
Vorwort

Unsere ehemalige Fortbildungsteilnehmerin Julia Martens hat ihre Diplomarbeit über die Wirkung von Gestalttherapie auf das menschliche Wohlbefinden geschrieben. Es handelt sich um eine empirische Studie im Fach Psychologie. Die Menschen, die sie für ihre Studie befragt hat, sind allesamt entweder aktuell oder ehemalig Fortbildungsteilnehmerinnen des GIF. Grund genug für uns die Kurzfassung ihrer Studie zu veröffentlichen. Dieser Text ist aber auch insofern etwas Besonderes, als es sich dabei nicht um einen gewöhnlichen Bericht oder Artikel handelt, wie wir sie so normalerweise in unserer Zeitung veröffentlichen; vielmehr handelt es sich um einen Beitrag, der formal und sprachlich alle Kriterien einer wissenschaftlich-psychologischen Studie erfüllt.

Delphine Akoun

Der Einfluss von Gestalttherapie auf das Wohlbefinden

Erste Schritte einer empirischen Untersuchung

Julia Martens

Zusammenfassung: Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit der Fragestellung, welche äußeren und inneren Bedingungen das habituelle Wohlbefinden erhöhen und ob diese durch gestalttherapeutische Interventionen gefördert werden können. Zunächst werden zentrale wissenschaftliche Befunde zu Einflussfaktoren des Wohlbefindens dargestellt und ein Modell entwickelt, welches diese integriert. Es werden mögliche Einflüsse von Gestalttherapie auf die Bedingungsfaktoren des Wohlbefindens herausgearbeitet. Die Untersuchung wird an 42 Teilnehmern einer dreijährigen Gestalttherapieausbildung am Gestalt-Institut Frankfurt/Karlsruhe e.V. durchgeführt. Da die gestalttherapeutische Ausbildung zu einem großen Teil durch Selbsterfahrung und die Behandlung eigener persönlicher Inhalte bestimmt ist, kann davon ausgegangen werden, dass sich die Wirkungen allgemeiner gestalttherapeutischer Arbeit auch bei den Ausbildungsteilnehmern wieder finden. In einem ersten Teil der Untersuchung werden die zentralen Zusammenhänge des Modells mittels multipler Regressionsanalyse empirisch überprüft. Im zweiten Teil wird der Frage nach dem gestalttherapeutischen Einfluss auf das Wohlbefinden nachgegangen. In einem Querschnittsdesign werden drei Gruppen von Ausbildungsteilnehmern mit unterschiedlich intensiver Erfahrung in Gestalttherapie mittels multipler Varianzanalyse verglichen. Es wird angenommen, dass die Ausbildung zu einem höheren Wohlbefinden und dessen Einflussvariablen führt und dieser Effekt über einen Zeitraum von 3 bis 5 Jahren stabil bleibt. Die erwarteten Effekte spiegeln sich nur sehr bedingt in signifikanten Ergebnissen wider. Die Mittelwertstendenzen außerhalb des Signifikanzbereichs lassen jedoch eine klare Zunahme des Gesamtbefindens über die drei Ausbildungsgruppen erkennen. Die Studie kann als ein erster Schritt zur Beantwortung der Fragestellung angesehen werden, den es in weiteren Studien mit größerer Stichprobe und optimaleren Bedingungen (z.B. Längsschnittsdesign) weiter zu verfolgen gilt.

Schlüsselbegriffe: Gestalttherapie, Wohlbefinden

Nach jahrzehntelanger Erforschung der Pathologie des menschlichen Daseins wächst das psychologische Forschungsinteresse für die positive Befindenseite der Menschen. Daraus hat sich eine Forschungstradition entwickelt, die sich nicht als Konkurrenz, sondern als Ergänzung der psychologischen Pathologieforschung versteht - die Positive Psychologie (z.B. Auhagen, 2004; Snyder & Lopez, 2005). Die Wohlbefindensforschung bildet einen Forschungszweig dieses Ansatzes. Ihr Hauptinteresse gilt den äußeren und inneren Bedingungen, die Wohlbefinden begünstigen, und der Frage, wie Wohlbefinden aktiv gefördert werden kann.

Im deutschsprachigen Raum wird Wohlbefinden vor allem durch das Strukturmodell von Becker (1994) konzeptualisiert. Wohlbefinden gliedert sich somit in aktuelles und habituelles Wohlbefinden. Während das aktuelle Wohlbefinden von Vergänglichkeit geprägt ist, zeichnet sich das habituelle Wohlbefinden durch Aussagen über das für eine Person typische Wohlbefinden aus. Habituelles Wohlbefinden umfasst ein häufiges Auftreten positiver Gefühle und Stimmungen, habituelle positive körperliche Empfindungen und eine habituelle psychische als auch physische Beschwerdefreiheit. Eine Person mit habituellem Wohlbefinden zeichnet sich also dadurch aus, dass sie relativ häufig einen Zustand des Wohlbefindens erlebt. Aus dem Modell geht weiterhin hervor, dass dem Begriff des Wohlbefindens eine übergeordnete Rolle zukommt. Wohlbefinden bedingt sich demnach aus vielen verwandten Konzepten wie beispielsweise Lebenszufriedenheit, Glück, Freude, Lust, Gelassenheit, Flow und positive Stimmung. Die jeweiligen Konzepte decken dabei inhaltlich meist nur bestimmte Bereiche des Wohlbefindens ab. Einigkeit herrscht darüber, dass Wohlbefinden subjektiv ist

und dass es sowohl aus der Abwesenheit negativer als auch aus dem Vorliegen positiver Aspekte besteht (Staudinger, 2000).

Einflussfaktoren des Wohlbefindens

In der Fachliteratur der Wohlbefindensforschung zeigt sich weitgehend Konsens bezüglich der grundlegenden Einflussfaktoren des Wohlbefindens. Erstaunen mag zunächst, dass gesellschaftlich hoch geschätzte Werte wie jung, reich, intelligent, gesund und schön sein, weit weniger unser Wohlbefinden bestimmen als sich aus deren gesellschaftlicher Wichtigkeit heraus vermuten ließe.

Persönlichkeit, Einstellungen und Wohlbefinden

Im Kontext von Persönlichkeit und subjektivem Wohlbefinden werden immer wieder die Persönlichkeitseigenschaften **Extraversion** und **Neurotizismus** diskutiert. Extraversion kann durch Soziabilität, Wärme, Aktivität und die Bereitschaft, sich auf andere Menschen einzulassen, charakterisiert werden. Neurotizismus geht einher mit einer starken Selbstzentrierung, einer Neigung zu Schuldgefühlen, Ängstlichkeit, psychosomatischer Besorgtheit und allgemeinen Sorgen (Costa & McCrae, 1980). Empirisch wurde ein negativer Zusammenhang zwischen Neurotizismus und habituellem Wohlbefinden nachgewiesen. Förderlich für das habituelle Wohlbefinden scheinen dagegen hohe Werte auf der Skala für Extraversion zu sein (Argyle, 2001; Schwenkmezger, 1994).

Einer der stärksten Prädiktoren des subjektiven Wohlbefindens ist der **Selbstwert** (Diener, 1984). Er ist wichtig für das Erreichen zentraler Lebensziele und einer zufriedenen Lebenseinstellung (Mayring, 1991) und er ermöglicht Verbundenheit und wahren Kontakt mit den Mitmenschen und stellt somit eine der größten Quellen des Wohlbefindens dar (Dick, 2003).

Die Unterscheidung von **Optimismus** und Pessimismus gibt weiteren Aufschluss für die Entstehung von Wohlbefinden. Scheier und Carver (1992) berichten, dass Optimisten im Vergleich zu Pessimisten stressreiche Ereignisse mit weniger subjektivem Leiden und negativem Einfluss auf das körperliche Wohlbefinden bewältigen. Diese Unterschiede scheinen auf die unterschiedlichen Coping-Strategien zurückzuführen zu sein. Optimisten begegnen ihren Problemen auf möglichst positive Art und neigen paradoxerweise eher dazu, die Realität aufkommender Probleme zu akzeptieren, als sie zu verleugnen und wegzuwünschen. Sie gehen ihre Probleme gezielt an und wählen aktive und konstruktive Lösungsschritte, während Pessimisten schneller aufgeben und Coping-Strategien wählen, die durch Vermeidung der vorhandenen Probleme gekennzeichnet sind.

Immer wieder zeigt sich, dass **internale Kontrollüberzeugung**, also die Überzeugung, das Eintreten von Ereignissen beeinflussen zu können, mit Glück und subjektivem Wohlbefinden korreliert (Argyle, 2001; Mayring, 1991). Auch nach den Kontrolltheorien (Fischer, 1994) ist die internale Kontrollüberzeugung von fundamentaler Bedeutung für die Entstehung von Wohlbefinden.

Der Einfluss von **persönlichen Zielen** auf das subjektive Wohlbefinden wird aus verschiedenen Sichtweisen bewertet. Eine Forschungstradition beschäftigt sich mit der Kompetenz des Individuums, das gesetzte Ziel zu erreichen (z.B. Selbstwirksamkeit nach Bandura, 1997). Forschungsergebnisse zeigen, dass Menschen glücklicher sind, wenn sie glauben, ihre Ziele erreichen zu können. Eine andere Tradition geht davon aus, dass Wohlbefinden bei Annäherung und Erreichung des individuellen Ziels entsteht, unabhängig von Art und Qualität des Ziels. Wieder eine andere Forschungstradition legt gerade Wert auf die Art der Ziele und auf die Gründe, aus denen sie verfolgt werden (Schmuck & Sheldon, 2001). Unabhängig von den verschiedenen Herangehensweisen ist es jedoch vor allem wichtig, überhaupt persönliche Ziele zu formulieren und sie anzustreben (Argyle, 2001).

