar sind sie zwar von der/dem einzelnen GestalttherapeutIn enttäuscht, nicht aber von der Psychotherapie als Behandlungsmethode zur weiteren Verbesserung ihres Zustands an sich.

4.7 Wahrgenommene Wirkung und Zufriedenheit mit der Therapie

Die Zusammenfassung der Ergebnisse zur Effektivität der absolvierten Gestalttherapie beinhaltet:
4.7.1 Erfüllung von Zielen und Erwartungen an die Therapie
4.7.2 Status prae/Status post Differenzen
4.7.3 Symptom- und andere Veränderungen durch die Therapie, Rückfälle
4.7.4 Äußere Bestätigungen für Veränderungen durch die Therapie

4.7.1 Erfüllung von Zielen und Erwartungen an die Therapie

Bezüglich einer **Einstufung ihrer generellen Zufriedenheit mit der Gestalttherapie** ("allgemein mit der Behandlung Ihrer Probleme durch Ihren Therapeuten/Ihre Therapeutin, mit der Art, wie die Psychotherapie ablief") auf einer 6-stufigen Skala waren 26 Prozent der Stichprobe mit der Therapie völlig zufrieden, 38 Prozent sehr zufrieden, 24 Prozent recht zufrieden, 11 Prozent irgendwie unzufrieden, und 6 KlientInnen (1,4 Prozent) sehr unzufrieden. Keine der befragten Personen gab an, völlig unzufrieden gewesen zu sein !
Insgesamt 87 Prozent der Antwortenden waren mit der Gestalttherapie völlig bis recht zufrieden.
Die sich zufrieden mit der Gestalttherapie darstellenden KlientInnen sind von ihren **soziografischen Daten** her besehen, überzufällig häufig Frauen, die in einer Partnerschaft oder Familie leben. Männer und Alleinlebende sind tendenziell eher unzufrieden mit ihrer Psychotherapie. Alter, Schulbildung und ob Stadt- oder LandbewohnerIn haben keinen Zusammenhang mit der retrospektiven Zufriedenheit mit der Therapie.

Auf die Frage nach den **Beschwerden zu Beginn der Therapie** werden an erster Stelle mit größter Häufigkeit klinisch-psychiatrische Störungen genannt, sodann bei mehr als der Hälfte der Antworten Probleme in den sozialen Beziehungen, an 3. Häufigkeitsstelle Persönlichkeitsprobleme wie etwa Selbstwertprobleme, Unsicherheit und mangelndes Selbstvertrauen, mangelnde Durchsetzungsfähigkeit, innere Unruhe und Ziellosigkeit etc.. Als vierte Großkategorie körperliche Probleme und (psycho)somatische Erkrankungen, sodann Störungen der Befindlichkeit wie die Klagen über mangelnde Lebensfreude, innere Zerrissenheit und Resignation. 13% aller Antworten beinhaltenden auch Störungen der Aktivierung (Antriebslosigkeit, Müdigkeit..) (siehe auch KlientInnenvariable).
Bei der Frage nach den in der **Therapie** überwiegenden **Zielen** zeigt sich im Vergleich mit den oben angeführten Beschwerden eine Verschiebung der Wertigkeiten: An erster Stelle (53% aller Antworten) steht hier die Dimension der Persönlichkeitsveränderung mit Selbstwertzunahme, Selbstvertrauen und Ruhe, gefolgt von 35% Zielen, die mit sozialen Beziehungen, allen voran partnerschaftlichen, zu tun haben. 30% aller Antwortenden erwarten eine Verbesserung in Bezug auf Lebensfreude und Vitalgefühl. Erst an vierter Stelle stehen mit 22% der Antwortenden die Kategorie der bloßen Verbesserung klinisch-psychiatrischer Störungen; 14 % der Befragten geben Ziele der Linderung körperlicher Symptomatiken an. Je 13% der Antwortenden beziehen sich auf den Erhalt von Hilfe oder die Lösung von bestimmten Lebensproblemen, wobei sich 2% sehr wohl ihrer zum Teil irrealen Erwartungen bewußt sind.
Die mit 97 % überaus hohe Antwortfrequenz deutet auf einen enormen Bewußtseinsgrad hinsichtlich der Intention der KlientInnen hin, sich einer Gestalttherapie zu unterziehen (Wobei man nicht außer acht lassen darf, daß es sich hierbei um eine katamnestische Befragung handelt, die nicht Wissen und Interpretationen der ProbandInnen zu Beginn der

Psychotherapie erhebt, sondern erst rückblickend nach deren Abschluß, was natürlich Verzerrungen zur Folge haben kann.).
Die Differenz der Antworten auf diese Frage zu denen bezüglich ihrer Symptomatik ist ein Indiz dafür, daß eine Verringerung einzelner Symtome(komplexe) nicht im Vordergrund des Bewußtseins der KlientInnen steht. Sie streben vielmehr nach einer allgemeinen Verbesserung ihrer Einsicht in persönliche Zusammenhänge und ihrer Lebensqualität sowie ihrer sozialen Beziehungen. Dies zeigt uns, wie vernetzt - ein "bio-psycho-soziales" Wesen - sich Menschen in ihrem Lebensganzen wahrnehmen und Therapieziele und -erfolg nicht allein durch Symptomverringerung abgebildet werden können. Solche nämlich bringen auch Verbesserungen in anderen, obengenannten Dimensionen mit sich, die gesamthaft mehr im Bewußtsein der KlientInnen verankert scheinen. Die Veränderungen, die von den KlientInnen rückblickend als ihre Ziele zu Therapiebeginn genannt werden, sind geprägt von einer ganzheitlichen Sicht, die über eine bloße Symptomreduzierung hinausgeht, sie jedoch miteinschließt. (So geben etwa 73% der Befragten an, die Probleme/Symptome, die Anlaß zur Therapie waren, haben sich (sehr stark) gebessert. Siehe 4.7.3)

Die Frage, ob sie ihre **Ziele der Therapie erreicht** hätte, bejahte ein Großteil der Befragten: 63 kummulierte Prozent gaben an, ihr Therapieziel zur Gänze oder zum größten Teil erreicht zu haben. (Ja, gänzlich: 14%. Ja, größtenteils: 49%. Ja, etwas: 25%. Nur wenig: 8,5%. Gar nicht: 2,1%)
Die sich daran anschließende offene Frage was bzw. welche Teilaspekte ihrer Ziele die KlientInnen erreicht hätten, beantworteten 357 Personen (83%).
Betrachtet man die inhaltlichen Nennungen auf diese Frage, so zeigt sich, daß alle hier antwortenden KlientInnen mehrere **Bereiche der Zielerreichung** angegeben haben. Der Schwerpunkt der erreichten Ziele liegt dabei im Cluster der Veränderungen der Persönlichkeit (79% aller hier Antwortenden), an zweiter Stelle (39%) stehen Verbesserungen auf der Beziehungsebene v.a. in Partnerschaft und Familie. Dicht gefolgt stehen an dritter Stelle (33% aller hier Antwortenden) explizit Heilungen klinischer-psychiatrischer oder somatischer Störungen.
19% berichten von einer Verbesserung ihres Lebensgefühls, 17 % aller Antwortenden geben an, daß sie ihr Problem (besser) bewältigen können und v.a. ihr emotionales Verhalten geändert haben. Weitere 8% haben mehr Klarheit über die Ursachen ihrer Probleme bekommen und Hilfe bei der Aufarbeitung ihrer Vergangenheit erhalten. Nur in 4 Fällen, das sind 1% wird ausdrücklich angegeben, daß sich ihreErwartungen in der Therapie nicht erfüllt haben.
Der Vergleich mit der vorangegangenen Frage nach Zielen zu Beginn der Therapie zeigt eine hohe Übereinstimmung zwischen den angestrebten und tatsächlich erreichten Zielen: Die Reihung der ersten beiden Zieldimensionen (Persönlichkeit und Beziehung) ist ident, auch die an dritter Häufigkeitsstelle genannte Verringerung klinischer Symptomatik.

