

# Existenzielle Lebensqualität

Ein neuer Ansatz innerhalb der Lebensqualitätsforschung und sein Nutzen als Outcome-Kriterium in der Psychotherapieforschung

Astrid Görtz

*In den Jahren 1994 – 1998 wurde im Krankenhaus Maria Ebene in Feldkirch eine Therapiewirksamkeitsstudie durchgeführt, die insgesamt eine gute Wirksamkeit („effectiveness“) der existenzanalytischen Psychotherapie in verschiedenen Bereichen der Befindlichkeit bzw. Symptombelastung, der Persönlichkeit und der Selbst- und Fremdeinschätzung des Therapieerfolgs bei Alkoholabhängigen erbrachte. Ein weiteres Outcome-Kriterium dieser Untersuchung stellt die „existenzielle Lebensqualität“ dar, die als psychologisches Konstrukt inklusive einem daraus abgeleiteten Selbsteinschätzungs-Fragebogen entwickelt und über verschiedene statistische Verfahren abgesichert wurde. In diesem Beitrag wird einerseits das theoretische Modell vorgestellt und andererseits werden die empirischen Ergebnisse in Bezug auf die Konstruktvalidität und die Therapieeffektivität bei Suchtkranken besprochen.*

**Schlüsselwörter:** Existenzielle Lebensqualität, Eudämonismus, Sucht, Psychotherapiewirksamkeit

*In the years from 1994 to 1998 a study in therapy effectiveness was conducted in the hospital „Maria Ebene“ at Feldkirch. This study proved the high effectiveness of existential-analytical psychotherapy in various areas of the patients' condition, i.e. of the symptom stress, of personality and external and self-evaluation of the effectiveness of therapy with alcoholics. (cf. Längle et al., 2001) Another outcome criterion of this study describes the existential life quality. This criterion is a psychological model that includes a questionnaire for self-evaluation and was corroborated by various statistical methods. This article presents the empirical results on the one hand, and, on the other hand, the empirical results are presented as far as the validity of the model and the effectiveness of the therapy of substance dependency are concerned.*

**Key words:** existential life quality, eudemonism, substance dependency, effectiveness of psychotherapy

## Einleitung

Der Begriff „Lebensqualität“ hat im Rahmen der medizinpsychologischen Forschung in den letzten 15 Jahren starke Verbreitung gefunden. Nach Bullinger (1997) ist die explizite Berücksichtigung der Lebensqualität als zu messendes Kriterium im Rahmen der Bewertung medizinischer Behandlungsverfahren als Paradigmenwechsel anzusehen. Dadurch wird verstärkt eine psychosoziale Perspektive in das Gesundheitssystem einbezogen, die gleichzeitig grundlegende psychotherapeutische Positionen berücksichtigt. Die Forderungen der Lebensqualitätsforscher nach einem Ernstnehmen der PatientInnen-Autonomie, der Berücksichtigung einer jeweils subjektiven Definition von Lebensqualität und nach einem dialogischen Ansatz in der Beurteilung der Lebensqualität des/der Patienten/in im Einzelfall erscheinen aus psychotherapeu-

tischer Perspektive als Selbstverständlichkeit. Für die empirische Forschung bedeutet dies, dass es sich bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität lediglich um ein „latentes Konstrukt“ handelt, das nicht direkt beobachtet, sondern lediglich indirekt über die Verwendung von Indikatoren und Determinanten erschlossen werden kann. Entgegen früheren optimistischeren Einschätzungen stellt Bullinger in einer jüngeren Publikation fest, dass es unter Lebensqualitätsforschern keinen Konsens über die Dimensionalität dieses latenten Konstrukts gibt (Bullinger et al. 2000).

Der Philosoph Dieter Birnbacher hält die Subjektivierung des Lebensqualitätsbegriffs für unerlässlich und betont, dass hier immer ethische Fragen im Spiel seien (Birnbacher 1998). Wilhelm Lütterfelds geht noch weiter und warnt vor einer Verwendung des Lebensqualitätsbegriffs, da er die Möglichkeit der Qualifizierung eines Lebens als „lebensunwert“ imp-

liziert. Lütterfelds (1991) betont die Bedeutung der so genannten „existential beliefs“, die ein kranker Mensch der Beurteilung seiner Lebensqualität zugrunde legt. Gerade in Situationen lebensbedrohlicher Krankheit lässt sich der individuell-spezifische Lebensqualitätsbegriff nicht verallgemeinern, da dies einer Ignoranz, ja Negation der persönlichen Einstellung zu Krankheit, Heilung und Tod gleichkäme. Die Frage nach dem menschlichen Glück und Wohlbefinden wird seit je her von der Philosophie gestellt. Dabei lassen sich zwei grundlegend verschiedene Auffassungen von Glück und Wohlbefinden unterscheiden: ein *eudämonistischer* Glücksbegriff, der auf *Aristoteles* zurückgeht und seinem Ursprung nach 'Glück durch Tugend' bedeutet, und eine *hedonistische* Vorstellung von Glück, die – von *Epikur* ausgehend – einen Zustand des Wohlbefindens als Freisein von Schmerz und Unlust bezeichnet. Diese beiden unterschiedlichen Ansätze bzw. die Konflikte zwischen den Vertretern beider Auffassungen durchziehen die abendländische Geschichte der Glückstheorien und stellen auch im Rahmen der empirischen Psychologie die Grundlage aller Konstrukte zu Glück und Wohlbefinden dar. So hat sich innerhalb der Psychologie in den letzten Jahren eine neue Richtung unter dem Namen „positive psychology“ etabliert (Seligman, Csikszentmihaly 2000), welche diese glücksphilosophische Diskussion aufgreift und dabei grundlegende Überlegungen humanistisch-existentialer Psychotherapierichtungen integriert. Ryff und Keyes (1995) prägten den Begriff „psychologisches Wohlbefinden“, das – im Unterschied zu einem auf hedonistische Aspekte beschränkten „subjektiven Wohlbefinden“ – durch sechs Aspekte der Aktualisierung definiert ist, nämlich Autonomie, Wachstum, Selbstakzeptanz, Sinn, Bewältigung und positive Bezogenheit. Sie konnten zeigen, dass ein eudämonistisches Glückserleben nachweislich positive Effekte auf physiologische Systeme wie etwa das Immunsystem hat.