Eng verbunden mit den Lebenszielen ist der **Lebenssinn**. Auch Maße des persönlichen Lebenssinns korrelieren hoch mit Glück. Eine wichtige Quelle des Lebenssinns ist die Religion, es spielen aber auch Arbeit und Karriere, Geldverdienen, sich um die Familie kümmern, politisches und ehrenamtliches Engagement sowie andere Freizeitaktivitäten eine wichtige Rolle (Argyle, 2001). Während Personen, die häufiger Sinn erleben eher seelisch gesund sind, und seelisch Gesunde häufiger Sinn erleben, führt das Fehlen von Sinnerfüllung bei manchen Menschen zu seelischen Beeinträchtigungen oder Depressivität (Tausch, 2004).

Ein positiver Zusammenhang wurde auch zwischen **sozialer Kompetenz** und Wohlbefinden nachgewiesen (Dierk, 2006). Es ist zu vermuten, dass die soziale Kompetenz über die Variable Extraversion und durch ihre förderliche Wirkung auf die sozialen Kontakte Einfluss auf das habituelle Wohlbefinden nimmt.

Die Praxis der **Achtsamkeit** entstammt ursprünglich den östlichen meditativen Traditionen und weckt zunehmend auch das private und wissenschaftliche Interesse in der westlichen Gesellschaft. Achtsam zu sein bedeutet, den Fokus der Aufmerksamkeit bewusst auf das aktuelle Erleben zu richten und wahrzunehmen ohne das Erlebte positiv oder negativ zu bewerten. Achtsamkeit stärkt vor allem eine tiefe Form des Wohlbefindens im buddhistischen Sinne (Heidenreich, Junghanns-Royack & Michalak, 2007). Langer (2005) stellt Ergebnisse eigener Studien zu den Effekten von Achtsamkeit vor, welche zeigen, dass Achtsamkeit zu größerer Kompetenz, Gesundheit, Langlebigkeit, Kreativität, zu mehr positivem Affekt und Charisma führt und die Gefahr von Burnout reduziert. In den von Heidenreich et al. (2007) dargestellten Studien reduziert die Praxis der Achtsamkeit die Traitangst, das alltägliche Stresserleben, die psychische und physische Symptombelastung und erhöht die emotionale Stabilität.

Sozialkontakte und Wohlbefinden

Soziale Beziehungen üben einen enormen Einfluss auf verschiedene Aspekte des Wohlbefindens aus und sind wahrscheinlich der stärkste eigenständige Ursachenfaktor des Wohlbefindens (Argyle, 2001). Insbesondere eine gute Partnerschaft und enge Freundschaften bilden grundlegende Einflussfaktoren für das Wohlbefinden (Argyle, 2001; Bongartz, 2000; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Maderthaner, 1995; Mayring, 1991; Stroebe & Stroebe, 1994).

Arbeit und Wohlbefinden

Arbeit bzw. Arbeitszufriedenheit gilt als ein weiterer zentraler Wohlbefindensfaktor. Ihr Einfluss ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Arbeit oft viele positive soziale Kontakte ermöglicht, ein Gefühl von Identität und Bedeutung vermitteln kann und einen optimalen Level an Stimulation zur Verfügung stellen kann, welchen Menschen als angenehm empfinden (Csikszentmihalyi, 2004; Diener et al., 1999).

Freizeit und Wohlbefinden

Freizeit ist nach Baumanns (1992) ein Zeichen von Wohlstand. Denn erst wenn die eigenen Grundbedürfnisse befriedigt sind und für ausreichend Erholung und Schlaf gesorgt ist, entsteht Raum für Freizeit. Einige Studien zeigen, dass Freizeitaktivitäten die stärkste Quelle der Lebenszufriedenheit darstellen (Argyle, 2001). Bedeutsam für unser Wohlbefinden ist aber vor allem die Art und Weise, wie wir unsere Freizeit nutzen. Den größten Effekt haben dabei soziale und sportliche Freizeitbeschäftigungen (Argyle, 2001). Viele soziale Kontaktmöglichkeiten werden in der Freizeit z.B. über Vereinsmitgliedschaften und das starke gemeinsame Interesse für eine Tätigkeit ermöglicht. Der positive Einfluss sportlicher Aktivität zeigt sich sowohl in Bezug auf die aktuelle Gestimmtheit als auch auf die

überdauernde Grundstimmung (Abele, Brehm & Gall, 1994). Insbesondere die Selbstachtung und die eigene Körperwahrnehmung profitieren von sportlicher Aktivität (Argyle, 2001; Schlicht, 1995) und die eigenen Beschwerden werden weniger stark wahrgenommen (Abele et al., 1994).

Die vier Grundpfeiler Persönlichkeit, Sozialkontakte, Arbeit und Freizeit haben den größten Einfluss auf unser Wohlbefinden. Einen ebenfalls bedeutsamen, jedoch wesentlich geringeren Einfluss üben die folgenden Faktoren aus.

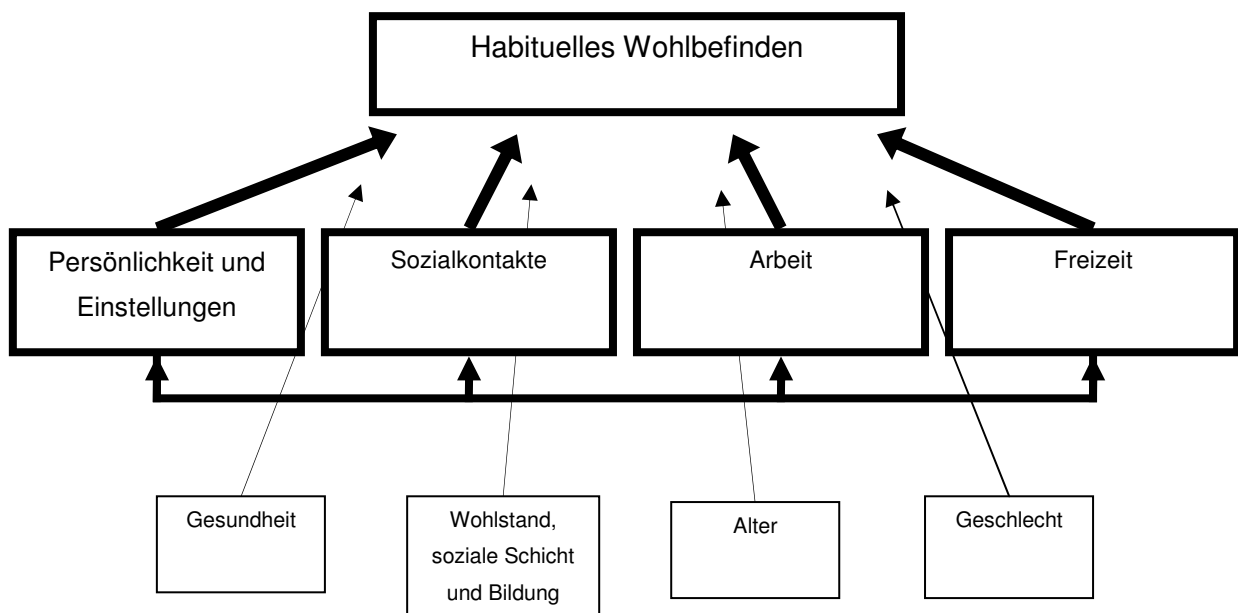
Die **objektive Gesundheit** korreliert nur relativ schwach mit dem Wohlbefinden, ausgenommen bei älteren Menschen, welche sich häufiger mit Gesundheitseinschränkungen auseinandersetzen müssen (Diener et al., 1999; Mayring, 1991). Wird die Gesundheit subjektiv erfasst, wächst ihr Zusammenhang mit dem Wohlbefinden (Dick, 2003; Diener, 1984; Diener et al., 1999; Mayring, 1991, 2000; Schuhmacher, Laubach & Brähler, 1995).

Der **sozioökonomische Status**, zusammengesetzt aus Wohlstand, sozialer Schicht und dem Bildungsstand, erklärt mit etwa 10% nur einen relativ geringen Anteil der Wohlbefindensvarianz (Mayring, 2000). Tendenziell sind wohlhabendere Menschen auch glücklicher als Menschen mit einem geringeren Einkommen (Diener, 1984; Diener et al., 1999). Dieser Effekt zeigt sich jedoch vor allem in der unteren Einkommensklasse. Ist ein Mindestmaß an Wohlstand erreicht, so spiegeln sich Einkommensunterschiede kaum mehr im Wohlbefinden wider (Mayring, 1991). Der Zusammenhang von sozialer Schicht und Wohlbefinden scheint in Ländern mit großen Klassenunterschieden höher zu sein; ähnlich wachsen die Korrelationen von Bildung und subjektivem Wohlbefinden in ärmeren Ländern an (Argyle, 2001).

Alter bildet einen weiteren Wohlbefindensfaktor. Entgegen früherer Studien geht man heute davon aus, dass das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit im Alter tendenziell zunehmen (Argyle, 2001, 2003; Diener, 1984; Diener et al., 1999). Dies spricht für eine große Kompetenz von älteren Menschen, sich an die altersspezifischen Begrenzungen anzupassen und die eigenen Ansprüche entsprechend niedriger zu setzen (Diener et al., 1999). Weiterhin verändert sich die Wertigkeit von Gegebenheiten im Alter, sodass beispielsweise Religion, der subjektive Gesundheitszustand und die eigene Wohnsituation an Bedeutung gewinnen (Argyle, 2003; Mayring, 1991).

Die Befunde zum Zusammenhang von **Geschlecht** und Wohlbefinden sind recht uneinheitlich, es ist jedoch anzunehmen, dass sich Männer und Frauen in dem Ausmaß ihres Gesamtwohlbefindens ähnlich sind. Unterschiede ergeben sich in der Intensität und der Art der Gefühle (Diener, 1984; Diener et al., 1999; Schuhmacher et al., 1995). Frauen haben ein intensiveres Gefühlsleben, drücken häufiger positive Gefühle aus und empfinden mehr Scham, Schuld, Trauer und Sorge als Männer.

Das in Abbildung 1 dargestellte Einflussfaktorenmodell des Wohlbefindens integriert unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes die zentralen Wohlbefindenskorrelate. Die vier Haupteinflussfaktoren sind miteinander verbunden und beeinflussen sich wechselseitig.