Die offene Frage nach unerfüllten Erwartungen wurde von 30% der Befragten zu Angaben genützt. Die Summe der Antwortenden, die zu diesen **nicht erfüllten Zielen** Stellung nehmen ist somit höher als jene, die bei den erreichten Zielen keine Antwort gaben, was sich dahingehend interpretieren läßt, daß ein Teil der Befragten sehr wohl einige, aber nicht a l l e Erwartungen erfüllt sah. 27% der hier Antwortenden (8% der Gesamtstichprobe) wurde die erwünschte Verbesserung ihrer (damaligen) Partnerschaft nicht erfüllt. 20% der hier Antwortenden beziehen sich auf die nicht weitgehend genug vollzogene Hebung ihres Selbstwerts, ihrer Stabilität, ihrer Durchsetzungskraft etc.. An vierter Häufigkeitsstelle der nicht erreichten Zielbereiche scheint 6% der Gesamtstichprobe die Heilung psychischer klinischer Störungsbilder nicht wie ursprünglich erwartet gelungen zu sein. Vor allem Ängste zeigen sich dabei als veränderungsresistent. KlientInnen mit dieser Symptomatik geben auch

überzufällig häufig Rückfälle an (siehe 4.7.3). Jeweils 4-5% aller hier Stellung beziehenden beklagen ein weiterhin zu geringe Beseitigung ihrer als negativ empfundenen Gefühlen und emotionalen Blockaden sowie Änderungen von als problematisch empfundenen Verhaltens. Über mangelnde Remission somatischer Beschwerden klagen 2% der Gesamtstichprobe.
23% der hier Antwortenden gehen in ihrer Kritik auf den therapeutischen Prozeß und Setting ein, in 10 Fällen davon (7% aller Antwortenden) richtet sich die Kritik dabei auf den/die TherapeutIn. 10% beziehen sich die enttäuschten Erwartungen auf die Therapielänge- und geschwindigkeit (v.a. in Relation zu den Kosten).

64 Befragte nehmen zur offenen Frage **der Gründe für die mangelnde Wirkung ihrer Psychotherapie** Stellung. Letztere Zahl ist höher als diejenigen, die angeben, daß sich nichts verändert hätte (24 Befragte), d.h. auch einige jener, die durch die psychotherapeutische Behandlung eine Veränderung konstatierten, nahmen zu möglichen Schwächen der Behandlung Stellung (vgl. Kritikfähigkeit).
Bei jenen 15% der Befragten, die hier angeben, daß die Therapie nicht gewirkt habe, sehen die Hälfte die Ursache dafür im therapeutischen Setting oder Prozeß, davon etwa je ein Viertel in der Person des/der TherapeutIn oder der Schwierigkeit der Integration des in der Therapie Erkannten ins Alltagsleben. Auch Probleme mit Techniken und der Methode an sich machen ein Viertel der therapiekritischen Nennungen aus. Ebensooft wird die Frage nach Therapiedauer und -kosten im Zusammenhang mit der zu gering empfundenen Veränderung genannt.

In der Therapie erreichte **Ziele** und durch die Therapie stattgefundene **Veränderungen:** Bemerkenswerterweise zeigt sich eine relativ geringe Übereinstimmung zwischen dem, was als erreichtes Ziel und was als durch die Gestalttherapie stattgefundene Veränderung angegeben wird. Diese auf den ersten Blick widersprüchlichen Ergebnisse lassen darauf schließen, daß es sich um zwei unterschiedliche Dimensionen im Erleben der Erfolge der Gestalttherapie handelt: Zwar wird die Erreichung verschiedener Teilziele in der Therapie konstatiert, doch diese machen nicht einmal zur Hälfte (nur zu zwischen 42% und 5%) der als relevant erlebten Veränderungen aus. Das heißt es ergeben sich durch die gestalttherapeutische Behandlung über die eigentliche Zielerreichung hinaus noch mehr bzw. andere Dimensionen der Veränderung im Leben eines/er KlientIn. Die größte Übereinstimmung zwischen dem, was einerseits als erreichtes (Teil)Ziel und andererseits als Veränderungsdimension angegeben wurde, zeigte sich in der inhaltsanalytisch erstellten Kategorie "Persönlichkeitsveränderung", gefolgt von "Veränderungen auf der Sozialen- und Beziehungsebene" und "Veränderungen im Vitalgefühl". Die geringste Übereinstimmung zeigen die Kategorien "persönliche Vergangenheitsbewältigung" und "Verhaltensänderung", letzteres eher kognitiv geprägte Veränderungsdimensionen. Die eigene Persönlichkeit, der Antrieb und die sozialen Beziehungen werden am stärksten mit den erreichten Zielen in Verbindung gebracht. Die Aufarbeitung der eigenen Vergangenheit oder eine Verhaltensänderung (eines meist eingegrenzten Verhaltens) decken sich nur in einem geringeren Ausmaß. Nochmals sei hier auf die sehr wohl in anderen Items gemessene Verringerung und Beseitigung der klinischen Symptomatik hingewiesen, die zwar für die überwiegende Zahl der an unserer Studie teilnehmenden KlientInnen stattgefunden hat, als hauptsächlich erreichtes Ziel jedoch nicht bei allen Antworten auf die offenen Fragen aufscheint.

4.7.2 Differenzen von Status prae und Status post

Zu den **retrospektiven Prae-Post-Vergleichen** bezüglich der Qualität des Befindens in acht **Lebensbereichen** auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht) ist festzustellen :
Auf die Frage nach der **körperlichen Gesundheit** vor bzw. nach der Gestalttherapie geben insgesamt 78% der Befragten an, ihre Gesundheit sei nach der Psychotherapie sehr gut bis gut, vor der Therapie waren das nur 40%. Von 32% der Stichprobe, die ihre körperliche Gesundheit vor der Therapie als schlecht bzw. sehr schlecht einschätzen, tun dies nach der Therapie nur mehr 4%.
Waren vor Beginn der Therapie keine signifikanten Unterschiede bezüglich der **Zufriedenheit** feststellbar, so wird ihr körperlicher Gesundheitszustand nach Ende der Therapie von den zufriedenen KlientInnen signifikant besser beschrieben. Signifikant größer ist auch die Veränderung vom Status prae und Status post: Zufriedene KlientInnen weisen dabei statistisch bedeutsame Verbesserungen im körperlichen Wohlbefinden auf.

Gefragt nach der Einschätzung ihrer **seelischen Gesundheit** vor bzw. nach der Psychotherapie meinten 72% der KlientInnen, diese sei nach der Psychotherapie sehr gut bis gut; vor der Therapie konnten das nur 4,6% von sich behaupten. Von 85% Menschen, die ihre Gefühlslage vor der Therapie als schlecht bzw. sehr schlecht einschätzen, tun dies nach der Therapie nur mehr etwas über 5%.
Im Bereich des seelischen Wohlbefindens waren vor der Therapie keine signifikanten Unterschiede zwischen **zufriedenen** und unzufriedenen KlientInnen feststellbar. Nach Ende der Therapie sind sowohl der aktuelle Zustand als auch die Differenzen aus Status prae und post hoch signifikant, bei den zufriedenen KlientInnen besser als bei den mit ihrer Gestalttherapie unzufriedenen.