Ein weiterer Ansatz im Rahmen der positiven Psychologie ist die Selbstbestimmungstheorie (Deci, Ryan 2000). Sie definiert eudämonistisches Wohlbefinden als „Vitalität“, die ihrerseits in engem Zusammenhang mit der Erfüllung von drei psychologischen Grundbedürfnissen steht, nämlich Autonomie, Kompetenz und Bezogenheit. Die positive Psychologie greift also hier Konzepte auf, die bereits im Rahmen der „humanistischen Psychologie“ (Maslow 1971; Rogers 1963) Bedeutung erlangt haben und schon zuvor von *Frankl* thematisiert worden sind (Frankl 1950; 1959) bzw. später 1972; 1976). Das „erfüllte Leben“ wird mit Konzepten, der positiven Psychologie zu operationalisieren versucht und auf empirische Zusammenhänge mit individuellen Unterschieden (Alter, Geschlecht, Persönlichkeit) bzw. soziologischen Faktoren (Sozialschicht, Wohlstand) sowie unterschiedlichen Gesellschaftssystemen und Kulturen untersucht (zur Übersicht vgl. Deci, Ryan 2001).

Die Existenzanalyse vertritt immer schon einen eudämonistischen Glücksbegriff, der das „gute Leben“ als ein Leben im Einklang mit den eigenen Werten und letztlich mit dem personalen Grundwert ansieht. Sie definiert Glück als „gelingendes Leben“ – und steht damit im Einklang mit der Glücksphilosophie. In einer solchen Betrachtungsweise ist Glück nicht als Zustand, sondern vielmehr als Vollzug zu denken: als Spannung zwischen

einem episodisch-ekstatischen Glück des Augenblicks und den Möglichkeiten eines existentiellen Gelingens (vgl. Seel 1998). Ein eudämonistischer Glücksbegriff ist in engem Zusammenhang mit ethischen Fragen zu sehen. Unter dem Aspekt der Vergänglichkeit sind die Möglichkeiten eines gelingenden Lebens zu erläutern. „Leben“ ist also immer unter zwei Gesichtspunkten zu betrachten: als *vorgefundenes* und als *selbst gestaltetes Leben*. Lebensqualität wäre demnach einerseits das Einverständnis mit den Lebensumständen und andererseits die Zufriedenheit mit dem, was man selbst aus diesen Umständen gemacht hat (Längle 1991). In diesem Sinn kann die Existenzanalyse in die Nähe einer „praktischen Philosophie“ gebracht werden. Philosophie und Existenzanalyse stimmen in der Auffassung überein: „Gut ist ein Leben, das – alles in allem, trotz aller Widrigkeiten, im ganzen oder in wesentlichen Abschnitten – um seiner selbst willen gelebt werden kann.“ (Seel 1998, 118) Voraussetzung ist ein Spielraum der Begegnung, der dem Subjekt gegeben sein muss, um sich zu seinen Lebenssituationen verweilend oder fliehend, suchend oder vermeidend oder zumindest zustimmend oder ablehnend zu verhalten. Das gute Leben ist eines, das sich im Modus freier Weltbegegnung vollzieht. Dieser Spielraum kann auf vielfältige Weise eingeschränkt oder verstellt sein. Zur Spezifizierung der Bedingungen eines freien Weltbezugs und eines gelingenden Lebens kann die Existenzanalyse wichtige Hinweise liefern.

## Das Modell des existentiellen Wohlbefindens

Das von der Autorin entwickelte Modell baut auf den vier existentiellen Grundmotivationen nach Längle (1999) auf und leitet davon neun Dimensionen des „existentiellen Wohlbefindens“ ab. Auf der Basis von verbalen Selbstbeschreibungen können neun Bereiche definiert werden, die sich empirisch als einheitliche Dimensionen herausgestellt haben. Sie stehen mit den existentiellen Grundmotivationen (GM) in folgendem Zusammenhang:

### *Ontologisches Wohlbefinden (1. GM)*

- Gutes und schlechtes Wohlbefinden auf einer Dimension: „Vertrauen“ (V)

### *Emotionales Wohlbefinden (2. GM)*

- Gutes WB: „Lebensgefühl“ (LG)
- Schlechtes WB: „Depressivität“ (DE)

### *Soziales Wohlbefinden (3. GM)*

- Gutes WB: „Beziehungserleben“ (BE)
- Schlechtes WB: „Soziales Scheitern“ (SSch)

### *Personales Wohlbefinden (3. GM)*

- Gutes WB: „Personale Aktivität“ (PA) • Schlechtes WB: „Personale Passivität“ (PP)

### *Existentielles Wohlbefinden (4. GM)*

- Gutes WB: „Existentielle Erfüllung als Gefühl“ (EE)
- Schlechtes WB: „Existentielle Leere“ (EL)

## **Ontologisches Wohlbefinden: Vertrauen (V)**

Die erste Grundmotivation wurde von Längle mit den Begriffen „Grundangst“ und „Grundvertrauen“ charakterisiert. Im vorliegenden Fragebogen ist sie in der Dimension „Vertrauen“ (V) repräsentiert. Empirisch konnte nachgewiesen werden,

dass negative und positive Ausprägung auf einer Skala liegen, linear also von einander abhängig sind.

Dies unterstützt die Annahme, dass es sich hier um ein basales Empfinden handelt, das sowohl physische Empfindungen wie Angst/Anspannung bzw. Entspannung als auch weltanschauliche Halt-Erfahrungen („das Gefühl der Dankbarkeit dem Gefühl gegenüber“, „das Gefühl, dass alles im Leben seinen Platz und seine Bedeutung hat“) in einer empirisch erfassbaren, einheitlichen Dimension einschließt. Diese Erfahrungen werden daher als „ontologisches Wohlbefinden“ bezeichnet. Man kann diese Ebene auch als die „grundlegend weltliche Dimension“ bzw. als „psycho-physisches Realitätsempfinden“ bezeichnen. Es geht um die basale Erfahrung eines Du, um die dialogische Grunderfahrung.

Mangelndes Grundvertrauen äußert sich in chronisch erhöhter Angstbereitschaft, Nervosität und Anspannung sowie geringer Belastbarkeit. Hohes Grundvertrauen äußert sich in einem Grundgefühl des Getragen-Seins, in einem auch weltanschaulich empfundenen Halt. Wenn wir „Vertrauen“ im Rahmen eines Persönlichkeitsmodells als *trait* verstehen, bildet diese grundlegende Empfindung und Wahrnehmung der Welt die „Hintergrundschablone“ aller anderen, quasi „darüber“ liegenden Erfahrungen.