Abbildung 1: Einflussfaktorenmodell des habituellen Wohlbefindens

Der gestalttherapeutische Einfluss auf Prädiktoren des Wohlbefindens

Gestalttherapie und soziale Kompetenz. Gestalttherapie ist eine Therapie des Kontaktes. Eines der zentralen gestalttherapeutischen Ziele ist die Herstellung von echtem, erfüllenden Kontakt zu eigenen inneren Anteilen und zur äußeren Welt, im Besonderen zu den Mitmenschen. Die Person soll gestärkt werden, ihre Möglichkeiten, wie sie mit sich selbst und mit anderen in Kontakt treten kann, zu erkennen (Kirchner, 2000). Da der Kontakt, das Spüren und Verbalisieren der Grenzen und der eigenen Bedürfnisse und Wahrnehmungen dem anderen gegenüber von so zentraler Bedeutung in der Gestalttherapie ist, liegt die Vermutung nahe, diese fördere den Aufbau sozialer Kompetenzen. Das Interesse für die Erforschung gestalttherapeutischer Wirkmechanismen war lange Zeit gering, sodass nur relativ wenige Studien zur Verfügung stehen. Vorhandene Untersuchungen scheinen aber die Vermutung, Gestalttherapie fördere die soziale Kompetenz, zu bestätigen (Cross, Sheehan & Khan, 1980, 1982; Schigl, 2000; Strümpfel, 2006).

Gestalttherapie und Sozialkontakte. Eine Forschergruppe um Foulds ging der Frage nach der Wirkung von gestalttherapeutischen Selbsterfahrungsgruppen nach. Es zeigte sich, dass die allgemeine Einstellung gegenüber den Mitmenschen nach der Selbsterfahrungseinheit deutlich positiver war ($p < .005$) und die Fähigkeit, intime Beziehungen aufzubauen signifikant verbessert wurde ($p < .001$; Foulds, 1970; Foulds, Girona & Guinan, 1970). In den Kontrollgruppen kam es zu keinen signifikanten Veränderungen. Weitere Studien führten zu vergleichbaren Ergebnissen (Coté, 1982; Foulds, 1973; Foulds & Guinan, 1973; Jessee & Guerny, 1981).

Gestalttherapie und Neurotizismus. Bislang wurde dem gestalttherapeutischen Einfluss auf die Ausprägung von Neurotizismus nur wenig Forschungsinteresse entgegengebracht. Foulds und Hannigan (1976) fanden heraus, dass die Neurotizismuswerte nach einem 24-stündigen Gestalt-Marathonworkshops zugunsten einer höheren emotionalen Stabilität signifikant ($p < .01$) niedriger waren. Diese Befunde weisen darauf hin, dass Gestalttherapie eine sinnvolle Intervention ist, um Neurotizismus zu reduzieren und emotionale Stabilität zu stärken. Weitere Untersuchungen sind jedoch unbedingt wünschenswert.

Gestalttherapie und Selbstwert. Das Selbst eines jeden Menschen kann als aus verschiedenen Anteilen bestehend verstanden werden, die unterschiedlich bewusst wahrgenommen werden. Manche Selbstanteile sind in das Selbstsystem der Person gut integriert, andere sind weniger bewusst, werden unterdrückt, vermieden oder nach außen projiziert. Einige Wesensanteile werden als positiv angesehen, andere werden abgewertet. Ein Ziel in der Gestalttherapie besteht darin, die verschiedenen Selbstanteile zu erkennen, wahrzunehmen und als zur eigenen Person gehörend anzuerkennen. Diese Selbstannahme ist zunächst frei von jeder Bewertung, denn einen Selbstanteil als existent wahrzunehmen, bedeutet nicht automatisch ihn gutheißen zu müssen. Vor jeder Veränderung steht also zunächst die Akzeptanz und Annahme dessen, was ist (Potreck-Rose, 2007). Verschiedene Studien belegen, dass die gestalttherapeutische Förderung des Zugangs zu verschütteten Emotionen und Bedürfnissen (als Anteile des Selbst), die Bewältigung von Konflikten unterstützt und zu einem höheren Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein führen kann (Strümpfel, 2006). Die Forschergruppe um Foulds konnte nachweisen, dass gestalttherapeutische Selbsterfahrungskurse zu einer signifikant positiveren allgemeinen Einstellung sich selbst gegenüber und zu einer gesteigerten Selbstakzeptanz führten (Foulds, 1970, 1973; Foulds et al., 1970; Foulds & Guinan, 1973). In einer fünfwöchigen gestalttherapeutischen Gruppenbehandlung nahmen die Äußerungen mit positivem Selbstbezug signifikant zu ($p < .01$), während es in der Kontrollgruppe (eine unstrukturierte Diskussionsgruppe) zu keinen signifikanten Veränderungen kam (Adesso, Euse, Hanson, Hendry & Choca, 1974).

Gestalttherapie und Optimismus. Eine der wichtigsten und geradezu paradox erscheinenden Eigenarten von Optimisten besteht darin, die Realität von Problemen zu akzeptieren, anstatt sie, wie es vielmehr der pessimistischen Handlungsstrategie entspricht, zu ignorieren oder wegzuwünschen (Scheier & Carver, 1992). Eine solche Haltung von Akzeptanz und „Wahr-Nehmen“ der Realität gehört zu den grundlegenden Bestrebungen der Achtsamkeitslehre und der davon stark geprägten Gestalttherapie. Die folgenden Überlegungen werden in Anlehnung an Melnick und Nevis (2005) berichtet. Die beiden Autoren betonen den gestalttherapeutischen Fokus auf das innere Wachstum und die eigenen Stärken und nicht auf Dysfunktionen und Krankheit. Optimismus, der durch die Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten entsteht, kann dabei behilflich sein, eigene Schwächen wahrzunehmen und die Verantwortung dafür zu übernehmen. Eine optimistische Sichtweise in der Gestalttherapie besteht des Weiteren in der Annahme, dass Menschen immer ihr Bestes tun. So wird beispielsweise eine Widerstandsreaktion nicht als pathologische Störung des Kontakts verstanden, sondern als Lösungsweg eines Konflikts mit der Umwelt, der seiner Zeit als bester oder auch einziger Ausweg erachtet wurde.

Auch die paradoxe Theorie der Veränderung ist optimistisch. Veränderung ist hiernach immer möglich und zwar durch die Aufmerksamkeit und die Annahme dessen, was ist. Somit ist die Prozesshaftigkeit allen Seins von zentraler Bedeutung im Gestaltansatz. Alles ist veränderbar, das Unstete wird als Gewissheit im Leben angenommen und im Ideal mit Neugier und freudiger Spannung erwartet. Eine solche prozessorientierte Perspektive kann keine unveränderliche permanente Krankheitsdiagnose stellen. Optimismus in seinem Kern bedeutet nach Melnick und Nevis (2005) improvisierend zu leben.

Gestalttherapie und Kontrollüberzeugung. Die Gestalttherapie bietet verschiedene Zugänge dazu an, die eigene Handlungsfähigkeit wieder zu spüren. Grundlegend wird davon ausgegangen, dass die Handlungsfähigkeit eines Menschen direkt mit seiner Fähigkeit zur Wahrnehmung zusammenhängt. Dabei wird aktive und passive Wahrnehmung unterschieden. Beim aktiven Wahrnehmungsverhalten bestimmt die wahrnehmende Person den Inhalt und Zweck ihrer Wahrnehmung selbst. Dieses aktive Wahrnehmungsverhalten stimuliert wiederum ein aktives Handeln. Es führt zu Bewusstheit, die der

Person einen Sinn für die eigenen sensorischen, motorischen und intellektuellen Fähigkeiten verschafft und eine Kenntnis der Wahlmöglichkeiten vermittelt. Nur durch Bewusstheit können eingefleischte Gewohnheiten und Routine verändert werden. Demgegenüber steht das passive Wahrnehmen und Handeln, welches leichter von außen manipuliert werden kann (Blankertz & Doubrawa, 2005; Perls, 1979). Foulds und seine Mitarbeiter untersuchten den Einfluss der Gestalttherapie auf die Kontrollüberzeugung von nicht-pathologischen Studenten. In den gestalttherapeutisch orientierten Selbsterfahrungsgruppen zeigten sich signifikante Veränderungen ($p < .001$) in Richtung einer höheren internalen Kontrollüberzeugung, während sich in den Kontrollgruppen keine Veränderungen ergaben (Foulds, 1971; Foulds, Guinan & Warehime, 1974).

Gestalttherapie und Achtsamkeit. Achtsamkeit ist ein zentraler Aspekt in der Gestalttherapie. Orlinsky, Grawe und Parks (1994) untersuchten in einer Metaanalyse den Zusammenhang von verschiedenen Therapieprozessen und einem guten Therapieergebnis. Dabei erwies sich das „prozesshafte Erfahren im Hier und Jetzt“ (Achtsamkeit), für welches sie den Begriff „experiential confrontation“ verwendeten, als starker Prädiktor für ein positives Therapieergebnis und als „eine der wirksamsten therapeutischen Methoden überhaupt“ (Strümpfel, 2008, S. 450). Orlinsky et al. (1994) verwiesen darauf, dass Gestalttherapie, zusammen mit anderen prozessorientierten Therapien, zum großen Teil auf diesem Faktor beruht. Es ist demnach anzunehmen, dass Gestalttherapie in hohem Maße zur Förderung einer achtsamen Grundhaltung beiträgt.

Hypothesen

Auf den Ergebnissen der bisherigen Wohlbefindensforschung basierend wurde ein Einflussfaktorenmodell des habituellen Wohlbefindens entwickelt. Die wichtigsten Zusammenhänge dieses Modells sollen in den Hypothesen 1a - k wie folgt überprüft werden.

Hypothese 1: Es wird ein positiver Zusammenhang zwischen dem habituellen Wohlbefinden und den Variablen (a) Extraversion, (b) soziale Kompetenz, (c) Selbstwert, (d) Optimismus, (e) internale Kontrollüberzeugung, (f) Lebenssinn, (g) Achtsamkeit, (h) Sozialkontakte, (i) Zufriedenheit mit der Arbeit sowie mit der (j) Freizeit erwartet. Ein negativer Zusammenhang wird zwischen dem habituellen Wohlbefinden und der Variable (k) Neurotizismus erwartet.