Die Verbesserung durch die Therapie bildet sich durch eine Steigerung der sehr guten oder guten **generellen Lebensqualität** und Wohlbefinden von 5 Prozent vor der Gestalttherapie auf 73 Prozent nach der Therapie ab.
Auch hier gibt es bei nicht unterschiedlicher Ausgangslage vor Beginn der Therapie zwischen **zufriedenen** und unzufriedenen KlientInnen signifikante Unterschiede hinsichtlich des Ausmaßes der Verbesserung und hinsichtlich der aktuellen Beschreibung ihrer Lebensqualität nach dem Ende der Gestalttherapie. Die zufriedenen KlientInnen dabei geben eine signifikante Verbesserung in Bezug auf ihre Lebensqualität und einen diesbezüglich derzeit höheren Status als die unzufriedenen an.

Während vor dem Beginn der Psychotherapie etwa 25% der KlientInnen sehr gut oder gut mit den **Anforderungen ihres Lebensalltags** zurecht kommen, sind dies nach Beendigung der Therapie 82%.
Zeigen sich vor Beginn der Therapie keine signifikanten Unterschiede bezüglich der **Zufriedenheit** mit der Gestalttherapie, so sind Veränderungen und aktueller Zustand nach Therapieende hoch signifikant. Zufriedene KlientInnen kommen mit den Anforderungen ihres Alltags besser zurecht und geben auch signifikante Verbesserungen bezüglich dieses Parameters bezogen auf den Zeitpunkt vor der Therapie an.

Wie gut geht es Ihnen in Bezug auf Ihren **Beruf** und die zu erledigenden Pflichten und Arbeiten? Hierbei kommen vor ihrer Gestalttherapie etwa 30% der KlientInnen sehr gut oder gut mit den Anforderungen ihrer beruflichen Pflichten zurecht, nach einer Therapie jedoch 80%.
Vor Beginn der Therapie gibt es zwischen **Zufriedenen** und Unzufriedenen keine signifikanten Unterschiede. Die Gruppe der zufriedenen KlientInnen erreichte jedoch

signifikante Verbesserungen nach der Therapie und beschreibt ihren Zustand in diesem Bereich nach der Therapie siginifikant besser als die unzufriednen.

Vor einer Therapie kommen etwa 25% aller KlientInnen sehr gut oder gut mit ihrem **sozialen Umfeld** aus, nach einer Therapie sind dies 83%. Vor Beginn der Therapie gibt es bezüglich dieses Parameters zwischen zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen keine signifikanten Unterschiede. Die Gruppe der zufriedenen KlientInnen erreichte jedoch signifikante Verbesserungen nach der Therapie und beschreibt ihren Zustand in diesem Bereich nach der Therapie siginifikant besser als die mit der Gesstalttherapie unzufriedenen.

Der Umgang mit ihnen **nahestehenden Menschen**, ihren PartnerInnen und ihrer Familie gelang vor einer Gestalttherapie 20% der KlientInnen sehr gut oder gut, nach der Therapie gaben diese Werte 77% der Antwortenden an. Auch bei dieser Frage sind die Ausgangsdaten bezüglich der **Zufriedenheit** nicht unterschiedlich, nach Ende der Gestalttherapie zeigen jedoch die zufriedenen KlientInnen statistisch bedeutsame Verbesserungen und einen höheren aktuellen Stand bezüglich dieses Lebensbereiches als die Unzufriedenen.

Die **generelle Lebenszufriedenheit** steigt von einem Prozentsatz von 14% sehr guter oder guter Lebenszufriedenheit vor der Therapie auf 74% der Antwortenden mit sehr guter oder guter Lebenszufriedenheit nach ihrer Gestaltherapie. Vor Beginn der Therapie waren **zufriedene** und unzufriedene KlientInnen statistisch nicht zu unterscheiden. Auch beim Parameter der allgemeinen Lebenszufriedenheit verbesserten sich die Werte der Zufriedenen signifikant gegenüber denen der Unzufriedenen.
Somit zeigt sich in verschiedenen relevanten Lebensbereichen für durchsdchnittlich 50% bis 70% der KlientInnen deine Verbesserung von ihrem Status vor zum Status nach der Therapie.

Ausmaß der Veränderung in einzelnen Lebensbereichen und Symptomgruppen: Bei allen acht erhobenen Lebensbereichen (körperliche Gesundheit, seelische Gesundheit, Lebensqualität generell, Zurechtkommen mit den Anforderungen des Alltages, Erledigung von beruflichen Pflichten, Kontakt zur sozialen Umwelt und zu nahestehenden Menschen, allgemeine Lebenszufriedenheit) lassen sich bei allen Parametern bis auf “Beziehung zu Nahestehenden” signifikant unterschiedliche Veränderungen zwischen den faktorenanalytisch erstellten Symptomgruppen feststellen: Personen mit neurotisch bedingten Sozial- und Beziehungsproblemen haben in allen Lebensbereichen geringere Veränderungen als alle anderen Symptomgruppen durch die Psychotherapie angegeben. Durch eine weitere Überprüfung wurde bewiesen, daß dies durch die weniger schlechte gefühlsmäßige Ausgangslage vor Beginn der Therapie bei Personen mit dieser Art von Problemen bedingt ist: Infolge dessen ist beim Status post bei dieser Gruppe mit Bodeneffekten zu rechnen, da eine Verbesserung im gleichen Ausmaß wie bei den anderen Symptomgruppen durch die niedrigen Skalenwerte vor Beginn der Therapie kaum möglich ist. Somit erreichen alle Symptomgruppen eine signifikante Verbesserung in acht relevanten Lebensbereichen im Vergleich des Status vor zu nach ihrer Gestalttherapie.

Prae-Post-Differenzen und Wahrnehmen der TherapeutInnen: Es zeigen sich in allen oben dargestellten Lebensbereichen der Veränderung von Prae nach Post signifikante Zusammenhänge im Ausmaß der jeweiligen Veränderung und einer positiven TherapeutInnenwahrnehmung. Je größer die von den KlientInnen eingeschätzte Veränderung in den einzelnen Lebensbereichen ist, umso positiver sehen sie ihren/e Therapeuten/in. Allerdings kann keine Aussage darüber gemacht werden, in welche Richtung dieser Zusammenhang wirkt.

Prae-Post Differenzen und KlientInnenverhalten: Bei den Items, die ihr Verhalten während der Therapie beschreiben, zeigen sich beim Ansprechen-Können auch negativer Gefühle gegenüber den TherapeutInnen ("Vertrauens-Item") und den Verbesserungen in den allen Lebensbereichen signifikante Korrelationen. Bei KlientInnen, in deren Therapie ein genügend großes Vertrauen zum/r TherapeutIn (positive therapeutische Beziehung) aufgebaut werden konnte, erzielen signifikantere Verbesserungen bezüglich des Status prae zum Status post.

Prae-Post Differenzen und der Beziehung zum/r TherapeutIn: Personen die angaben, auch in Krisenzeiten das Gefühl gehabt zu haben, mit dem/der TherapeutIn am selben Strang zu ziehen, verbesserten sich signifikant in allen Lebensbereichen bis auf die körperliche Gesundheit. Bei letzterem Bereich ist nur eine Tendenz, keine statistische Signifikanz feststellbar.
Wer das Gefühl hatte, während der Therapie dem Therapeuten gegenüber Wünsche wie "früher als zu Kind seinen Eltern gegenüber gehabt zu haben", erreichte eine signifikante Verbesserung bei dem Lebensbereich Zurechtkommen mit Nahestehenden. Tendenziell ist dabei auch eine Verbesserung des seelischen Gesundheitszustandes feststellbar. Ob dieses Ergebnis in Richtung der Förderlichkeit regressiver Übertragungsgefühle in der Psychotherapie für das aktuelle Zurechtkommen mit Angehörigen verallgemeinert werden kann, müßte durch weitere Analysen bestätigt werden, als Arbeitshypothese deckt sie sich jedoch auch mit tiefenpsychologischen/gestalttherapeutsichen Grundannahmen.
Keine signifikanten Zusammenhänge lassen sich jedoch zwischen den Verbesserungen in den einzelnen Lebensbereichen und der Übertragungs-Variable "heftige Gefühle der Zuneigung oder Ablehnung gegenüber dem Therapeuten" nachweisen. Wie in anderen Berechnungen gezeigt, ist dieses Item von eher mit ihrer Gestalttherapie unzufriedenen KlientInnen angegeben worden - offenbar wurde die Formulierung als eher negativ wahrgenommen.