Das „ontologische Wohlbefinden“ kann auch mit dem Begriff der „Vulnerabilität“ bzw. „Robustheit“ in Verbindung gebracht werden (Zubin, Spring 1977, zit. n. Tutsch 1996) bzw. wird im klinischen Zusammenhang oft als „Endogenität“ bezeichnet. Dieser Bereich stellt den fließenden Übergang von Physischem zu Psychischem dar. Das psychische Erleben wird stark von physiologischen Faktoren mitbestimmt (Hormone, Transmitter, etc.). Ciompi (1997) verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff der „neuronalen Plastizität“, um die Verschränkung von biologischen, psychologischen und soziologischen Faktoren deutlich zu machen. Aus existenzanalytischer Perspektive wäre hier die personal-existentielle Dimension zu ergänzen. Für das Gefühl von *Zusammenhalt* in der inneren und äußeren Realität ist es notwendig, (personale) Kontrolle über das bio-psycho-soziale Empfinden zu besitzen. Je stärker die Person diese Kontrolle – über ein starkes, belastbares autonomes und vegetatives Nervensystem oder auch eine hohe neuronale Plastizität nach Ciompi – behält, desto sicherer fühlt „es“ sich an. Umgekehrt wird ein Verlust der Kontrolle als Eindringen des Fremden und schließlich als Verlust des Zusammenhalts erlebt, der im Extremfall im schizoiden Erleben gipfelt (vgl. Längle 1996).

Das Empfinden auf dieser Ebene wird in Bezug auf die Lebensqualität zwar als „state“ aufgefasst, allerdings weist es bei schwerer Erkrankten wie etwa Suchtpatienten oder chronisch psychisch Kranken hohe Chronizität auf und lässt sich daher in einer ambulanten Psychotherapie nur langfristig und in kleinen Schritten verändern. Der stationäre Rahmen der Suchttherapie liefert diesbezüglich zumindest kurzfristig weitaus bessere Möglichkeiten. Die medizinisch-pflegerische Betreuung vermittelt Erfahrungen von Halt und Sicherheit, die gleichzeitig auch einen Schutz vor der Suchterkrankung darstellen.

## Emotionales Wohlbefinden: Lebensgefühl (LG) und Depressivität (DE)

Auf der Ebene des „emotionalen Wohlbefindens“ spiegelt das Modell die Vorstellung eines zyklischen Ablaufs wider, der in einer Art Wellenbewegung die Gleichzeitigkeit von positiv erlebtem „Lebensgefühl“ und negativ erfahrener „Depressivität“ ermöglicht. Auch diese Erfahrungsdimension ist – quasi als „Hintergrundstimmung“ – auf den darüber liegenden Ebenen weiterzudenken. Es ist die Nähe-Erfahrung, die von Längle in der zweiten Grundmotivation beschrieben wurde. Sie bezieht sich auf das Leben als Vitalität, auf die Erfahrung der Lebendigkeit als Organismus, der Lebensrhythmen unterworfen ist. Existentielle Themen sind die Teilhabe am und Nähe zum Leben, das In-Beziehung-Sein, die Grundwert-Erfahrung nach Längle. Auf der Befindlichkeits-ebene ist es ein Mitschwingen mit Lebendigem, dieses führt zur Erfahrung von Harmonie, Ausgeglichenheit und „Wohligkeit“. Man kann diese Erfahrungen in psychologischen Begriffen als „psycho-physisches Lebensgefühl“ bezeichnen.

Im Rahmen einer Persönlichkeitstheorie handelt es sich um eine Dimension mit einem hohen Anteil an Chronizität bzw. einem hohen *trait*-Anteil. Körperliches und Seelisches sind über die Emotionalität eng miteinander verbunden, wobei hier starke kulturelle Einflüsse vermutet werden. Unter dem Gesichtspunkt der Psychopathologie ist eine Nähe zur „endogenen Depression“ gegeben. Hier geht es um die Beziehung zum Leben in seiner vital-leiblichen Dimension – noch ohne expliziten sozialen Bezug.

Die Erfahrung des Zyklischen im Bereich der „Grundstimmung“ hat mit dem subjektiven Raum-Zeit-Erleben zu tun: Der Depressive erfährt die Zeit als unendlich langsam sich hinziehend, in der schweren Depression gar als Stillstand. Gleichzeitig geht das Erleben der Raum-Tiefe verloren. Diese Empfindung ist eine gängige klinische Erfahrung aus zahlreichen Schilderungen von Patienten. Nach Tellenbach (1987) kann – unter Bezugnahme auf Husserls Zeitlehre – Melancholie als Störung des inneren Zeitbewusstseins angesehen werden. Damit ist ein subjektiver Zeitbegriff angesprochen, der bereits im Altertum existierte. Die Griechen kannten drei verschiedene Zeitbegriffe: Außer dem *chronos*, der zähl- und messbaren Zeit, gibt es auch noch *kairos*, die mit Bedeutung belegte, erlebte Zeit, und *aion*, die „immer wiederkehrende Zeit“, die wir als kulturelle Rituale feiern und die unseren Lebenslauf in Abschnitte, in „Jahreszyklen“ und „Lebensabschnitte“ gliedert (vgl. Boscolo, Bertrando 1994). Durch *kairos* erlebt der Mensch ein Gefühl dafür, was Bedeutung hat und wertvoll für ihn ist – wofür es „höchste Zeit“ ist. Durch *aion* ist der Mensch in eine kulturelle Gemeinschaft eingegliedert, erlebt gleichzeitig den stetigen Wandel der Dinge und die Unmöglichkeit, „zweimal in denselben Fluss zu steigen“. Die Zeiterfahrung vermittelt dem Menschen das Gefühl von Lebendigkeit und Zugehörigkeit. Schließlich entsteht nach Längle die Erfahrung des Wert-sein-Mögens durch die Erfahrung von Nähe und Zeit. Wohlbefinden auf dieser Ebene hat vor allem mit einem ausgeglichenen Raum-Zeit-Empfinden zu tun – immer dann, wenn Menschen von „Harmonie und Ausgeglichenheit“ sprechen, benennen sie die Erfahrung, im Einklang mit den inneren und äußeren Rhythmen zu sein.

„Stimmungsschwankungen“ zeigen an, dass die Person aus diesem Rhythmus gerät, was das gesamte Raum-Zeit-Erleben und damit auch die Nähe-Erfahrung verändert. Aus dem raum-zeitlichen Einklang zu fallen, ist ein charakteristisches Empfinden des Depressiven.