Aufgrund der vorhandenen Studien zur Wirkung von Gestalttherapie und aus der theoretischen Herleitung heraus wird deutlich, dass Gestalttherapie viele der Einflussfaktoren des Wohlbefindens fördert. So soll geprüft werden, ob sich drei Gruppen, die unterschiedlich intensive Erfahrung mit Gestalttherapie gemacht haben, hinsichtlich dieser Variablen voneinander unterscheiden. Alle Probanden der Untersuchung sind dabei, eine dreijährige Gestalttherapieausbildung zu machen oder haben diese bereits abgeschlossen. Die Auswahl der Teilnehmer beruht auf der Annahme, dass eine Ausbildung in Gestalttherapie eine tiefgreifende gestalttherapeutische Selbsterfahrung und eine intensive Auseinandersetzung mit den gestalttherapeutischen Grundgedanken gewährleistet, sodass sich die nachgewiesenen Wirkungen gestalttherapeutischer Interventionen auch bei den Ausbildungsteilnehmern wieder finden. Die erste Gruppe setzt sich zusammen aus Personen, die erst gerade eine gestalttherapeutische Ausbildung begonnen haben. Der zweiten Gruppe gehören Personen an, welche die Gestalttherapieausbildung vor kurzem beendet haben oder sie bald beenden werden und die dritte Gruppe besteht aus Personen, die ihre Gestalttherapieausbildung vor 3 bis 5 Jahren abgeschlossen haben. Es wird angenommen, dass sich die ersten beiden Gruppen hinsichtlich ihres Wohlbefindens und bestimmter wohlbefindensrelevanter Variablen wie folgt unterscheiden:

Hypothese 2: Es wird erwartet, dass die Variablen (a) habituelles Wohlbefinden, (b) soziale Kompetenz, (c) Selbstwert, (d) Optimismus, (e) internale Kontrollüberzeugung, (f) Achtsamkeit und (g) Sozialkontakte in der zweiten Gruppe signifikant höhere Werte aufweisen als in der ersten Gruppe. Für die Variable (h) Neurotizismus werden in der zweiten Gruppe signifikant niedrigere Werte erwartet als in Gruppe 1.

Die Unterschiede zwischen der zweiten und dritten Gruppe geben Aufschluss über die Stabilität möglicher Effekte. Studien zur Langzeitwirkung von Gestalttherapie zeigen, dass die positive Wirkung von Gestalttherapie über Katamnesezeiträume von bis zu 30 Monaten stabil ist (Cross et al., 1982; Paivio & Greenberg, 1995; Schigl, 2000; Wolf, 1999). Teilweise kam es sogar zu noch weiteren Verbesserungen innerhalb des Katamnesezeitraums. Die Studien beruhen auf Behandlungen, die über mehrere Wochen oder Monate durchgeführt wurden. Da die gestalttherapeutische Ausbildung sich über einen wesentlich längeren Zeitraum, nämlich über 3 Jahre, erstreckt, kann davon ausgegangen werden, dass vorhandene Effekte über einen Zeitraum von 3 bis 5 Jahren stabil bleiben. Daraus ergeben sich folgende Hypothesen:

Hypothese 3: Zwischen der zweiten und dritten Gruppe werden keine Unterschiede bezüglich den Variablen (a) habituelles Wohlbefinden, (b) soziale Kompetenz, (c) Selbstwert, (d) Optimismus, (e) internale Kontrollüberzeugung, (f) Achtsamkeit, (g) Sozialkontakte und (h) Neurotizismus erwartet.

Die Variablen Extraversion, Lebenssinn, Zufriedenheit mit der Arbeit und mit der Freizeit werden zudem in der Untersuchung erfasst, aus Mangel an Anhaltspunkten, die für oder gegen unterschiedliche Ausprägungen in den drei Gruppen sprechen, werden jedoch keine Hypothesen zu möglichen Gruppenunterschieden aufgestellt.

Die im ersten Teil der Untersuchung gefundenen möglichen signifikanten Zusammenhänge zwischen Wohlbefinden und den zu testenden Einflussvariablen können im zweiten Teil der Untersuchung wichtige Hinweise für die Interpretation der Ergebnisse geben. Angenommen es zeigt sich, dass die Variable soziale Kompetenz einen signifikanten Erklärungsbeitrag für das habituelle Wohlbefinden darstellt, so kann eine verbesserte soziale Kompetenz am Ende der Ausbildung als Indiz dafür betrachtet werden, dass auch das habituelle Wohlbefinden erhöht wurde, und zwar durch den Einfluss der sozialen Kompetenz.

Methoden

Es wurden 91 Ausbildungsteilnehmer postalisch mit der Bitte kontaktiert, den beigefügten Fragebogen so bald wie möglich ausgefüllt zurückzuschicken. Dem Anschreiben war ein adressierter Freiumschlag für die Rücksendung des Fragebogens beigefügt. Um dem Datenschutz von Seiten des Instituts gerecht zu werden, wurden die Briefe durch das Gestalt-Institut Frankfurt adressiert und versandt. Zwei Wochen später wurde eine Erinnerungs-E-Mail ebenfalls über das Gestalt-Institut Frankfurt verschickt. Die Rücklaufquote belief sich mit 45 beantworteten Fragebögen auf 49%. Drei Fragebögen konnten aufgrund unzureichender Beantwortung nicht verwendet werden.

Alle 42 Untersuchungsteilnehmer waren dabei, eine dreijährige Gestalttherapieausbildung am Gestalt-Institut Frankfurt/Karlsruhe zu machen oder hatten sie bereits abgeschlossen. Die Gesamtstichprobe setzt sich aus 13 Männern (31%) und 29 Frauen (69%) im Alter von 26 bis 61 Jahren ($M = 41$; $SD = 8,2$) zusammen. Sie gliedert sich auf in drei Gruppen mit unterschiedlich intensiver Erfahrung mit Gestalttherapie. Die Gruppen sind bezüglich Gruppengröße, Bildungsabschluss und Geschlecht annähernd vergleichbar.

Die verschiedenen Messinstrumente zur Erfassung des Wohlbefindens und ausgewählter Einflussfaktoren werden im Folgenden in Kürze genannt. Es wird auf eine genauere Beschreibung und die Darstellung der Gütekriterien verzichtet. Bei Interesse sind diese in der zugrundeliegenden Diplomarbeit (erhältlich über die Autorin) oder unter den angegebenen Quellen nachzulesen.

Die habituelle subjektive Wohlbefindensskala (HSWBS; Dalbert, 1992) misst in der vorliegenden Untersuchung die kognitive Dimension mit der Skala „allgemeine Lebenszufriedenheit“ und mittels der Skala „Stimmungsniveau“ die emotionale Dimension des habituellen Wohlbefindens. Für die Erfassung von Extraversion und Neurotizismus werden die zwei entsprechenden Skalen des NEO Fünf-Faktoren-Inventars (NEO-FFI) von Borkenau und Ostendorf (1993) verwendet, die Skala „soziale Kompetenz“ wird der revidierten Fassung des 16-Persönlichkeits-Faktoren-Tests (16 PF-R) von Schneewind und Graf (1998) entnommen. Die revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg (Collani & Herzberg, 2003) dient der Erfassung des Selbstwertgefühls, Optimismus wird durch die deutsche Version des Life-Orientation-Tests (LOT-R) zum dispositionellen Optimismus und Pessimismus (Glaesmer, Hoyer, Klotsche & Herzberg, 2008) erfasst. Da Glaesmer et al. (2008) von zwei voneinander unabhängigen Faktoren ausgehen, werden in der Auswertung nur die positiv gepolten Items zur Erfassung von dispositionellem Optimismus verwendet. Aus dem Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK; Krampen, 1991) wird die Skala „Internalität“ verwendet, die Kurzform des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FFA; Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, Grossmann & Schmidt, 2004) dient der Erfassung der Achtsamkeit. Der in dieser Untersuchung verwendete Purpose-in-Life-Test (PIL) erfasst die Ansichten über den Sinn des eigenen Lebens (Crumbaugh & Maholick, 1964; Yalom, 2005). Die Variable Sozialkontakte setzt sich zusammen aus einer Kurzform des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung (F-SozU; Fydrich, Sommer & Brähler, 2007) und den Skalen „Zufriedenheit mit der Ehe und Partnerschaft“ und „Zufriedenheit mit Freunden, Bekannten und Verwandten“ des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit (FLZ; Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler, 2000). Dem FLZ werden zudem die Skalen „Zufriedenheit mit der Arbeit“ und „Zufriedenheit mit der Freizeit“ entnommen.

Am Ende des gesamten Fragebogens werden noch einige demografische Angaben zu Alter, Geschlecht, Bildung und zum Jahr, in dem die Ausbildung begonnen wurde, erfragt. Der gesamte Fragebogen umfasst 153 Items, das Ausfüllen erfordert ungefähr 20 Minuten.

Die gesamte Auswertung erfolgt mit dem Programm SPSS Version 17.0. Zur Überprüfung des Einflussfaktorenmodells des habituellen Wohlbefindens wird eine multiple Regressionsanalyse mit 11 unabhängigen und einer abhängigen Variable (dem habituellen Wohlbefinden) per Einschlussmethode gerechnet. Durch die multiple Regressionsanalyse soll berechnet werden, wie viel Varianz des Wohlbefindens die 11 Einflussvariablen erklären (korrigiertes R^2) und wie hoch der Erklärungsbeitrag der einzelnen Einflussvariablen ist (Beta-Gewichte). Um Unterschiede zwischen den drei Gruppen festzustellen, wird eine multivariate Varianzanalyse gerechnet, in die ein dreifach gestufter Faktor (die drei Ausbildungsgruppen) und 13 abhängige Variablen mit einfließen. Zunächst wird multivariat berechnet, ob es überhaupt Unterschiede zwischen den drei Gruppen gibt. Im Falle eines signifikanten Gruppenunterschiedsergebnisses kann nun univariat geprüft werden, welche Variablen für die Unterschiede verantwortlich sind. Durch Kontrastierung wird in einem nächsten Schritt sowohl univariat als auch multivariat getestet, welche Gruppen sich unterscheiden. Die Analyse der Box-und-Whisker Diagramme lässt erkennen, in welcher Richtung Unterschiede geartet sind. Mittels Kovarianzanalyse soll der Einfluss der drei Kovariaten Geschlecht, Alter und Bildung kontrolliert werden, um zu prüfen, ob sie einen entscheidenden Einfluss auf das Ergebnis haben. Aufgrund des zum Teil explorativen Charakters der Untersuchung werden die Hypothesen zweiseitig getestet.