Zusammenhänge zwischen der **Skala zur Sozialen- und Alltagslebensqualität** und dem Ausmaß der Veränderung **von Status prae nach post.** Es zeigen sich über alle Fragen hinweg signifikante Zusammenhänge. Je größer das Ausmaß der Veränderung, desto besser wird die derzeitige Lebensqualität auf der normierten Skala zur Sozialen- und Alltagslebensqualität beschrieben. Die höchsten Korrelationen ergaben sich bei Veränderung der seelischen Gesundheit und bei Veränderung der wahrgenommen Lebensqualität. Dies stellt eine an einer normierten Skala überprüfte innere Koherenz unserer Ergebnisse dar.

Zusammenhänge zwischen **SF 36** und dem Ausmaß der Veränderung **von Status prae nach post.** Bei der normierten Skala SF 36 zur Erfassung somatischer und psychischer Gesundheitsdimensionen zeigen sich Zusammenhänge bei der Differenz der Werte für gesamthaftes Wohlbefinden vor und nach der Therapie. Je größer dabei die Veränderung in der Lebensqualität (Wohlbefinden) desto besser sind die Werte in den in dieser Untersuchung verwendeteten standardisierten Skalen des SF36. Auch das bedeutet eine Übereinstimmung zwischen den Angaben in unserem Fragebogen und dem standardisierten Instrument.

Ausmaß der Veränderung der Beeinträchtigung durch seelische Probleme im Vergleich von Status prae und Status post (auf einer Skala von 0 = keine Beeinträchtigung bis 5 = sehr starke Beeinträchtigung):
Bezüglich Partnerschaft und Familie erreichte das untere Ende der Skala (Noten 3 bis 5) einen kumulierten Prozentsatz von 30,8 (im Vergleich zu 86,5 % als retrospektive Einschätzung vor der Therapie) Beeinträchtigung in diesem Lebensbereich.

Die Beeinträchtigung von Beruf und Ausbildung erreicht im unteren Ende der Skala (Noten 3 bis 5) einen kummulierten Prozentsatz von 24,2 % (im Vergleich zu 67% als retrospektive Einschätzung vor der Therapie).
Das untere Ende der Skala (Noten 3 bis 5) der Beeinträchtigung im Bereich Freizeitgestaltung und Aktivitäten erreicht einen kummulierten Prozentsatz von 14,2% (im Vergleich zu 72%.als retrospektive Einschätzung vor Beginn der Psychotherapie).
Das untere Ende der Skala (Noten 3 bis 5) der Beeinträchtigung im Bereich des Kontakts zu anderen Menschen erreicht einen kummulierten Prozentsatz von 16% (im Vergleich zu 70% als retrospektive Einschätzung vor Beginn der Psychotherapie).
50 bis 60 % aller Antwortenden sehen sich in den verschiednen Lebensbereichen gar nicht bzw. kaum beeinträchtigt - vor Beginn der Gestalttherapie schätzen sich nur rund 10% der KlientInnen so ein.
Zufriedenheit und Veränderung bei der Beeinträchtigung der Lebensbereiche (Prae/Post Differenz): Zeigen sich vor Beginn der Therapie keine statistisch nachweisbaren Unterschiede hinsichtlich der Beinträchtigungen durch ihre seelischen Probleme, so sind nach dem Ende der Therapie auch hier signifikante Unterschiede zwischen Zufriedenen und Unzufriedenen feststellbar. Die mit der Gestalttherapie zufriedenen KlientInnen schätzen alle vier Lebensbereiche Partnerschaft, Beruf und Ausbildung, Freizeit und Kontakt zu anderen Menschen nach Beendigung ihrer Therapie besser ein. Die Veränderungen durch die Gestalttherapie bezüglich der wahrgenommenen Beeinträchtigung vor und nach der Therapie sind ebenfalls bei der Mehrzahl der Lebensbereiche (außer bei der Kategorie Kontakt zu anderen Menschen) als signifikant zu betrachten. Zufriedene KlientInnen nehmen ihre Einschränkungen nach der Therapie signifikant häufiger zum positiven verändert wahr als unzufriedene, auch das Maß der positiven Veränderung ist bei ihnen größer.
Insgesamt zeigen die mit der Gestalttherapie zufriedenen KlientInnen eine größere Veränderung vom (retrospektiv beurteilten) Status vor der Therapie zum Status nach der Therapie, v.a. in den Lebensbereichen Partnerschaft, Beruf und Freizeit als die mit ihrer Therapie unzufriedenen.

Psychopharmakakonsum vor und nach der Gestalttherapie und Zufriedenheit: Signifikant überrepräsentiert sind die unzufriedenen KlientInnen bei der Medikamenteneinnahme kurz nach Ende der Therapie. Während von den Zufriedenen nur 12,3% Medikamente nehmen, sind es bei den Unzufriedenen 22,2%. Zum Zeitpunkt der Befragung ist diese Signifikanz im Medikamentenkonsum jedoch nicht mehr nachweisbar, nur als Tendenz interpretierbar: Von den mit der Gestalttherapie Unzufriedenen nehmen zum Zeitpunkt der Befragung 14,8% Medikamente, bei den Zufriedenen beträgt der Anteil nur 9,2%.

	vor		während		nach		jetzt	
Medikamente	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antidepressiva	42	39,3	57	58,2	49	67,1	34	65,4
Tranquilizer	33	30,8	24	24,5	13	17,8	8	15,4
Neuroleptika	7	6,5	4	4,1	2	2,7	2	3,8
Anitdepressiva-/Neuroleptika	10	9,3	5	5,1	0	0	0	0
Phasenprophylaxe	2	1,9	1	1	1	1,4	1	1,9
Andere	13	12,1	7	7,1	8	11	7	13,5

Tab.2

4.7.3 Symptom- und andere Veränderungen durch die Therapie, Rückfälle

Von den 13% der Gesamtstichprobe, die angeben, noch **nach der Psychotherapie Psychopharmaka** eingenommen zu haben, hat der überwiegende Teil der Antwortenden, 53%, diesen Konsum im Jahr nach der Beendigung der Psychotherapie eingestellt. Etwa 10% der Gesamtstichprobe gibt an, zum Zeitpunkt der Befragung (wenn auch nicht permanent) Medikamente zu nehmen.

Ob durch die **Psychotherapie ihre ursprüngliche Symptomatik beeinflußt** wurde, bejahten 86% der KlientInnen: Dabei gaben 16% an, ihre Symptome seien ganz verschwunden, 35% erfahren sie leichter und seltener bzw ebensoviele geben an, jetzt mit ihren Symptomen anders umzugehen. Nur bei einer (!) KlientIn haben sich die Symptome verstärkt, und nur bei 4% war keine Veränderung feststellbar.