Positive und negative Skala sind auf dieser Ebene empirisch getrennt zu erfassen. Das spricht für eine höhere Komplexität dieser Dimension, zumindest was die Möglichkeit der sprachlichen Erfassung (mit Hilfe eines Selbsteinschätzungs-Fragebogens) betrifft. Das zyklische Geschehen erlaubt es, dass zu manchen Zeiten positive und negative Grundstimmung gleichzeitig auftreten und sich quasi „überlappen“. „Positives Lebensgefühl“ entspringt dem Gefühl des Wertsein-Mögens und entspricht der Grundwerterfahrung nach *Längle*. Ein guter Grundwert stellt eine Voraussetzung für ein positives Beziehungserleben dar, repräsentiert aber noch nicht die Beziehungserfahrung selbst. Grundwerterfahrung ist Teilhabe am Leben und wird auch in der Beziehung zur Natur, aber auch in einem Mitschwingen in der Musik, in der Kunst ganz allgemein – im emotionalen Kontakt mit allem Lebendigen erfahren. Sie wird auf der Ebene des Wohlbefindens z.B. als innere Ausgeglichenheit, als wohliges, entspanntes Körpergefühl, als Gefühl, voller Energie und Tatkraft zu sein, als ein Gefühl des Friedens und der Harmonie oder als Gesundheit und Vitalität beschrieben. In der therapeutischen Arbeit kann dieses Erleben mit Hilfe kreativer Medien gefördert werden. Aber auch die wertschätzende, wärmende Erfahrung in der therapeutischen Beziehung, insbesondere in der Therapiegruppe, ermöglicht Grundwerterfahrungen („es ist gut, dass es mich gibt“, „es ist gut zu leben“). Sie stellt einen basalen Wirkfaktor jeder Psychotherapie dar.

Im Negativen wird die fehlende Grundwerterfahrung als „Depressivität“, als mangelndes Lebensgefühl, als Abgeschnitten-Sein vom Leben erfahren („das Gefühl, nichts berührt mich wirklich“, „das Gefühl, zu funktionieren anstatt zu leben“), meist begleitet von körperlichen Beschwerden („Müdigkeit und Abgespanntheit“), von Druckgefühlen und Gefühlen der Belastung und Schuld. Dieser Zustand wird von Patienten oft als naturgegeben und sein Kommen und Gehen – wie im Extremfall der manisch-depressiven Erkrankung – als unabänderlich erlebt. In der europäischen Kulturgeschichte wurde dieses Empfinden auch als „Melancholie“ bezeichnet. Im vorliegenden Modell wird diese Dimension als negative Grundstimmung verstanden – als Schwere, die allerdings von der „Leere“ zu unterscheiden ist, welche der „Personalen Passivität“ zugeordnet ist.

## **Soziales Wohlbefinden: Beziehungserleben (BE) und Soziales Scheitern (SSch)**

Das „soziale Wohlbefinden“ gehört gemeinsam mit der nächsten Ebene, dem „personalen Wohlbefinden“, zur dritten Grundmotivation. Auf dieser Ebene geht es um Fragen der Ich-Stärke, des Selbstwerts und der Identitätsfindung, deren Voraussetzung Beziehungserfahrungen sind. In der individuellen Lebensgeschichte kann man sich die Entwicklung des Selbstwerts aus den Erfahrungen aus der Beziehung zu einem konkreten, sozialen Du vorstellen. Das Selbst kann als soziale Kategorie bezeichnet werden. Die existentiellen Themen sind hier das Person-Sein, die Selbst-Rechtfertigung und Fragen der Ethik („Darf ich

so sein, wie ich bin“). Das „soziale Wohlbefinden“ im speziellen thematisiert das In-Beziehung-Stehen zu einem konkreten (sozialen) Du. Es stellt das Identitätserleben durch Beziehungen bzw. das Wohlbefinden, das aus der Möglichkeit resultiert, sich selbst in Beziehungen zu erfahren, dar.

Auf Basis einer verbalen Selbsteinschätzung lässt sich nicht unterscheiden, inwieweit die Person für ihre gute Lebensqualität in diesem Bereich selbst verantwortlich ist oder inwieweit es die glücklichen Umstände sind. Erst im Zusammenhang mit der Dimension „personales Wohlbefinden“ lassen sich darüber nähere Aussagen treffen. Im „sozialen Wohlbefinden“ ist also immer auch ein personaler Anteil im Sinne von personaler Aktivität oder Passivität (s. weiter unten) enthalten, ein Sich-Einlassen auf ein Gegenüber, zu dem die Person aktiv bereit sein muss. Die Erfahrung eines guten „Beziehungserlebens“ kann stärker auf den Einsatz personaler Kräfte oder aber auf die von anderen entgegengebrachte Zuwendung im Sinne „glücklicher Umstände“ – oder beides, in unterschiedlichem „Mischungsverhältnis“ – zurückgehen. Ebenso kann die Erfahrung eines „Sozialen Scheiterns“ entweder auf mangelnde Zuwendung durch die Bezugsperson(en) oder aber auf ein mangelndes Sich-Einlassen auf vorhandene Beziehungsmöglichkeiten zurückgehen.

Im vorliegenden Fragebogen wird das „Beziehungserleben“ z.B. durch folgende Items erfasst: „das Erlebnis, etwas für einen anderen zu tun, wo es mir selbst warm ums Herz wird“, „das Gefühl der Zufriedenheit mit meinem Mannsein/Frausein“, „das Gefühl, von anderen als Mensch anerkannt und akzeptiert zu werden“, „das Gefühl, mich in einem tiefen Gespräch echt verstanden zu wissen“, oder „das Erlebnis, einem anderen Menschen in einer schwierigen Situation beistehen zu können“.

Dieser Erfahrungsbereich stellt einen wichtigen protektiven Faktor dar, der auch von vielen psychologischen Lebensqualitätsforschern als Bestimmungsmerkmal des Wohlbefindens angesehen wird (vgl. Ryff, Keyes 1995; Deci, Ryan 2000).

Die negative Dimension „soziales Scheitern“ steht oft im Zusammenhang mit Enttäuschungen auf Grund von Zurückweisungen oder Beziehungsverlusten. Dies führt zu einer Verunsicherung des Selbstwerts. In der Therapie geht es darum, über den verlorenen Wert trauern zu können. Die Voraussetzung, um in die Trauer kommen zu können, ist eine vorhandene gute Beziehungserfahrung, die über die therapeutische Beziehung ermöglicht wird. Andererseits braucht es ein Sich-Stellen gegenüber dem Verlustschmerz. Ein Verharren in Passivität verhindert eine mögliche Bewältigung. Auf dieser Ebene fließen also Bewältigungsfähigkeiten in Form personaler Stellungnahmen unmittelbar mit ein.