Ergebnisse der Überprüfung des Einflussfaktorenmodells des habituellen Wohlbefindens

Um Interkorrelationen zwischen den unabhängigen Variablen berücksichtigen zu können, wird zur Überprüfung des Modells eine multiple Regressionsanalyse durchgeführt. Die Voraussetzungen werden mit den üblichen Verfahren geprüft. Dabei wird deutlich, dass die Möglichkeit einer Multikollinearität nicht auszuschließen ist ($1.39 < \text{Varianzinflationsfaktor VIF} < 3.06$). Auf die Entfernung einzelner Ausreißerwerte wird zugunsten der kleinen Stichprobe verzichtet.

Die Berechnung der Regressionsanalyse zeigt, dass die 11 Prädiktoren 54.2% der Kriteriumsvarianz aufklären ($F = 3.23$; $df_{\text{Regression}} = 11$; $df_{\text{Residual}} = 30$; $p = .005$). Das korrigierte R^2 beträgt 37.5%. Der Anteil der erklärten Varianz kann als hoch eingeschätzt werden, insbesondere da in diesem Ergebnis noch Messfehler impliziert sind, deren Kontrolle zu einer weiteren Steigerung des erklärten Varianzanteils führen würde.

Keines der Beta-Gewichte wird signifikant. Die Variable Extraversion kann als marginal signifikant bezeichnet werden ($T = 1.852$; $p = .07$). Um dem möglicherweise zugrundeliegenden Problem der Multikollinearität zu begegnen, wird eine multiple Regressionsanalyse mit schrittweisem Vorgehen gerechnet. Es soll ein Modell gefunden werden, welches nur diejenigen Variablen beinhaltet, welche einen bedeutsamen Erklärungsbeitrag leisten (Aufnahmekriterium: $F\text{-Wert} \leq .05$; Ausschlusskriterium: $F\text{-Wert} \geq .1$). Das so berechnete Modell enthält die Prädiktorvariablen Extraversion ($\beta = .511$; $p < .001$) und Achtsamkeit ($\beta = .415$; $p < .05$) und erklärt 45.3% der Kriteriumsvarianz ($F = 15.31$; $df_{\text{Regression}} = 2$; $df_{\text{Residual}} = 37$; $p < .001$). Das korrigierte R^2 beträgt 42.3%.

Zusammengefasst zeigt sich also, dass die 11 Prädiktorvariablen mit 37.5% (korrigiertes R^2) zwar relativ viel Kriteriumsvarianz aufklären, jedoch wird in diesem Modell kein Beta-Gewicht der Prädiktoren signifikant. Mittels schrittweiser Regressionsanalyse wurden die beiden Variablen Extraversion und Achtsamkeit ermittelt, welche in einem gemeinsamen Modell jeweils einen signifikanten Beitrag zur Erklärung der Wohlbefindensvarianz leisten. Die Hypothesen 1a und 1g werden damit bestätigt, die vorliegenden Daten sprechen nicht für die Bestätigung der Hypothesen 1b, 1c, 1d, 1e, 1f, 1h, 1i, 1j und 1k.

Ergebnisse zu Unterschieden zwischen den drei untersuchten Gruppen

Zur Überprüfung möglicher Gruppenunterschiede wird eine multivariate Varianzanalyse (MANOVA) durchgeführt. Durch die Prüfung der Voraussetzungen mit den üblichen Verfahren zeigt sich, dass die multivariate Normalverteilung nicht für alle Variablen und die Gleichheit der Varianz-Kovarianzmatrizen nur im reduzierten Modell gegeben ist. Auch wenn die Voraussetzungen der multivariaten Varianzanalyse somit nicht optimal durch die Stichprobe erfüllt sind, kann in Anlehnung an Everitt (1979), Ito und Schull (1964) eine Anwendung unter inhaltlicher Berücksichtigung der relativ kleinen Stichprobe dennoch verantwortet werden.

Die erfassten Einflussfaktoren des Wohlbefindens stellen in ihrer Gesamtheit mit 37.5% (korrigiertes R^2) erklärter Varianz ein gutes Maß für habituelles Wohlbefinden dar. Aufgrund dieser Redundanz von erfasstem Wohlbefinden und um eine unnötig hohe Variablenanzahl bzw. den damit einhergehenden Teststärkenachteil zu umgehen (Stevens, 2002), wird die Variable „habituelles Wohlbefinden“ aus der Berechnung der multivariaten Varianzanalyse ausgeschlossen.

Die Auswertung ergibt, dass sich mindestens zwei der drei Gruppen hinsichtlich der untersuchten Variablen signifikant unterscheiden ($F = 2.42$; $p = .027$). Mittels univariater Signifikanztests lässt sich

nun überprüfen, ob es einzelne Variablen gibt, die sich signifikant in den Gruppen unterscheiden und um welche Variablen es sich gegebenenfalls handelt. Die Auswertung ergibt für keine der untersuchten Variablen einen signifikanten Gruppenunterschied. Der Gruppeneffekt für die Variable Extraversion kann als marginal signifikant bezeichnet werden ($F = 2.67$; $p = .083$). Die Auswertungen führen also zu dem Ergebnis, dass sich die unabhängigen Variablen einzeln betrachtet nicht signifikant hinsichtlich der drei Gruppen unterscheiden, in ihrer Gesamtheit jedoch zu signifikanten Unterschieden zwischen den Gruppen führen.

In einem nächsten Schritt interessiert die Frage, welche Gruppen sich multivariat voneinander unterscheiden. Bei Kontrastierung der Gruppen 1 und 2 ergibt sich multivariat kein signifikanter Gruppenunterschied ($F = 1.34$; $p = .27$). Die Kontrastierung zwischen den Gruppen 2 und 3 führt zu einem Ergebnis knapp oberhalb der Signifikanzschwelle ($F = 2.22$; $p = .053$), auch hier besteht also kein signifikanter Gruppenunterschied.

Die univariate Kontrastierung zwischen Gruppe 1 und 2 zeigt für die Variable Extraversion einen signifikanten Unterschied an ($F = 5.00$; $p = .032$). Alle anderen Variablen werden sowohl durch die univariate Kontrastierung der Gruppen 1 und 2 als auch im Vergleich der Gruppen 2 und 3 nicht signifikant. Anhand eines Box-und-Whisker Diagramms lässt sich hinsichtlich des univariaten Unterschieds ersehen, dass Extraversion in der zweiten Gruppe eine höhere Ausprägung hat als in Gruppe 1. Es kommt hier also zu dem Ergebnis, dass die Variable Extraversion in der univariaten Analyse nur marginal signifikant hinsichtlich der drei Gruppen differenziert, die univariate Kontrastierung der Gruppen jedoch für die Variable Extraversion zu einem signifikanten Unterschied in den Gruppen 1 und 2 führt.

Werden auch nicht-signifikante Tendenzen berücksichtigt, die sich im Mittelwertvergleich der drei Gruppen zeigen, so fällt auf, dass Ausbildungsteilnehmer, die gerade dabei sind, ihre Ausbildung zu beenden (Gruppe 2), in 11 der 15 Variablen Mittelwerte haben, die für ein besseres Befinden sprechen als die Mittelwerte der Ausbildungsanfänger (Gruppe 1). Eine ähnliche Tendenz zeigt sich im Vergleich der Gruppen 2 und 3 in Richtung eines besseren Befindens in der Gruppe 3. Es zeigt sich also eine Tendenz in Richtung einer Steigerung des Befindens über die drei Ausbildungsgruppen. Da jedoch alle univariaten Ergebnisse nicht signifikant werden, wird post hoc der Frage nach der benötigten Stichprobengröße nachgegangen. Durch Berechnung einer G-Power-Analyse (G*Power 3.0.10, mit $\alpha = .05$ und einer Teststärke = .95) wird deutlich, dass bei den gefundenen Effektstärken eine wesentlich größere Stichprobe für signifikante Ergebnisse vonnöten gewesen wäre.

Mit Hilfe einer Kovarianzanalyse soll nun ergänzend geprüft werden, inwieweit die zusätzlich erfassten Variablen Geschlecht, Alter und Bildung einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Auch nach Kontrolle der drei Kovariaten bleiben die Ergebnisse einer multivariaten Unterschiedlichkeit der drei Gruppen signifikant ($F = 2.71$; $p = .018$). Die Unterschiede sind also nicht allein auf den Einfluss der Kovariaten zurückzuführen. Von den Kovariaten wird nur die Variable Geschlecht signifikant ($F = 2.67$; $p = .020$). Der Mittelwertvergleich von Frauen und Männern bezüglich aller erfassten Variablen zeigt eine klare Tendenz in Richtung eines besseren Befindens der Frauen.

Zur Überprüfung, ob sich für diejenigen Variablen, für die im reduzierten Modell ein signifikanter Einfluss auf das Wohlbefinden nachgewiesen wurde, signifikante Gruppenunterschiede zeigen, wird eine multivariate Varianzanalyse mit den abhängigen Variablen Extraversion und Achtsamkeit und dem dreifach gestuften Faktor Gruppenzugehörigkeit gerechnet. Auch in dieser Analyse zeigen sich sowohl multivariat ($F = 3.00$; $p = .061$) als auch univariat ($F_{Ex} = 3.00$; $p_{Ex} = .061$ bzw. $F_{Ach} = .03$; $p_{Ach} = .969$) keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Die Ergebnisse zeigen nicht die postulierten Unterschiede zwischen der ersten und zweiten Gruppe. Die Hypothesen 2a-h werden also zurückgewiesen. Zwischen Gruppe 2 und 3 zeigen sich ebenfalls keine univariaten signifikanten Unterschiede. Da hier keine Unterschiede erwartet wurden, sind die Hypothesen 3a-h bestätigt.

Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung bestand darin, der Beantwortung der Frage näher zu kommen, ob gestalttherapeutische Interventionen das habituelle Wohlbefinden fördern und gesetzt den Fall, durch Veränderung welcher Eigenschaften, Persönlichkeitsanteile und Bedingungen dies geschieht.

Im Regressionsmodell wurde ein relativ hoher Varianzanteil erklärt (korrigiertes $R^2 = 37,5\%$). Dies spricht dafür, dass die in das Modell aufgenommenen Einflussvariablen ein gutes Maß für das habituelle Wohlbefinden darstellen und bestätigt soweit die Befunde der Wohlbefindensforschung. Sowohl inhaltlich als auch methodisch verwundert zunächst, dass keines der Beta-Gewichte der Einflussvariablen signifikant wird. Der mittels schrittweiser Regressionsanalyse gefundene signifikante Erklärungsbeitrag von Extraversion und Achtsamkeit ist zumindest für diese beiden Variablen konform mit den Befunden der Wohlbefindensliteratur. Die Ursache dafür, dass der Erklärungsbeitrag nicht für mehr oder sogar alle Variablen signifikant wird, ist vermutlich methodisch durch die relativ kleine Stichprobe bedingt. Es finden sich verschiedene Faustregeln, welche die notwendige Stichprobengröße berechnen (z.B. Bortz und Döring, 2002; Field, 2005; Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2006). Sie alle legen eine größere Stichprobe nahe. Die relativ kleine Stichprobe ist vermutlich dafür verantwortlich, dass die Voraussetzungen der statistischen Verfahren nicht vollständig erfüllt sind, ein Multikollinearitätsproblem zu vermuten ist und nicht mehr Ergebnisse signifikant sind. Die kleine Stichprobe kann auch eine mögliche Erklärung für die zunächst ungewöhnlichen Ergebnisse der Variable Extraversion darstellen. Der univariate Gruppenvergleich führt hier nur zu marginal signifikanten Ergebnissen für die Variable Extraversion, während die univariate Kontrastierung der Gruppen zeigt, dass Extraversion signifikant zwischen Gruppe 1 und Gruppe 2 differenziert. Bei größerer Stichprobe ist anzunehmen, dass beide Analysen zu signifikanten Ergebnissen führen.

Im varianzanalytischen Vergleich der drei Ausbildungsgruppen zeigt sich, dass sich mindestens zwei Gruppen multivariat und signifikant voneinander unterscheiden. Entgegen den auf die Literatur begründeten Erwartungen waren jedoch die univariaten Analysen und die Gruppenkontrastierungen (mit einer Ausnahme) nicht signifikant. Eine Ursache dafür könnte, bedingt durch die kleine Stichprobe, in den teilweise sehr großen Streuungen der Variablen liegen, die zudem in den drei Gruppen zum Teil sehr unterschiedlich ausfallen. Multivariate Signifikanz bei ausbleibenden univariat signifikanten Ergebnissen ist zwar nicht die Regel, kommt aber aufgrund der unterschiedlichen Information, die die Tests verwenden, durchaus vor (Stevens, 2002).

Das Ergebnis, dass sich Ausbildungsteilnehmer zu Beginn und am Ende der Ausbildung mit Ausnahme bezüglich der Variable Extraversion nicht unterscheiden, kann darauf schließen lassen, dass Gestalttherapie nicht zur Förderung des Wohlbefindens beiträgt. Da die Stichprobe jedoch sehr klein ist und sich relativ klare Tendenzen im Vergleich der Mittelwerte der beiden Gruppen zeigen, ist zu vermuten, dass einige Effekte bei größerem Stichprobenumfang signifikant werden. Aus diesen Gründen werden im Folgenden Mittelwerttendenzen und Ergebnisse nahe der Signifikanzschwelle in die Diskussion eingeschlossen.

Durch den Vergleich der Mittelwerte zeigt sich durch 11 der 15 Variablen eine Tendenz, die auf ein höheres Wohlbefinden am Ende der Ausbildung hindeutet (Wohlbefinden als Gesamtheit aller Variablen). Neben der möglichen Begründung, dass sich Gestalttherapie nicht auf das habituelle Wohlbefinden auswirkt oder dass die Stichprobe zu klein war, könnte eine Ursache dafür, dass nicht mehr dieser Tendenzen signifikant wurden, auch in der sehr weitgefassten Definition von „Beginn“ und „Ende“ der Ausbildung liegen. Während Gruppe 2 aus Personen besteht, die ihre Ausbildung zwischen Ende 2004 und Anfang 2006 begonnen haben, sind Personen, die ihre Ausbildung zwischen Ende 2007 und Anfang 2008 anfangen, der Gruppe 1 zugeordnet. Diese teilweise sehr breite Definition der Gruppen führt zu Einschränkungen der Homogenität innerhalb der Gruppen und zu eingeschränkter Heterogenität zwischen den Gruppen. So hat beispielsweise die Gruppe der Ausbildungsanfänger (Gruppe 1) schon mindestens ein Jahr gestalttherapeutische Ausbildung hinter sich. Dies führt also schon aus rein formalen Gründen zu einer gewissen Ähnlichkeit der Gruppen 1 und 2. Eine stärkere Kontrastierung der Gruppen wäre mit Kursteilnehmern dieses Instituts nur auf Kosten der Stichprobengröße möglich gewesen.

Der Vergleich von Gruppe 2 und 3 zeigt weder multivariat noch univariat signifikante Effekte. Dieses Ergebnis bestätigt zwar die Hypothese 3, es macht im Sinne der zugrunde liegenden Überlegungen jedoch nur Sinn, wenn sich zwischen Gruppe 1 und 2 signifikante Effekte zeigen. Nur wenn die Gestalttherapieausbildung zu höherem Wohlbefinden am Ende der Ausbildung geführt hat, spricht die Gleichheit der Gruppen 2 und 3 für gleichbleibende Stabilität des Effektes. Da dies jedoch nicht der Fall ist, ist die Bestätigung der Hypothese 3 inhaltlich wenig aufschlussreich. Werden auch Ergebnisse knapp oberhalb der Signifikanzschwelle zur Diskussion berücksichtigt, so wird deutlich, dass ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen Gruppe 2 und 3 bei größerer Stichprobe zu vermuten ist (da $p = .053$). Vergleicht man die Mittelwertsunterschiede zwischen Gruppe 2 und 3, so wird aus deren Tendenz deutlich, dass sich der Unterschied in einem größeren Wohlbefinden 3 bis 5 Jahre nach der Ausbildung zeigen würde. In der Literatur finden sich kontroverse Befunde zum Verlauf des Befindens nach gestalttherapeutischen Interventionen. Manche Ergebnisse sprechen für ein konstant bleibendes Befindensniveau nach gestalttherapeutischen Interventionen (Cross et al., 1982; Paivio & Greenberg, 1995; Schigl, 2000; Strümpfel, 2006), andere zeigen, dass sich das Befinden auch nach den Interventionen noch verbessern kann (Wolf, 1999). Da Untersuchungen vermehrt zu dem Ergebnis der Stabilität des Befindens gelangten, wurden keine Unterschiede von Gruppe 2 und 3 erwartet. In einer Längsschnittstudie an der gestalttherapeutisch orientierten Hardtwaldklinik in Bad Zwosten kam es jedoch sowohl durch objektive als auch durch subjektive Erfassung zu kontinuierlichen Verbesserungen der Hauptsymptomatik und verschiedener Persönlichkeitsvariablen nach Ende der gestalttherapeutischen Interventionen (Wolf, 1999). Dies würde die mögliche Annahme bestärken, dass sich Verbesserungen auch noch über Monate und Jahre nach den Interventionen ergeben können.

Bei größerem Stichprobenumfang ist durchaus denkbar, dass die Mittelwertstendenzen sowohl zwischen Gruppe 2 und 3 als auch zwischen Gruppe 1 und 2 signifikant werden. Das Wohlbefinden und die damit assoziierten Variablen würden sich also über den erfassten Zeitraum kontinuierlich verbessern. Zeigt sich dieses Ergebnis auch in einem Längsschnittdesign und nach der Kontrolle möglicher anderer Einflussursachen, so kann daraus geschlossen werden, dass gestalttherapeutische Interventionen, zumindest im Kontext einer Ausbildung, zu höherem Wohlbefinden führen und zwar auch über das Ende der Ausbildung hinaus. Verbesserungen nach der Ausbildung könnten beispielsweise dadurch erklärt werden, dass gestalttherapeutisches Denken durch berufliches Arbeiten mit Gestalttherapie oder durch das rein private Interesse in den Alltag integriert wird. Eine alternative Erklärungsursache für die kontinuierliche Steigerung des Befindens könnte in begrenztem Maße das Alter

der Ausbildungsteilnehmer darstellen. Mit zunehmendem Alter nimmt tendenziell auch das Wohlbefinden zu (Argyle, 2001, 2003; Diener, 1984; Diener et al., 1999). Auch ein durch die Ausbildung gesteigertes Kompetenzgefühl und damit ein höherer Selbstwert oder die Freude durch regelmäßige tiefe Kontakte und neue Freundschaften mit Ausbildungskollegen könnten Alternativerklärungen darstellen.