Die Frage nach **Veränderungen in ihrem Leben durch die Gestalttherapie** bejahten 88% der Befragten 5,6% der Geamtstichprobe verneinten sie.
Auf die Frage nach der **Art der Veränderungen,** die in ihrem Leben durch die Gestalttherapie Platz gegriffen hätten, antworten 86% der Gesamtstichprobe: Dabei stehen mit 80% der hier Antwortenden solche von Änderungen der eigenen Person im Vordergrund (Klarheit, Durchsetzung, Selbstvertrauen und Selbstwert etc.), gefolgt von 43%, die Verbesserungen im sozialen, v.a. partnerschaftlichen Beziehungen konstatieren. 29% der Antwortenden haben neue Energien und Lebenslust. 16% stellen hier ausdrücklich eine Verbesserung ihrer vorigen klinischen Symptomatik fest. 9% der Antwortenden erfahren dabei die Heilung von einer klinisch-psychiatrischen Störung, 4% eines körperlichen Leidens. 5% erfuhren eine berufliche Verbesserung, die sie auf die therapeutische Behandlung zurückführten, ebensoviele geben an, jetzt mit ihren Gefühlen besser umgehen zu können. 8% machen allgemein positive Äußerungen über ihre Therapie, ohne auf konkrete Änderungen einzugehen.
Auch in der Beantwortung dieser Frage zeigt sich in Übereinstimmung mit den als Ziele in der Gestalttherapie angegebenen Bereichen (siehe 4.7.1), sowie daß gesamtheitliche persönliche Verbesserungen im Vordergrund der Wahrnehmung der KlientInnen stehen, als solche aber affektive, soziale oder psychisch-klinische Symptomverbesserungen implizieren.
Veränderungen durch die Therapie und **Zufriedenheit**: In der Beantwortung dieser offenen (inhaltsanalytisch kategorisierten) Frage gibt es hoch signifkante Unterschiede zwischen zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen: Während 93% der Zufriedenen angaben, daß sich durch die Therapie in ihrem Leben etwas verändert habe, beträgt dieser Prozentanteil bei den Unzufriedenen nur 51%. Die mit der Gestalttherapie zufriedenen KlientInnen geben v.a. Änderungen auf der Beziehungsebene, bezüglich ihres Antriebs und bezüglich ihrer gesamten Persönlichkeit an. Sie sind in der Gruppe derer, die angeben, daß sich kaum eine Erwartung an die Therapie erfüllt hätte (logischerweise) signifikant unterrepräsentiert.

In der **vorskalierten** (1= sehr große Besserung bis 5 = sehr große Verschlechterung) **Einschätzung von therapiebedingten Veränderungen** zeigten sich bezüglich der
Probleme und Symptome, die Anlaß zur Therapie waren, bei 31% der KlientInnen eine sehr starke und bei 42 % eine mittlere Verbesserung. Nur 5% geben an, daß sich ihre Symptomatik verschlechtert habe (Note 4 und 5).
Ihre Fähigkeiten im Umgang mit anderen Menschen haben sich bei 18% sehr stark und bei 52% prinzipiell gebessert, nur 2,7% der KlientInnen geben an, diese hätte sich verschlechtert (Note 4 und 5).

Ihre Beziehung zu ihren Angehörigen hat sich durch die Gestalttherapie 18.3 % sehr stark, bei 48 % gut (Noten 1 und 2) gebessert, bei insgesamt 4% der KlientInnen aber verschlechtert (Noten 4 und 5).
Die berufliche Leistungsfähigkeit geben 19% der KlientInnen als sehr stark, 38% als gut gebessert an; 9,5 % erleben sie verschlechtert (Noten 4 und 5).
Ihre Freude am Leben hat bei 34% der KlientInnen stark , bei 42% der KlientInnen ziemlich zugenommen, 4,3 % erleben sie als verschlechtert (Noten 4 und 5).
Ihre Einsicht in seelische Zusammenhänge erhöhte sich bei 44% sehr stark, ziemlich bei 39 % der KlientInnen; 2,4% der Befragten gaben sie als verschlechtert an (Noten 4 und 5).
Ihre Selbstachtung und Selbstvertrauen hatten sich bei 34% sehr stark, bei 44% ziemlich verbessert; 5,1% der KlientInnen gaben diese Parameter als verschlechtert (Noten 4 und 5) an.
Ihre Tiefs und Leidenszustände wurden bei 28% der KlientInnen sehr stark, bei 46% ziemlich gebessert. Eine Verschlechterung ihres Leidens (Noten 4 und 5) erfuhren insgesamt 5,6% der KlientInnen.
Das Verhalten bei Konflikten und Problemen gaben 18 % als sehr stark, 53 % als ziemlich gebessert an; nur 6,1% der KlientInnen erlebten ihr diesbezügliches Verhalten verschlechtert.
Ihre Zukunftssicht hat sich bei 22% der KlientInnen stark und bei 50% ziemlich gebessert. 6,1% geben allerdings eine diesbezügliche Verschlechterung (Noten 4 und 5) an.
Zufriedenheit und Ausmaß der Veränderung durch die Gestalttherapie: Bei allen zehn vorformulierten Items in dieser Frage (siehe oben) zeigen die zufriedenen KlientInnen ein hochsignifikant größeres Ausmaß an positiver Veränderung im jeweiligen Lebensaspekt als die unzufriedenen KlientInnen. Dieses Ergebnis stimmt mit den anderen Angaben über wahrgenommene Veränderungen und Prae-Post Differenzen in ähnlichen Lebensbereichen durch die Therapie überein und bestätigt so auch die innere Koherenz der Angaben zu diesen Fragebogen.

Die Frage, ob sie **seit Beendigung der Gestalttherapie Rückfälle** erlitten hätten, beantworten 59% der Gesamtstichprobe mit ja. Auf die Frage nach der **Häufigkeit ihrer Rückfälle** seit Therapieende antworten 42% aller Befragten, also nicht alle jene, die überhaupt angaben Rückfälle zu haben. Von diesen Antworten können etwa 60%, das sind 13% der Gesamtheit der Befragten einer Kategorie von seltenen, geringen Rückfällen zugeordnet werden. 28% das sind etwa 8% der Gesamtstichprobe berichten von häufigeren Rezidativa, die restlichen Antworten bestätigen nur zeitlich vage das Vorhandensein von Rückfällen.
Ihren **Umgang mit Rückfällen** beschreiben 86% der hier Antwortenden als kreativ: Die häufigste Strategie (26% der Nennungen) dabei ist jene, den Rückfall einfach gelassen hinzunehmen und abzuwarten, ohne sich zu ängstigen. Fast ebensovielen glückt der explizit genannte Transfer von in der Therapie Gelerntem und Erkannten als Gegenstrategie zu alten Mustern. Ähnlich stark vertreten sind Nennungen eines aktiven und rationalen Umgangs mit ihren Rückschlägen. Sodann folgt ein Hilfesuchen im Freundes- und Familienkreis (21%). 9% der hier Antwortenden versuchen mit Entspannungstechniken und Sich-Verwöhnen einem Rückfall gegenzusteuern. Einen auf Vorsicht und Vermeidung bzw. Medikamenteneinnahme aufgebauten Umgang mit Rückfällen geben insgesamt 8% der Antwortenden an.
10% sehen kaum eine/keine Besserung im Vergleich zu vor der Therapie. Nur 5% der Gesamtstichprobe äußern sich in dieser Frage unzufrieden über ihren Umgang mit Rückfällen.
9% der Antwortenden geben an, eine neue Therapie begonnen, bzw. die alte wiederaufgenommen zu haben. Insgesamt macht die Analyse dieser Frage den Eindruck, als ob für einen Teil der KlientInnen Rückfälle in alte Problematiken zwar nicht verhindert werden können, deren Umgang mit diesen ist jedoch in der Gestalttherapie (vorbeugend)

geschult worden, daß Rezidativa zwar unangenehm empfunden werden, aber keine echte Bedrohung der seelischen Stabilität mehr darstellen.