In Hinblick auf ein Persönlichkeitsmodell lässt sich hier sowohl der *state*- als auch der *trait*-Aspekt gleich stark orten. Es handelt sich bei diesen Erfahrungen *per definitionem* um das Ergebnis von sozialen Interaktionen, die unmittelbar vom Umgebungskontext mitbestimmt sind und daher stark situativ schwanken können. Der *trait*-Anteil liegt in einer guten personalen Bewältigungsfähigkeit (3. GM), die im Zusammenhang mit dem „sozialen Wohlbefinden“ auch als „personale Beziehungsfähigkeit“ bezeichnet werden könnte. Darüber hinaus muss an Wechselwirkungen gedacht werden – die personale Beziehungsfähigkeit kann je nach Bezugsperson variieren.

Die Förderung von Bewältigungsprozessen auf dieser Ebene stellt eine zentrale Aufgabe wohl jeder Psychotherapie dar. Allerdings ist die Betonung des personal aktiven („internen“) Anteils gegenüber dem sozialen („externen“) Anteil ein Spezifikum der Existenzanalyse. Darin liegt ein Ausgangspunkt ihrer Entwicklung, indem *Frankl* sich bewusst von der *Adler*'schen Individualpsychologie und deren Betonung auf dem Aspekt des sozialen Minderwertigkeitsgefühls absetzte.

## **Personales Wohlbefinden: Personale Aktivität (PA) und Personale Passivität (PP)**

Die nächste Ebene wird als „personales Wohlbefinden“ bezeichnet und ist ebenso wie das vorhin beschriebene „soziale Wohlbefinden“ der 3. Grundmotivation zuzurechnen. Man könnte sagen, das soziale Wohlbefinden ist das äußerlich sichtbare Ergebnis einer gelungenen Bewältigung auf Basis des personalen Wohlbefindens. „Personalität“ kann entwicklungspsychologisch als eine weitere Ausdifferenzierung von „Emotionalität“ aufgefasst werden. Die Dimension „personales Wohlbefinden“ spiegelt das Ergebnis der Auseinandersetzung der personalen Kräfte mit den existentiellen Anfragen auf einer geistigen Ebene, in Form von personalen Stellungnahmen, wider. Diese Ebene repräsentiert die Schnittstelle von der dritten zur vierten Grundmotivation im Sinne des dynamischen Einsatzes der personalen Kräfte für die existentielle Verwirklichung und Erfüllung. Das existentielle Thema ist hier die personale Stellungnahme, das Antwort-Geben. Es geht um den Menschen als Gestalter seiner Zukunft. In einer psychologischen Perspektive kann man sich personale Stellungnahmen als „innere Konfliktlösungen“ zwischen personaler Aktivität und personaler Passivität vorstellen. Sie entsprechen der Stellungnahme (PEA2) in *Längles* Personaler Existenzanalyse (Längle 2000).

Personal aktiv erfährt sich der Mensch vor allem in der aktiven Bewältigung von Schwierigkeiten, in der Verwirklichung eigener Ideen, im kreativen, schöpferischen Tun. Charakteristische Items sind etwa „das Gefühl, genügend Möglichkeiten zu haben, die Dinge zu tun, die mir wichtig sind“, „das Gefühl, voll Zuversicht in die Zukunft zu schauen“, „die Freude, in einer Tätigkeit eigene Ideen zu verwirklichen“, „das Gefühl von Freiheit und Selbstbestimmung“ oder „das Gefühl, ich bin dem Leben und seinen Schwierigkeiten im großen und ganzen gewachsen“.

Diese Dimension kann in die Nähe des Begriffs der „Selbstaktualisierung“, wie er in der humanistischen Psychologie verwendet wird und welcher auf den griechischen *Entelechie*-Begriff zurückgeht, gebracht werden. Allerdings ist hier eine wichtige Differenzierung zu beachten: Während die humanistische Psychologie nach *Rogers* oder *Maslow* von einem bereits angelegten, quasi „fertigen Selbst“ ausgehen, das es zu verwirklichen oder eben zu aktualisieren gilt, sieht die Existenzanalyse den Menschen als „weltoffen“ an. Er entwirft sich erst auf die Zukunft hin, im Wege von personalen Stellungnahmen.

Im stationären Rahmen der existenzanalytischen Suchttherapie dient die enge Verknüpfung von Soziotherapie („Arbeitstherapie“) und Existenzanalyse am besten der Förderung dieser Erfahrungen. Das Erleben trägt Züge des *flow*

(Csikszentmihalyi 1990) – ein Erleben, in dem Emotionen und Kognitionen mit einander korrespondieren, wenn Absicht und Ziel einer Handlung zusammenfallen. Dies wird als Freude, Zuversicht und Optimismus erfahren.

Die Erfahrung der „personalen Passivität“ stellt die hierzu komplementäre Dimension dar. Ihr liegt eine hedonistische Einstellung, eine Erwartungs- und Konsumhaltung dem Leben gegenüber, zugrunde. Das Erleben von Leere und Sinnlosigkeit – von *Frankl* als „existentielles Vakuum“ bezeichnet – ist von einer flachen Emotionalität geprägt, es herrscht ein Zustand des ziellosen Suchens, ein „Erlebnishunger“ vor. Die Erfahrung innerer Leere, Sinnlosigkeit und Einsamkeit stellt einen häufigen Anlass für eine Psychotherapie dar. Andererseits bildet dieser Zustand bei vielen Suchtkranken den Ausgangspunkt einer Suchtentwicklung – das Suchtmittel wird quasi als „Selbstmedikation“ gegen den Zustand der inneren Leere eingesetzt. Typische Items sind hier „ein Gefühl von Machtlosigkeit und Ausgeliefertsein“, „das Erleben von Einsamkeit“, „das Gefühl, dass mein Leben sinnlos ist“, „das Gefühl, lustlos und an nichts wirklich interessiert zu sein“, „ein Gefühl innerer Leere“ oder „ein Gefühl von irrealer Angst und Bedrohung“.