Der Variable Extraversion kommt durch ihre häufigen Ergebnisse nahe der Signifikanzschwelle eine gesonderte Rolle zu. Da es kaum Literatur zum Einfluss von Gestalttherapie auf die Extraversion gibt, wurde die Variable Extraversion nicht in die Hypothesen aufgenommen. Foulds und Hannigan (1976) widmeten sich dieser Fragestellung, fanden jedoch keinen signifikanten Effekt von Gestalttherapie auf die Extraversion. Auf inhaltlicher Ebene könnte ein gestalttherapeutischer Einfluss auf Extraversion durch die enge Verwandtschaft von Extraversion und sozialer Kompetenz begründet werden. Die soziale Kompetenz fördernde Wirkung gestalttherapeutischer Interventionen wurde in verschiedenen Studien gefunden (Cross, Sheehan & Khan, 1980, 1982; Schigl, 2000; Strümpfel, 2006). Da soziale Kompetenz eine Teilkomponente von Extraversion darstellt (Schneewind & Graf, 1998), was sich auch in dieser Untersuchung durch eine Korrelation der beiden Variablen von .70 zeigt, ist die Förderung von Extraversion durch Gestalttherapie aus theoretischer Sicht gut denkbar. Auch für andere Aspekte von Extraversion wie Soziabilität, Wärme und die Bereitschaft, sich auf andere Menschen einzulassen (Costa & McCrae, 1980) erscheint eine Förderung durch Gestalttherapie, aufgrund ihres Schwerpunktes des zwischenmenschlichen Kontaktes, durchaus plausibel, jedoch fehlt es an empirischer Überprüfung.

Bei Betrachtung der einzelnen untersuchten Variablen verwundern die Ergebnisse der Sozialkontakte. Da Gestalttherapie ein besonderes Augenmerk auf die zwischenmenschlichen Beziehungen legt, waren Gruppenunterschiede in besonderem Maße für die Variable Sozialkontakte zu erwarten. Im Gegensatz zu den meisten anderen Variablen zeigen sich hier jedoch nicht einmal bivariat signifikante Korrelationen von sozialer Unterstützung bzw. Zufriedenheit mit Freunden, Bekannten und Verwandten und dem Wohlbefinden. Der bivariate Zusammenhang von Zufriedenheit mit der Ehe und Partnerschaft und dem Wohlbefinden ist zwar signifikant ($p < .05$), der Mittelwertevergleich zeigt jedoch eine leichte Abnahme der Zufriedenheit in den drei Gruppen. Möglicherweise nimmt die partnerschaftliche Zufriedenheit im Verlauf der gestalttherapeutischen Ausbildung ab, weil sich der eine Partner innerhalb relativ kurzer Zeit stark verändert und so das gegenseitige Verständnis und Gemeinsamkeiten vorübergehend oder endgültig verloren gehen. Möglich ist auch, dass sich eigentlich in ihrer Partnerschaft unglückliche, gestalttherapeutisch arbeitende Partner erst durch die Ausbildung ihrer Unzufriedenheit und ihrer unbefriedigten Bedürfnisse bewusst werden. Dafür, dass dies für einen Teil der Ausbildungsteilnehmer zutreffen könnte, sprechen die in den Gruppen jeweils größer werdenden Streuungen. Auch hier sind weitere Untersuchungen bei größerer Stichprobe vonnöten.

Zu berücksichtigen ist die eingeschränkte Aussagekraft der Ergebnisse durch die Wahl eines Querschnittsdesigns. Da eine Personengruppe aus zeitlichen Gründen nicht vom Beginn der Ausbildung bis einige Zeit danach untersucht werden konnte, muss auf definitive kausale Schlussfolgerungen verzichtet werden. Die gefundenen Effekte und Mittelwertstendenzen können lediglich als Hinweise für Effekte dienen, die es längsschnittlich und bei größerem Stichprobenumfang zu überprüfen gilt.

Es sei noch einmal darauf hingewiesen, dass die Hypothesen 2 und 3 teilweise aus der Theorie der gestalttherapeutischen Grundgedanken hergeleitet sind. Eine umfangreiche empirische Begründung

wäre hier wünschenswert, leider mangelt es jedoch an Wirksamkeitsstudien zur Gestalttherapie, sodass der Untersuchung eine teilweise explorative Komponente zukommt.

Abschließend soll noch auf den Aspekt der Generalisierbarkeit eingegangen werden. Allgemein ist auch hier die Stichprobe nicht groß genug, um die Ergebnisse für eine größere Population verallgemeinern zu können. Abgesehen davon muss berücksichtigt werden, für welche Personengruppe generalisiert wird. Das Durchschnittsalter liegt erwartungsgemäß zumindest in der dritten Gruppe etwas höher, Bildung und Geschlecht sind in den drei Gruppen annähernd gleich verteilt und Frauen und ein hohes Bildungsniveau sind in der Gesamtstichprobe besonders stark vertreten. Nach Angaben des Gestalt-Instituts Frankfurt (persönliche Mitteilung, 2.4.2009) liegt der Frauenanteil mit etwa 80% sogar im Durchschnitt noch etwas höher. Eine Vergleichbarkeit mit Teilnehmern einer Gestalttherapieausbildung ist unter Berücksichtigung der kleinen Stichprobe möglich, eine Generalisierung auf die Allgemeinbevölkerung jedoch nicht. Es ist durchaus denkbar, dass ein höherer Männeranteil zu Veränderungen in ganz anderen Variablen führen würde oder dass ein niedrigeres Bildungsniveau größere oder kleinere Effekte nach sich zöge. Neben dieser nicht repräsentativen Verteilung von Geschlecht, Alter und Bildung ist zudem zu erwarten, dass sich Teilnehmer einer Gestalttherapieausbildung durch spezifische Interessen und Persönlichkeitsanteile vom Durchschnitt der Bevölkerung unterscheiden. Auch eine Generalisierung der Ergebnisse auf Klienten der Gestalttherapie ist nicht vorbehaltlos möglich. Zwar lässt die Offenheit der Klienten für Gestalttherapie eine gewisse Ähnlichkeit in der Grundhaltung mit der Stichprobe vermuten, die Beweggründe der Klienten für eine Gestalttherapie sind jedoch andere (z.B. Leidensdruck) und auch die Interventionen selbst unterscheiden sich z.B. in ihrer Regelmäßigkeit und Häufigkeit und darin, dass Ausbildungsteilnehmer auch immer wieder eine interventionstechnische Metaebene einnehmen.

Ausblick

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung sind aufgrund der diskutierten Kritikpunkte nicht hinreichend gesichert, können aber als Anhaltspunkte für weitere Forschungen dienen. Vor allem sollte dafür eine wesentlich größere Stichprobe rekrutiert werden. So wäre eine fundiertere Evaluation des Einflussfaktorenmodells des Wohlbefindens möglich und es ließe sich prüfen, ob neben den Variablen Extraversion und Achtsamkeit auch noch andere Variablen das Wohlbefinden erklären. Um die Veränderung des Wohlbefindens und der damit assoziierten Variablen im Verlauf der gestalttherapeutischen Ausbildung zu erfassen, sollte unbedingt eine längsschnittliche Untersuchung durchgeführt werden. Dadurch würde es einfacher zu kontrollieren, ob gefundene Effekte auf die gestalttherapeutischen Interventionen oder eher auf andere Ursachen zurückzuführen sind; die interne Validität würde sich erhöhen. Die Hinzunahme einer Warte-Kontrollgruppe wäre äußerst wünschenswert, da sich jedoch kaum Menschen finden lassen werden, die bereit sind, jahrelang mit dem Beginn ihrer Ausbildung zu warten, erscheint dies unrealistisch. Möglich wäre der Vergleich mit einer Zufallsstichprobe der Normalbevölkerung und mit einer Ausbildungsgruppe einer anderen Therapierichtung. Letzteres wäre für die Überprüfung hilfreich, ob sich das möglicherweise gesteigerte Wohlbefinden auch wirklich auf die speziell gestalttherapeutischen Interventionen zurückführen lässt. Hilfreich könnte auch der Vergleich mit einer thematisch fremden Ausbildungsgruppe (z.B. einer Krankenpflegerausbildung) sein. Es wäre immerhin denkbar, dass das Wohlbefinden beispielsweise aufgrund des gesteigerten Kompetenzgefühls und des damit einhergehenden höheren Selbstwertes oder durch die vielen neuen sozialen Kontakte in der Ausbildung steigt.

Kann aufgrund einer neuen Datenlage von einem gestalttherapeutischen Einfluss auf das Wohlbefinden ausgegangen werden, so kann tiefer geforscht werden, welche Interventionen bzw. welche inne-

ren Prozesse dem Einfluss zugrunde liegen. Dick (2003, 2007; Dick-Niederhauser, 2009) hat hierzu eine interessante Theorie entwickelt, welche sich mit den psychischen Heilungsprozessen, die Freude hervorrufen, beschäftigt. Die darin beschriebenen Heilungsprozesse lassen sich sehr gut mit den gestalttherapeutischen Grundgedanken vereinbaren. Ist deutlich, auf welche Prozesse das höhere Wohlbefinden zurückzuführen ist, so könnten diese gezielt gefördert werden.

Sollten sich die Tendenzen der Mittelwerte in einer Längsschnittstudie mit größerer Stichprobe in signifikanten Ergebnissen bestätigen, so wäre es interessant der Frage nachzugehen, was zu der kontinuierlichen Steigerung des Wohlbefindens nach der Ausbildung führt. Hinge dieses Ergebnis mit der langfristigen Wirkungsentfaltung der gestalttherapeutischen Interventionen zusammen (Wolf, 1999) oder wäre es möglicherweise abhängig davon, ob jemand beruflich mit Gestalttherapie arbeitet oder gestalttherapeutisches Denken privat in seinen Alltag integriert (z.B. durch Achtsamkeitsübungen)? Oder lägen dem höheren Wohlbefinden ganz andere Ursachen zugrunde?

Es wurde bereits erwähnt, dass die Ergebnisse nur bedingt auf Klienten der Gestalttherapie generalisierbar sind. Im Sinne der Evaluationsforschung der Gestalttherapie wäre es jedoch von besonders großem praktischen Interesse, direkt zu untersuchen, ob das Wohlbefinden von Klienten durch gestalttherapeutische Interventionen gefördert wird. Durch die Regelmäßigkeit und die festgelegte Dauer von Sitzungen, das Einzeltherapiesetting und die meist durch Leid motivierte Bereitschaft zur Therapie ergeben sich hier teilweise andere Interventionsbedingungen als im Rahmen einer Ausbildung.