Diagnosegruppen und Rückfälle: Ausgehend von der Häufung eher mit ihrer Gestalttherapie unzufriedenen KlientInnen bei den Diagnosegruppen "Phobien und Zwänge" sowie "Depressionen", kann gezeigt werden, daß Personen die Phobien bzw. Zwänge als ihre Beschwerden zu Beginn der Therapie angaben, signifikant öfter Rückfälle erzielen: Rund 81% aller Patienten mit Phobien oder Zwängen leiden an Rückfällen, während es bei allen andern Symptomen zusammen nur ca. 56% sind.
Auch bei den an depressiven Symptomen Leidenden konnte nachgeweisen werden, daß ihr Anteil in der Gruppe mit Rückfällen überrepräsentiert ist. Menschen mit depressiven Symptomen geben zu rund 65% Rückfälle an, bei allen anderen Symptomgruppen sind es nur durchschnittlich 53%.

Symptomverschiebungen und neu auftretende gravierende Probleme geben nur 15% der Befragten (63 Nennungen) an, bei 85 % der Antwortenden ist dies nicht der Fall.
41% der hier Antwortenden, das sind 6% der Gesamtstichprobe haben dabei körperliche Erkrankungen, 27% aller hier Antwortenden, das sind 4% der Gesamtstichprobe klagen über neu aufgetretene klinisch-psychologische Störungen. Diese Zahlen sprechen für einen stabilen Behandlungserfolg der Gestalttherapie.

Veränderungen in der Auftretenshäufigkeit von Symptomen (Prae/Post Differenz): Hinsichtlich der Auftretensrate der Symptome vor Beginn ihrer Gestalttherapie gibt es zwischen zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen keine siginifikanten Unterschiede. Für die gesamte Stichprobe gesehen kann jedoch von einem signifikanten Rückgang der Symptome nach der Therapie ausgegangen werden (nur 7 Personen geben eine Verschlechterung, 34 eine gleichbleibende Symptomatik aber 325 eine mehr oder minder starke Verbesserung durch die Gestalttherapie an).
Bezüglich der **Zufriedenheit** ist die Auftretensrate der Symptome nach Beendigung der Therapie signifikant unterschiedlich. Bei der Gruppe der Zufriedenen treten Symptome zum Zeitpunkt der Befragung überzufällig weniger häufig auf.
Es sind jedoch keine Unterschiede hinsichtlich des **Auftretens neuer Symptome** oder Probleme bei beiden Gruppen der zufriedenen und unzufriedenen KlientInnen zu beweisen. Das bedeutet, daß auch eine zufriedenstellende Gestalttherapie in der Wahrnehmung der KlientInnen die für die Aufnahme der Psychotherapie Anlaß gebende Symptomatik signifikant reduziert, Gegen ein neues Auftreten von Problemen aber nicht schützt.

4.7.4 Umfeldhinweise auf Veränderungen durch die Gestaltherapie

77 % der Befragten gaben an, **andere Menschen** hätten nach der Gestalttherapie eine **Veränderung** an ihnen **bemerkt**. Auf die Frage, wer Veränderungen bemerkt hätte wurden in erster Linie FreundInnen (60%), sodann PartnerInnen (48%) und Familienangehörige (39%) angekreuzt. Der Aufforderung, die diesbezüglichen Rückmeldungen in einer offnen Frage wiederzugeben, folgten 50% der Stichprobe.
50% der Befragten gaben im offenen Teil der Frage an, wer Änderungen an ihnen nach der Psychotherapie **rückgemeldet** hätte. Dabei werden analog den Angaben der vorkategorisierten Fragen vor allem Menschen aus dem Freundes- und Bekanntenkreis (51%), gefolgt von der eigenen Familie (40%) (v.a. Eltern 11%) sowie erst an dritter Stelle PartnerInnen (26%) genannt. Die Inhalte der Rückmeldungen sind fast durchgehend positiv

und beziehen sich ziemlich einheitlich auf Kommentare zu Veränderungen in der Persönlichkeit und im Lebensgefühl der Befragten.
Zufriedenheit und Rückmeldungen zum Verhalten vor/nach der Therapie: Zufriedene und unzufriedene KlientInnen unterschieden sich statistisch nicht bedeutsam darin, ob ihre Symptome, die Anlaß zur Aufnahme der Gestalttherapie waren, vor der Therapie von ihrer Umgebung wahrgenommen wurden. Bei den Zufriedenen beträgt dieser Prozentsatz 81,4%, bei den Unzufriedenen 71,7%.
Hingegen zeigt sich bei den wahrgenommen Veränderungen nach der Gestalttherapie ein hoch signifikanter Unterschied. Werden in der Gruppe der zufriedenen KlientInnen bei 83,7% Veränderungen wahrgenommen, so sind es bei den Unzufriedenen nur 38,9%. Somit spiegelt und bestätigt sich die von den Befragten konstatierte Veränderung durch die Psychotherapie auch durch die Rückmeldungen ihres sozialen Umfelds.

Die Frage nach **weiteren Psychotherapien seit Abschluß ihrer Gestalttherapie** bejahten etwa 22% der Befragten. Warum sie eine neuerliche Psychotherapie in Anspruch genommen hätten, beantworteten im offenen Teil der Frage alle jene, die dies angegeben hatten. 38% aller dieser Antwortenden (das sind 9% der Gesamtsstichprobe) sehen sich dazu durch ein neu/wieder auftauchendes persönliches Problem veranlaßt. Das heißt auch, daß sie Psychotherapie als eine zur Problembewältigung sinnvolle Möglichkeit erfahren haben und bei neuer Symptomatik auf dieses Mittel zurückgreifen; so wie etwa ein Arzt nach einer erfolgreichen Behandlung bei neuerlicher körperlicher Krankheit ebenfalls wieder aufgesucht wird. 31% aller Antwortenden (d.s. 7% der Gesamtstichprobe) wechseln dabei zu einem anderen Setting (Geschlecht des/der TherapeutIn, Gruppe/Einzel), was zumeist ebenfalls in Absprache mit dem behandelnden Therapeuten/in bzw. auf deren Anregung und Empfehlung hin geschieht.
Signifikante Unterschiede bezüglich der **Zufriedenheit** mit der Gestalttherapie finden sich auch bei diesem Item: 34% der mit ihrer Gestalttherapie Unzufriedenen haben eine neue Psychotherapie begonnen. Dieser Anteil liegt bei den Zufrieden nur bei 19,9%. Interessant ist dabei, daß auch solche Menschen, die mit ihrer Gestalttherapie unzufrieden sind, zu einem Drittel neue Psychotherapien beginnen - die Enttäuschung läßt sie offenbar nicht diesen Weg der Veränderung prinzipiell verwerfen.

Zu der Frage, ob sie nach ihrer Psychotherapie **psychosoziale Hilfe bzw. professionelle Beratung** in Anspruch genommen hätten, äußerten sich 54 Personen, das sind 12% aller Befragten, halb soviele wie bei der Inanspruchnahme weiterer Psychotherapien, mit ja. 30% der Antwortenden (das sind etwa 4% der Gesamtstichprobe) nannten dabei diverse institutionelle Beratungsstellen, 2% der Gesamtstichprobe Beratungen aus denen kein institutioneller Kontext hervorgeht. 18% der hier Antwortenden (das sind 2,3 % der Gesamtstichprobe) haben nach ihrer Therapie Selbsterfahrungs- bzw. esoterisch-spirituelle Angebote angenommen. Etwa je 10% der hier Antwortenden gaben Supervision bzw. die Teilnahme an Selbsthilfegruppen an. 3 Mal wurde nervenärztliche Hilfe genannt.
Zufriedenheit und Inanspruchnahme von Beratungsstellen*:* Bei den mit der Gestalttherapie Unzufriedenen liegt der Anteil derjenigen, die eine Beratungsstelle nach Ende der Therapie in Anspruch genommen haben bei 19%, bei den zufriedenen KlientInnen sind es 12%. Dieser Unterschied ist nicht signifikant, eine Inanspruchnahme der Stellen der psychosozialen Versorgung hat keinen Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit einer vorangegangenen Gestalttherapie.