Anstelle der Unterscheidung *state* versus *trait* schlagen wir hier jene nach *dynamisch* versus *statisch* vor. Man kann sich „personale Aktivität“ als *dynamisches Prinzip* vorstellen, das in der Folge im gehäuften Auftreten von positiven Erlebniszuständen, also *states* im Sinne konkreter Erfüllungserfahrungen (siehe weiter unten „Existentielle Erfüllung als Gefühl“) resultiert. Gleichzeitig drückt die Dimension aus, dass die Person ihr Leben selbst steuern kann und stellt somit gleichzeitig eine Fähigkeit bzw. ein *trait* dar. Die negative Dimension der „personalen Passivität“ drückt im Gegensatz dazu das *statische Prinzip* aus. Die Person ist den Umständen ausgeliefert und kann das eigene Leben nicht steuern. Die innere Leere verhindert möglicherweise auch, dass ansonsten quasi „natürlich gegebene“ zyklische Schwankungen der Grundstimmung und Befindlichkeit – die den Depressiven so sehr belasten – ebenfalls nicht gespürt werden können. In Hinblick auf die Entwicklung des Individuums verweist dies auf den möglichen psychopathologischen Hintergrund der „personalen Passivität“, wie er sich bei vielen Suchtkranken zeigt: Um sich ursprünglich vor dem negativen Pol der Gefühle zu schützen – etwa auf Grund eines schweren Traumas der Vernachlässigung, des Missbrauchs, des Im-Wesen-nicht-erkannt-Werdens –, gibt die Person ihre Fähigkeit preis, überhaupt zu fühlen, und verliert damit gleichzeitig – ob sie will oder nicht – ihre personale Autonomie. Sie lebt mehr und mehr in einer „Rolle“. Das statische Prinzip ist auf Ebene der *traits* einem Mangel an personalen Fähigkeiten gleichzusetzen. *States* im eigentlichen Sinn sind nicht mehr zu beobachten, das macht das „existentielle Vakuum“, die innere Leere ja gerade aus. Der Mangel an *states* ist aber unerträglich und muss durch ein Suchtmittel oder durch Agieren gefüllt werden. Man könnte sagen: Anstelle von „personaler Aktivität“ herrscht „a-personaler Aktionismus“ vor, der den Erlebnishunger stillen soll. Es ist letztlich Ansichtssache, ob man nun die Leere als *trait* mit fehlenden *states* definiert oder beide als

deckungsgleich ansieht – beides repräsentiert ein *statisches Prinzip*.

Die Entwicklung „personaler Aktivität“ ist ein spezifisches Therapieziel der Existenzanalyse. Für die stationäre Suchttherapie muss einschränkend gesagt werden, dass sich das Erreichen dieses Therapieziels erst in einer katamnesticen Nachuntersuchung verlässlich bestimmen ließe. Zum Zeitpunkt der Entlassung ist bei manchen Persönlichkeiten eine euphorische Überschätzung der eigenen Fähigkeit zu beobachten, der die Angst zugrunde liegt, die Bewältigungskompetenzen im Alltag nicht durchhalten zu können, was die Grundlage für einen Rückfall bilden kann.

## **Existentielles Wohlbefinden: Existentielle Erfüllung als Gefühl (EE) und Existentielle Leere (EL)**

Erfahrungen an der Grenze vom Personalen zum Geistigen werden als „existentiell“ bezeichnet. Das Geistige ist frei und kann daher nie zur Gänze erfasst, sondern nur bruchstückhaft erfahren oder aspekthaft erkannt werden. Existentielle Situationen verändern sich ständig und können ständig verändert werden, sodass es in ihnen keinen sicheren Halt gibt. Die Existenzphilosophie spricht daher von „Grenzsituationen“. *Jaspers* meint damit nicht Ausnahmesituationen oder Extremsituationen, sondern unwandelbare Situationen, die dem Dasein selbst gegeben sind. Der Mensch vermag sie nicht zu verändern, sondern kann auf sie nur unterschiedlich reagieren. Die „Grenze“ der Grenzsituation ist der Hinweis für Existenz – dass es ein Anderes gibt, ein Jenseits der Grenze, in das weder das alltägliche noch das logisch gereinigte Bewusstsein vordringt (vgl. Kommentar von *Hans Saner* in *Jaspers* 2000, 131ff.).

Auf dieser Ebene erfährt sich der Mensch also existentiell gesehen an der Grenze seines Person-Seins, in der Teilhabe an einem größeren Ganzen. Dieses ekstatische Erleben wird immer nur augenblicksweise erfahren, andererseits stellt die Möglichkeit dieser Erfahrung eine Grundbestimmung des Menschen dar. Dieser Erfahrung entspricht letztlich auch die Definition von *Existenz* als Hinausstehen (lat., *ek-sistere*) und als Antwort-Geben auf die Anfragen der Welt. Die beiden Dimensionen „Existentielle Erfüllung als Gefühl“ und „Existentielle Leere“ bilden den erlebnismäßigen Anteil der vierten Grundmotivation ab.

Die positive Dimension wurde bewusst „Existentielle Erfüllung als Gefühl“ genannt, um klarzustellen, dass existentielle Erfüllung immer eine Stellungnahme zum eigenen Leben als Ganzes beinhaltet. „Existentielle Erfüllung als Gefühl“ hingegen ist eine ontologische Sinnerfahrung, die den Charakter einer quasi-religiösen Erfahrung trägt, ein ozeanisches Gefühl der Leichtigkeit, des Durchblicks, eine ekstatische Erfahrung, ein Ganzheitserleben. In ihr drückt sich eine Dynamik des Aufgehens aus, eine Erfüllung, die prozesshaft geschieht und Grenzen überschreitet. Diese Erfahrung trägt Züge des Rauschhaften und wird von Suchtkranken praktisch ausschließlich mit Hilfe des Suchtmittels erlebt. Aber auch die intensive Identifikation mit einer esoterischen Heilslehre oder einem Guru kann zu diesem „rauschhaften Glückserleben“ führen bzw. verhelfen. In ihr fließen alle psycho-physischen

bzw. ontologischen Erlebnisebenen (Empfindung, Emotion, Denken, Sinn) zusammen. Ausgewählte Items in diesem Bereich sind „das Gefühl, Probleme und Zusammenhänge zu durchschauen“, „Augenblicke von Unbeschwertheit und Leichtigkeit“, „das Gefühl, mich ganz an die Schönheit eines Kunstwerkes, der Musik oder der Natur hinzugeben“ oder „das Gefühl, neugierig und an der Welt interessiert zu sein“. Der negative Gegenpol „Existentielle Leere“ stellt ein Überwältigungserleben dar, eine krisenhafte Erfahrung von Ohnmacht, Verzweiflung und Verlust des Bodens. In dieser Erfahrung fallen nahezu alle schützenden psychischen Faktoren weg, es kommt zu einem „Katastrophengefühl“, einem totalen Zusammenbruch mit Suizidgefahr. Es ist nahe liegend, dass diese Dimension in einem Fragebogen nur ansatzweise erfassbar ist, da der Mensch in der akuten Krise nicht mehr antworten kann. Jedoch kennen viele Suchtkranke vergangene Krisen-Erfahrungen. Schwere Sucht bedeutet ein Leben an der Grenze zwischen Leben und Tod, manche sagen auch – in Bezug auf die Erfahrung von Rausch und Krise – „zwischen Himmel und Hölle“. Bei Suchtkranken scheint es zu einem Alternieren zwischen Zuständen der „existentiellen Erfüllung als Gefühl“ im Zustand des Rauschs und der „existentiellen Leere“ im Zustand der Nüchternheit im Entzug zu kommen.