Literatur

- Abele, A., Brehm, W. & Gall, T. (1994). Sportliche Aktivität und Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie-Empirie-Diagnostik* (S. 279-296). Weinheim: Juventa.
- Adesso, V. J., Euse, F. J., Hanson, R. W., Hendry, D. & Choca, P. (1974). Effects of a personal growth group on positive and negative self-references. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 11, 354-355.
- Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness* (2. Aufl.). London: Routledge.
- Argyle, M. (2003). Causes and correlates of happiness. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Hrsg.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (S. 353-373). New York: Russel Sage Foundation.
- Auhagen, A. E. (2004). *Positive Psychologie. Anleitung zum „besseren“ Leben*. Weinheim: Beltz/PVU.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Baumanns, L. (1992). Freizeit und Glück aus privatem und staatlichem Angebot. In A. Bellebaum (Hrsg.), *Glück und Zufriedenheit. Ein Symposium* (S. 201-208). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Becker, P. (1994). Theoretische Grundlagen. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie-Empirie-Diagnostik* (S. 13-49). Weinheim: Juventa.
- Blankertz, S. & Doubrawa, E. (2005). *Lexikon der Gestalttherapie*. Wuppertal: Peter Hammer.
- Bongartz, N. (2000). *Wohlbefinden als Gesundheitsparameter. Theorie und treatmentorientierte Diagnostik*. Landau: Verlag Empirische Pädagogik.

- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Collani, G. von & Herzberg, P. Y. (2003). Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 24, 3-7.
- Costa, P. T. Jr. & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Coté, N. (1982). Effects of an intensive Gestalt session on the level of self-actualization and the personality structure. *Gestalt Theory*, 4, 89-106.
- Cross, D. G., Sheehan, P. W. & Khan, J. A. (1980). Alternative advice and counsel in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 615-625.
- Cross, D. G., Sheehan, P. W. & Khan, J. A. (1982). Short- and long-term follow-up of clients receiving insight-oriented therapy and behaviour therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 103-112.
- Crumbaugh, J. C. & Maholick, L. T. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of clinical psychology*, 20, 200-207.
- Csikszentmihalyi, M. (2004). *Flow: Das Geheimnis des Glücks*. Stuttgart: Klett- Cotta.
- Dalbert, C. (1992). Subjektives Wohlbefinden junger Erwachsener: Theoretische und empirische Analysen der Struktur und Stabilität. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 4, 207-220.
- Dick, A. (2003). *Psychotherapie und Glück: Quellen und Prozesse seelischer Gesundheit*. Bern: Hans Huber.
- Dick, A. (2007). Durch Psychotherapie Freude, Vergnügen und Glück fördern. In R. Frank (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden* (S. 43-54). Heidelberg: Springer.
- Dick-Niederhauser, A. (2009). Therapeutic change and the experience of joy: Towards a theory of curative processes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19, 187-211.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Dierk, J.-M. (2006). *Determinanten für subjektives Wohlbefinden bei Adipositas*. Dissertation, Universität Marburg, Fachbereich Psychologie.
- Everitt, B. S. (1979). A Monte Carlo investigation of the robustness of Hotelling's one and two sample T^2 tests. *Journal American Statistical Association*, 74, 48-51.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage Publications.

- Fischer, M. (1994). Umwelt und Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie-Empirie-Diagnostik* (S. 245-266). Weinheim: Juventa.
- Foulds, M. L. (1970). Effects of a personal growth group on a measure of self-actualization. *Journal of Humanistic Psychology, 10*, 33-38.
- Foulds, M. L. (1971). Changes in locus of internal-external control. A growth group experience. *Comparative Group Studies, 2*, 293-300.
- Foulds, M. L. (1973). Effects of a personal growth group on ratings of self and others. *Small group behavior, 4*, 508-512.
- Foulds, M. L., Girona, R. & Guinan, J. F. (1970). Changes in ratings of self and others as a result of a marathon group. *Comparative group studies, 1*, 349-355.
- Foulds, M. L. & Guinan, J. F. (1973). Marathon group: Changes in ratings of self and others. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 10*, 30-32.
- Foulds, M. L., Guinan, J. F. & Warehime, R. G. (1974). Marathon group: Changes in perceived locus of control. *Journal of College Student Personnel, 15*, 8-11.
- Foulds, M. L. & Hannigan, P. S. (1976). A Gestalt marathon workshop: Effects on extraversion and neuroticism. *Journal of College Student Personnel, 17*, 50-54.
- Fydrich, T., Sommer, G. & Brähler, E. (2007). *Fragebogen zur Sozialen Unterstützung. Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Glaesmer, H., Hoyer, J., Klotsche, J. & Herzberg, P.Y. (2008). Die deutsche Version des Life-Orientation-Test (LOT-R) zum dispositionellen Optimismus und Pessimismus. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 16*, 26-31.
- Hair, J. F. Jr., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate Data Analysis*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Heidenreich, T., Junghanns-Royack, K. & Michalak, J. (2007). Mindfulness-based therapy: Achtsamkeit vermitteln. In R. Frank (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden* (S. 69-81). Heidelberg: Springer.
- Ito, K. & Schull, W. J. (1964). On the robustness of the T_0^2 test in multivariate analysis of variance when variance-covariance matrices are not equal. *Biometrika, 51* (1-2), 71-82.
- Jessee, R. E. & Guerney, B. G. Jr. (1981). A comparison of Gestalt and relationship enhancement treatments with married couples. *The American Journal of Family Therapy, 9*, 31-42.
- Kirchner, M. (2000). Gestalt therapy theory: An overview. *Gestalt!*, 4(3). Zugriff im Oktober 2008 unter <http://www.g-gej.org/4-3/theoryoverview.html>.
- Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Langer, E. (2005). Well-being. Mindfulness versus positive evaluation. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Hrsg.), *Handbook of positive psychology* (S. 214-230). New York: Oxford University Press.
- Maderthaner, R. (1995). Soziale Faktoren urbaner Lebensqualität. In A. G. Keul (Hrsg.), *Wohlbefinden in der Stadt. Umwelt- und gesundheitspsychologische Perspektiven* (S. 172-197). Weinheim: Beltz/ PVU.
- Mayring, P. (1991). *Psychologie des Glücks*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Mayring, P. (2000). Freude und Glück. In J. H. Otto, H. A. Euler & H. Mandl (Hrsg.), *Emotionspsychologie. Ein Handbuch* (S. 221-230). Weinheim: PVU.
- Melnick, J. & Nevis, S. M. (2005). The willing suspension of disbelief: Optimism. *Gestalt Review*, 9, 10-26.
- Orlinsky, D., Grawe, K. & Parks B. (1994). Process and outcome in psychotherapy- noch einmal. In Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 270-376). New York: Wiley.
- Paivio, S. C. & Greenberg, L. S. (1995). Resolving „unfinished business“: Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 419-425.
- Perls, F. (1979). *Grundlagen der Gestalttherapie. Einführung und Sitzungsprotokolle*. München: Pfeiffer.
- Potreck-Rose, F. (2007). Selbstakzeptanz fördern. In R. Frank (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden* (S. 179-188). Heidelberg: Springer.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Schigl, B. (2000). Wirkung und Wirkfaktoren aus katamnesticer Sicht der KlientInnen. Ausgewählte Ergebnisse einer praxisnahen evaluativen Untersuchung. *Psychotherapie Forum*, 8, 79-87.
- Schlicht, W. (1995). *Wohlbefinden und Gesundheit durch Sport*. Schorndorf: Hofmann.
- Schmuck, P. & Sheldon, K. M. (2001). Life goals and well-being: To the frontiers of life goal research. In P. Schmuck & K. M. Sheldon (Hrsg.), *Life Goals and Well-Being: Towards a Positive Psychology of Human Striving* (S. 1-17). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Schneewind, K. A. & Graf J. (1998). *Der 16-Persönlichkeitsfaktoren-Test. Revidierte Fassung. Testmanual*. Bern: Hans Huber.
- Schumacher, J., Laubach, W. & Brähler, E. (1995). Wie zufrieden sind wir mit unserem Leben? Soziodemografische und psychologische Prädiktoren der allgemeinen und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 4, 17-26.
- Schwenkmezger, P. (1994). Persönlichkeit und Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie-Empirie-Diagnostik* (S. 119-137). Weinheim: Juventa.
- Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (2005). *Handbook of Positive Psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Staudinger, U. M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51, 185-197.
- Stevens, J. (2002). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stroebe, M. & Stroebe, W. (1994). Partnerschaft, Familie und Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie-Empirie-Diagnostik* (S. 155-174). Weinheim: Juventa.
- Strümpfel, U. (2006). *Therapie der Gefühle. Forschungsbefunde zur Gestalttherapie*. Bergisch Gladbach: EHP-Verlag Andreas Kohlhaage.
- Strümpfel, U. (2008). Forschungsstand der Gestalttherapie. In L. Hartmann-Kottek (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 405-451). Heidelberg: Springer.

-
- Tausch, R. (2004). Sinn in unserem Leben. In A. E. Auhagen (Hrsg.), *Positive Psychologie: Anleitung zum „besseren“ Leben* (S. 86-102). Weinheim/ Basel: Beltz PVU.
- Wolf, H. U. (1999). Behandlungsergebnisse ganzheitlicher stationärer Psychosomatik in Bad Zwesten. In *Bad Zwestener Hefte zur klinischen Gestalttherapie/Integrativen Therapie (Heft 2)*. Bad Zwesten: Hartwaldklinik, Werner Wicker KG.
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., Grossmann, P. & Schmidt, S. (2004). Empirische Erfassung der Achtsamkeit- Die Konstruktion des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FFA) und weitere Validierungsstudien. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch* (S. 727-770). Tübingen: Dgvt.
- Yalom, I. D. (2005). *Existenzielle Psychotherapie*. Bergisch Gladbach: EHP Andreas Kohlhage.

Dipl.-Psych. Julia Martens

E-Mail: julia_martens@gmx.de