97% der Gesamtstichprobe geben an, seit dem Ende der Gestalttherapie mit **kritischen Lebensereignissen** konfrontiert worden zu sein. Dabei geben je ca. 20% an, eine Partnerschaft beendet bzw. eine neue begründet zu haben und 10% haben Kinder bekommen.

45% sind umgezogen, 29% haben ihren Arbeitsplatz gewechselt (davon nur 10% in ein schlechteres Arbeitsverhältnis); 4% sind arbeitslos geworden und 3% in Frühpension gegangen, 30% haben eine Ausbildung begonnen bzw. abschließen können und 18% sind schwerer körperlich krank geworden.
Auf die offene Kategorie "Sonstige wichtige Ereignisse" antworteten weitere 101 KlientInnen. Bei der inhaltlichen Kategorisierung zeigten sich wenig neue Informationen außerhalb der schon vorgegebenen: Das Gros der Nennungen (44% der hier Antwortenden) gibt familiäre Veränderungen, hauptsächlich im Bereich einer bestehenden Partnerschaft an, weiters Auszug der Kinder und Geburt von Enkeln, Tod naher Angehöriger oder finanzielle Veränderungen. Schon in den statistisch erfassten Kategorien, aber hier explizit von einigen nochmals genannt sind mit 18% aller Antwortenden berufliche Veränderungen, 9% haben Ausbildungen begonnen bzw. abgeschlossen. Anzumerken ist dabei, daß die Ereignisse von überwiegend erfreulicher Qualitäten beschrieben werden. 8% der Antwortenden klagen über körperlich-gesundheitliche Probleme. Je 7% der Antwortenden gaben noch weitere erfreuliche Änderungen ihrer inneren bzw. äußeren Lebensumstände an.
Zufriedenheit und **Auftreten von Life-events:** Bei den Lebensereignissen “Kinder bekommen”, “eine Ausbildung abgebrochen” “Veränderung des Arbeitsplatzes" und "Veränderung der Wohnqualität" sind signifikante Unterschiede zwischen mit der Gestalttherapie Zufriedenen und Unzufriedenen aufgetreten.
Während von den Unzufriedenen nur 1,9% Nachwuchs bekamen, beträgt dieser Prozentanteil bei den Zufriedenen doch immerhin 11,2%. Haben bei den unzufriedenen Befragten 5,8% eine Ausbildung abgebrochen, so waren daß bei den zufriedenen nur 0,8%.
Beträgt der Anteil bei den zufriedenen KlientInnen, die eine neuen Arbeitsplatz in einer besseren Position gefunden haben 68%, so liegt dieser Anteil bei den Unzufriedenen nur bei 44%. Umgekehrt verhält es sich bei der Annahme eines Jobs in einer schlechteren Position: 33,3% aller mit ihrer Gestalttherapie unzufriedenen KlientInnen, die einen neuen Arbeitsplatz angenommen haben, befinden sich nun in einer schlechteren Position. Bei den Zufriedenen liegt dieser Anteil bei nur 5,9%.
Signifikante Unterschiede zwischen Zufriedenen und Unzufrieden treten auch bei jenen Befragten auf, die einen Wohnungswechsel vollzogen haben Haben 26% der Unzufriedenen, die einen Wohnungswechsel durchführten, eine Wohnung mit schlechterer Qualität gefunden, so beträgt der der entsprechende Anteil bei den mit ihrer Gestalttherapie zufriedenen KlientInnen nur 7,5%.
Mit der Gestalttherapie zufriedene KlientInnen geben überzufällig häufiger als unzufriedene positive Änderungen in ihrem Leben an: Sie wechseln zu besseren Arbeitplätzen und Wohnungen, bekommen häufiger Kinder und brechen mit geringerer Wahrscheinlichkeit eine Ausbildung ab, als die Gruppe der Unzufriedenen. Diese überaus wichtige Ergebnis kann im Sinne eines "Greifens" der Veränderungen durch die Therapie im Sinne einer Lebensverbesserung interpretiert werden, in der nicht nur Symptome reduziert, sondern Lebensverhältnisse zum besseren geändert werden.

V.Literatur

Bänninger-Huber, E. (1996): Ansätze der Interaktions- und Prozeßforschung. In: Psychotherapie Forum Supplement, Vol.4, Nr.4, S 183, Springer Verlag, 1996

Bastine, R., Fiedler, P., Kommer, D. (1989*)*: Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der psychotherapeutischen Prozeßforschung. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie Vol. 18, S 3-19, Hogrefe Verlag, 1989

Blomberg et al. (1996): Vortrag über Langzeiteffekte von Psychoanalytischen Therapien am Ersten Wissenschaftlichen Charta-Kongreß der Europasektion der Society for Psychotherapy Research: Neue Perspektiven für die Forschung in der Psychotherapie (Zürich, 10.-12. Mai 1996).

Bortz J., Lienert G., Böhnke, K. (1990) Verteilungsfreie Methoden in der Boistatistik, Springer Veerlag, Berlin Heidelberg, New York, 1990

Bullinger, M., Kirchberger, I.: Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handbuch für die deutschsprachige Fragebogenversion, Medical Outcome Trust, 1995

Seligman, M. (1996) Die Effektivität von Psychotherapie. die Consumer Reports-Studie. In: Integrative Therapie 22. Jg. 2-3/1996, S 264-28, Junfermann Verlag 1996

Dührssen, A., Jorswieck, E. (1965): Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung: In: Der Nervenarzt Jg. 36, Heft 4, 1965, S 166-169.

Fäh-Barwinski, M.(1996): QM in der Psychotherapie - unentbehrlich für die Praxis der Zukunft. In: Psychotherapie Forum Supplement, Vol.4, Nr.4, S 177-178, Springer Verlag 1996

Fäh-Barwinski, M. (1996): Die Brücke von beiden Seiten her bauen... Zum Stand des Verhältnisses von Praxis und Forschung in der Psychotherapie. In: Psychotherapie Forum Supplement, Vol.4, Nr.4, S 180-182, Springer Verlag, 1996

Fäh-Barwinski, M., Schlegel, M., Schneider H., (1996): Erster Wissenschaftlicher Charta-Kongreß: Neue Perspektiven für die Forschung in der Psychotherapie (Zürich, 10.-12. Mai 1996). In: Psychotherapie Forum, Vol.4, Nr.3, S 117-119, Springer Verlag, 1996

Fitz-Gibbon, C.T., Morris, L.L. (1978): How to design a Programm Evaluation, Sage Publications, California, 1978

Flick, U. et al. (Hrsg) (1991a): Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen, PsychologieVerlagsUnion, München

Flick, U.(1991b) Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In: Flick, U. et al. (Hrsg).: Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen, Psychologie Verlags Union, München, 1991

Frank, M., Fiegenbaum, W. (1994): Therapieerfolgsmessung in der psychotherapeutischen Praxis. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, 23 (4), S 268-275, 1994 Hogrefe Verlag, Göttingen

Früh, W. (1991) Inhaltsanalyse - Theorie und Praxis, München (3. Auflage)

Grawe, K., Caspar, F., Ambühl, H.: Die Berner Therapievergleichsstudie: Fragestellung und Versuchsplan. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Bd. XIX, Heft 4, S 294-315, Hogrefe Verlag, 1990

Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe Verlag, Göttingen (1. Aufl. 1987)

Grawe, K., Braun, U.: Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 23(4), S 242-267, 1994, Hogrefe Verlag

Grawe, K. (1995): Welchen Sinn hat Psychotherapieforschung In: Der Psychotherpeut 40/ 1995, S 96-106, Springer Verlag