Das Überschreiten der Grenzen des Selbst – im einen Fall in „transpersonale“ (rein geistige) Bereiche, im anderen Fall ins Bodenlose, in „a-personale“ Bereiche (Erfahrung des Abgrundes, des Nichts) – wird im klinischen Zusammenhang als „Borderline“ bezeichnet (Näheres zum Begriff „Borderline“ bei *Dörner*, *Plog* 1994, 152ff. bzw. *Dulz*, *Schneider* 1995). Dieser Erfahrungsbereich sollte jedoch nicht ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der Psychopathologie betrachtet werden. Er zeigt vielleicht am deutlichsten auf, dass der Mensch ein Wesen ist, das Grenzen zu überschreiten sucht und dabei auch scheitern kann.

Existenzphilosophisch gesehen ist das A-Personale ein Nihilismus der Person, den *Jaspers* als „offene Glaubenslosigkeit“ bezeichnet. „Ich kann nichts fühlen, nichts lieben, nichts schätzen. Meine Seele ist leer. [...] der Zusammenbruch von allem, woran ich glaubte. [...] Der Weltlauf offenbart mir, wie alles, was galt, als Illusion versinkt.“ Und weiter: „Der Nihilismus ist unerträglich. Er sucht Auswege in Dämonologie und Menschenvergötterung“ (*Jaspers* 2000, 292ff.). Man könnte noch hinzufügen: oder aber im Griff nach einem Suchtmittel.

Die Erfahrungen auf der Ebene des personal-existentiellen Wohlbefindens haben der Theorie nach den höchsten *state*-Anteil von allen und stehen damit für die höchste Ausprägung der Akuität (im Gegensatz zur höchsten Chronizität der Angst/Vertrauens- Dimension). Sie sind als reine Erlebnis-Dimensionen auf der Ebene der vierten Grundmotivation zu verstehen. Die Häufigkeit und Intensität ihres Auftretens hängt in einem existenzanalytischen Verständnis mit dem existentiellen Gelingen auf allen darunter liegenden Ebenen zusammen. Erst wenn Wohlbefinden auf allen Ebenen gegeben ist, kann von einer echten, durchgängigen „existentiellen Erfüllung“ im Sinne eines gelingenden Lebens gesprochen werden. Wie aus der klinischen Er-

fahrung mit Suchtkranken hervorgeht, kann jedoch „existentielle Erfüllung als Gefühl“ bis zu einem gewissen Grad auch durch substituierende Mittel (Suchtmittel) erlebt werden. Dieses Gefühl ist allerdings von kurzer Dauer. Die Intensität der Erlebnisse dieses Typs gibt keine Auskunft über deren Stabilität. Die Steigerung der „Existentiellen Erfüllung als Gefühl“ stellt kein unmittelbares Therapieziel der Existenzanalyse dar. Das Streben nach diesem Empfinden ist eine grundlegende Sehnsucht im Menschen, aber aus Sicht der Existenzanalyse lässt sich diese Glückserfahrung nicht direkt anstreben. Dies war *Frankls* Gedanke, mit dem er die „Höhenpsychologie“ von der Tiefenpsychologie abgrenzte, als er konstatierte, Lust und Erfolg lassen sich nicht intendieren. Vielmehr erkennen gerade Existenzanalytiker die Gefahr pseudo-religiöser Strömungen, die derartige Erfahrungen versprechen. Aus existenzanalytischer Sicht muss der Mensch diesen Bereich in einer Haltung der *Weltoffenheit* freigeben – letztlich kann er diese Erfahrungen nicht „machen“, ohne gleichzeitig einen Suchtmechanismus zu bedienen. Auf dieser Ebene liegt der wesentliche Unterschied zwischen einer hedonistischen und einer eudämonistischen Betrachtungsweise von Glück: Ein hedonistischer Glücksbegriff sieht hier, in der Maximierung von „existentieller Erfüllung als Gefühl“, das oberste Ziel, während aus eudämonistischer Perspektive existentielle Erfüllung als Lebensvollzug und als Antwort- Geben definiert ist.

## Offene Fragen innerhalb des Modells

Die empirische Itemanalyse ergab, dass einzelne Fragen aus dem „ontologischen Wohlbefinden“ eine große Nähe zu den Dimensionen „Existentielle Erfüllung als Gefühl“ bzw. „Existentielle Leere“, also zur vierten Grundmotivation aufweisen. Um Eindimensionalität nach dem *Rasch*-Modell zu erzielen, mussten einige Items aus dem Bereich des „ontologischen Wohlbefindens“ in das „existentielle Wohlbefinden“ übernommen werden und umgekehrt. Es hat den Anschein, dass bei den Untersuchten das Wohlbefinden in der ersten und der vierten Grundmotivation nahe aneinander angrenzt bzw. ineinander übergehen kann. Dieses Phänomen wirft wichtige Fragen auf. Es könnte spezifisch für die untersuchte Stichprobe der Suchtkranken sein und einen Hinweis darstellen, dass das hier entwickelte Modell doch recht spezifisch für Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung im Sinne einer Borderline-Störung oder zumindest einer Selbstwertstörung sein könnte. Dies könnte damit zu tun haben, dass sowohl die Persönlichkeit als auch die Emotionalität schwach entwickelt oder durch die Suchterkrankung überlagert sind. Damit wäre möglicherweise eine neue Definition von „Persönlichkeitsstörung“ auf der Ebene des Selbstwerts aus existenzanalytischer Sicht gegeben. Andererseits ist die Bereitschaft, über ekstatisches Erleben und Höhepunkterfahrungen (4. GM) eine Erfahrung von Grundvertrauen (1. GM) zu machen, in jedem Menschen angelegt. Wir wollen dieses Phänomen also nicht ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der Psychopathologie betrachten. Alle Religionen behalten diesen Anteil an ekstatischer spiritueller Erfahrung und vermitteln dem Gläubigen auf diesem Weg Erfahrungen von ontologischem Halt. Dennoch bleibt die Problematik beste-

hen, dass die Erfahrungen im Bereich der „Existentiellen Erfüllung als Gefühl“ äußerst instabil sind und auf Dauer wenig Halt bieten können.