Haag, F. (1972): Sozialforschung als Aktionsforschung. In: Haag, F., Krüger, H., Schwärzel,W., Wildt, J.(Hrsg.): Aktionsforschung. Forschungsstrategien Forschungsfelder Forschungspläne, Juventa Verlag, München

Hoffmann-Riem M. (1980): Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie. Der Datengewinn. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Nr. 32, S339-372

Jandl-Jager, E., Springer-Kremser M., et al. (1993): Beschreibung und Bewertung von Evaluationsmethoden im Bereich der Psychotherapie. Publikation des BM für Wissenschaft und Forschung, Wien, 1993

Jandl-Jager, E., Springer-Kremser M., et al. (1994): Zum Stand der wissenschaftlichen Psychotherapie in Österreich. Publikation des BM für Wissenschaft und Forschung, Wien, 1994

Jandl-Jager, E et al. (1997): Heilen und Forschen. Zum Stand der wissenschaftlichen Psychotherapie in Österreich. In: Psychotherapie Forum, Vol.5, Nr.1, S 1-7, Springer Verlag, 1997

Kardorff, E. von (1988): Praxisforschung als Forschung oder Praxis. In: Heiner, M.: Praxisforschung in der sozialen Arbeit, Lambertus, Freiburg, S 73-100

Kraus, W. (1991): Qualitative Evaluationsforschung. In : Flick, U. et al. (Hrsg).: Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen, PsychologieVerlagsUnion, München

Laireiter, A.-R. (1995): Auf dem Weg zur Professionalität: Qualität und Qualitätssicherung für die Psychotherapie. In: Psychotherapieforum Vol 3 Nr. 4, S 175-186, Springer Verlag

Laireiter, A.-R. et al. (1996) : Diagnostik und Evaluation in der Psychotherapie: Empfehlungen zur Standardisierung, Sonderdruck aus: Zeitschrift für klinische Psychologie, 25 (2), S161-168, 1996

Laireiter, A-R., Lettner, Baumann (1997): Psychotherapie-Evaluationsbogen: Abschlußevaluation (unveröffentlichte Eigenvervielfältigung)

Legewie, H.(1991): Feldforschung und teilnehmende Beobachtung. In: Flick, U. et al. (Hrsg).: Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen, PsychologieVerlagsUnion, München

Mayrink, P.(1995): Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken, Beltz Verlag, Weinheim, (5. Auflage)

Mückstein, E., Patera, R., Wille-Römer, G., Zenta, K. (1996): Forschen für die Praxis. In: Psychotherapie-Forum Supplement Vol 4, Nr 4, S 154-156, Springer Verlag 1996

Piribauer, F. (1995) : Qualitätsmanagement für Psychotheraputen. In: Psychotherapieforum Vol 3 Nr. 4, S 186-197, Springer Verlag 1995

Rudolf, G.(1991): Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchung zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapien, Springer Verlag 1991

Rudolf, G.(1996) : Psychotherapieforschung bezogen auf die psychotherapeutische Praxis. In: Psychotherapie Forum, Vol 4., Nr.3, S 124-134 Springer Verlag, 1996

Rudolf, G. (1997): Taxonomie der Psychotherapieforschung. Vortrag bei der Tagung des ÖBVP - Symposions "Die vielen Gesichter der Psychotherapieforschung" im November 1997, Wien

Rüger, B.: Fragen und Anmerkungen zu einigen statistischen Methoden in der Psychotherapieforschung. In: Psychotherapie Forum, Vol 4., Nr.3, S 135-143 Springer Verlag, 1996

Schigl, B., Petzold, H. (1997) Evaluation einer Ausbildung in Integrativer Supervision - ein begleitendes Forschungsprojekt. In: Integrative Therapie, 23. Jg., 1-2/1997 S 85-145 Junfermann Verlag 1997

Schigl, B. (1998): Was wünschen sich PraktikerInnen und ForscherInnen voneinander?" Thesen zum Workshop des ÖBVP Symposions "Die vielen Gesichter der Psychotherapieforschung" In Vorbereitung in: Psychotherpie-Forum Vol 6, Nr. 2, Springer Vlg. Wien, 1998

Schiepek, G. et al.(1995): Die Mikroanalyse der Therapeut-Klient-Interaktion mittels Sequentieller Plananalyse. Teil I: Grundlagen, Methodenentwicklung und erste Ergebnisse. In: Psychotherapie Forum Vol.3, Nr.1, S 1-17, Springer Verlag, 1995

Schlegel, M. et al. (1996): Europäischer Kongreß der Psychotherapieforschung: Die PraktikerInnen fehlen noch! In: Psychotherapie Forum Supplement Vol 4, Nr 4 S 179 - 183, Springer Verlag, 1996

Schneewind, K.A.(1977): Zum Verhältnis von Psychologie und Wissenschaftstheorie. In: Schneewind, K.A.(Hrsg.) Wissenschaftstheoretische Grundlagen der Psychologie, München

Schulte, D. (1993): Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, 1993, Band XXII Heft 4, S 374-393, Hogrefe Verlag.

Shea, T. (1996): Vortrag über psychotherapeutische Langzeit-Verläufe auf dem Ersten Wissenschaftlichen Charta-Kongreß der Europasektion der Society for Psychotherapeutic Research : Neue Perspektiven für die Forschung in der Psychotherapie (Zürich, 10.-12. Mai 1996)

Shoham-Salomon, V. (1990): Interrating research processes of process research. In: Journal of Consultant and Clinical Psychology, Nr. 58, S 295-303

Senf, W., Schneider-Gramann, G.(1990): Was hilft in der analytischen Psychotherapie? Rückblicke ehemaliger Patienten. In Tschuschke, D., Czogalik, V. (Hrsg): Psychotherapie - Welche Effekte verändern, Springer Verlag, Berlin, 1990

Smith, M., Glass G., Miller, T. (1980): The benefits of psychotherapy. John Hopkins University Press, Baltimore, 1980

Stiles, B., Shapiro, D. (1996): Abuse of the drug metapher in psychotherapy process-outcome research. In: Clinical Psychology Review Nr. 9 S 521-543

Strümpfel, U. (1991): Forschungsergebnisse zur Gestalttherapie . Vervielfältigung der Deutschen Vereinigung für Gestalttherapie e.V.1991

Strauss, A.L. (1987): Qualitative Analysis for social scientists. Cambridge University Press, Cambridge

Talley, P., Strupp, H., Butler, S. (1994): Psychotherapy Research and Practice: Bridging the Gap. Basic Books, New York, 1994

Tschuschke, V.: Tschuschke versus Grawe. Zur Wahrheitsfindung in der empirischen Psychotherapieforschung. Ein Interview des Psychotherapie Forum mit Prof. Volker Tschuschke. In: Psychotherapie Forum Supplement Vol.4, Nr.4, S 153-154, Springer Verlag, 1996

Wallerstein, R. S. (1986) Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy. Guilford Press, New York

Weiss, C.H. (1974): Evaluierungsforschung. Methoden zur Einschätzung von sozialen Reformprogrammen. Westdeutscher Verlag, Opladen

Weibel, U. (1996): Vortrag über ein videogestütztes Dokumentationssstem in der psychotherapeutischen Praxis auf dem Ersten Wissenschaftlichen Charta-Kongreß der Europasektion der Society for Psychotherapeutic Research : Neue Perspektiven für die Forschung in der Psychotherapie (Zürich, 10.-12. Mai 1996)

Anhang

1. Erster Aufruf zur Mitarbeit an die GestalttherapeutInnen
2. Zweiter Aufruf zur Mitarbeit an die GestalttherapeutInnen
3. Beibrief zum Fragebogen für die an der Studie beteiligten GestalttherapeutInnen
4. Beibrief zum Fragebogen für die KlientInnen
5. Fragebogen