Eine weitere Erklärung ist im Fragebogen selbst zu suchen. Die Erfassung des Wohlbefindens im Wege von Selbsteinschätzungen setzt voraus, dass die Betroffenen sich ihrer Befindlichkeit bewusst sind. Im Bereich der ersten Grundmotivation, wenn es um das Phänomen der Angst und Anspannung geht, werden unangenehme Gefühle oft ausschließlich körperlich erlebt. Dieser Erlebnisbereich hat im Zuge der Fragebogen-Entwicklung zu wenig deutlich Niederschlag gefunden. In einer Weiterentwicklung des Fragebogens müssten verstärkt körperliche Befindlichkeits-Items hinzugefügt und erneut auf Eindimensionalität geprüft werden.

## Grundsätzliches zur Messung von Lebensqualität

Ziel der empirischen Studie war die Entwicklung eines Fragebogens unter einem psychotherapeutischen Gesichtspunkt, um ein Instrument für die Psychotherapie-Evaluation, insbesondere für die Existenzanalyse bereitzustellen. Es stellte sich jedoch bald heraus, dass es sich bei der Erfassung von Lebensqualität unter einem existenzanalytischen Gesichtspunkt mittels Fragebogen um ein ethisch wie methodisch nicht triviales Unterfangen handelt. Die Entwicklung eines Fragebogens setzt die Operationalisierung des erfüllten Lebens in psychologischen Termini voraus. Dabei geht der prozesshafte Vollzug des gelingenden Lebens, wie er der eudämonistischen Sichtweise entspricht, verloren. Gleichzeitig ergibt sich ein erkenntnistheoretischer Widerspruch in Bezug auf die „existentielle Lebensqualität“, denn ein Konstrukt ist immer ontologisch und niemals existentiell. Der Begriff der „existentiellen Lebensqualität“ ist also eine *starke Verkürzung des dialogischen und eudämonistischen Zugangs zum Zweck der empirisch-wissenschaftlichen Evaluation*.

Wir stoßen damit auf ein grundsätzliches Problem in der Psychotherapie-Forschung, das mit der Entwicklung des ELQ noch deutlicher wird, letztlich aber – zumindest aus Sicht der Autorin – innerhalb des empirisch-naturwissenschaftlichen Forschungsparadigmas nicht gelöst werden kann. Aus diesem Grund wurde ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit auf qualitative und phänomenologische Studien gelegt, die jedoch in einer gesonderten Publikation dargestellt werden sollen.

Vor dem Hintergrund der neueren Forschungen im Rahmen der positiven Psychologie scheint der Begriff der „existentiellen Lebensqualität“ dennoch gut geeignet als Outcome-Kriterium für verschiedene Interventionsformen – sei es Beratung oder Psychotherapie – unter einem existentiellen Blickwinkel zu sein.

## Fragebogen-Entwicklung

Der „Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität“ (ELQ) setzt sich aus drei Hauptteilen zusammen: Einerseits wird die subjektive Lebensqualität erfasst, die ihrerseits in *Lebenszufriedenheit* und *existentielles Wohlbefinden* untergliedert ist.

Dabei werden ausschließlich Selbstbewertungen herangezogen, da vermieden werden muss, dass der Lebensqualitätsbegriff in die Nähe von Beurteilungen des Lebenswerts oder Lebensunwerts gebracht werden kann (siehe weiter oben bzw. bei Birnbacher 1998). Darüber hinaus werden *Lebensumstände* wie Partnerschaft, Wohnen, Einkommen, Gesundheit etc. erhoben, welche allerdings nicht als LQ-Maß im engeren Sinn dienen, sondern nur in ihrer Relation zu den subjektiven Maßen betrachtet werden.

## Lebenszufriedenheit

Die subjektive Lebensqualität lässt sich in einen kognitiven und einen emotionalen Aspekt untergliedern. Der kognitive Aspekt wird als „Lebenszufriedenheit“ bereichsspezifisch erfasst. Sie wird gleichzeitig als *trait* aufgefasst; Zufriedenheit ist ein zeitlich überdauerndes Merkmal. Laut Hofstätter (1986) bringt es keinen wesentlichen Informationsgewinn, die einzelnen Lebensbereiche differenzierter, mit Hilfe von Einzelfragen, zu erfassen.

Im vorliegenden Fragebogen wurde nach folgenden Bereichen gefragt: Beruf, finanzielle Situation, Gesundheit, Partnerbeziehung, Beziehungen zur Familie, Beziehungen zu anderen Menschen (Freunden, Bekannten), Wohnsituation, Freizeit, gesellschaftlich-politische Sicherheit. Diese Lebensbereiche entsprechen gut den Kategorien, welche aus der Inhaltsanalyse auf Grund von je zwei Interviews (Anfang/Ende der Therapie) mit 15 Patienten gewonnen wurden (Näheres bei Görtz 2003, 200ff.).

Darüber hinaus wurde pro Bereich nach der Wichtigkeit gefragt. Dies ermöglicht eine Aussage über „gewichtete Zufriedenheiten“ in verschiedenen Lebensbereichen. Schließlich wurde die Gesamt-Lebenszufriedenheit mit einem Global-Item erfasst. Auf diese Weise lässt sich auf den Beitrag der einzelnen Lebensbereiche zu dieser „Overall-Zufriedenheit“ schließen.

## Existentielles Wohlbefinden

Das Kernstück des Fragebogens stellt die Erfassung des existentiellen Wohlbefindens dar; die Begriffe „existentielles Wohlbefinden“ und „existentielle Lebensqualität“ werden synonym verwendet. Der endgültige Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität (ELQ) umfasst insgesamt 72 Statements zum existentiellen Wohlbefinden, und zwar ausgehend von der Formulierung „Dieses Gefühl hat mein Leben in letzter Zeit geprägt bzw. war als Stimmung in letzter Zeit vorhanden“, darüber hinaus Globaleinschätzungen zu Glück, Wohlbefinden und zur Lebenszufriedenheit. Diese Gesamteinschätzungen betreffen also die Beurteilung des „gelingenden Lebens“ als Ganzes.

Die Bezugnahme auf die „Gefühle und Stimmungen in der letzten Zeit“ spricht eine subjektiv mittelfristige Zeitspanne an und entspricht aus diagnostischer Sicht der Ebene der *states*. Dahinter stehen jedoch Überlegungen zu tiefer liegenden *traits* auf Grund des dargestellten persönlichkeitspsychologischen Modells. Diese grundlegenden Eigenschaften – oder „Grundmotivationen“ im Verständnis der Existenzanalyse – stellen im diagnostisch-psychologischen Sinn Dispositionen dar, die

eine erhöhte Wahrscheinlichkeit des Auftretens bestimmter *states* bedingen. Der empirische Nachweis dieser Zusammenhänge ließe sich jedoch nur in Längsschnitt-Untersuchungen erbringen.

Die Formulierung von Einzelitems in der sich wiederholenden Form „ein Gefühl ...“ sollte eine Konzentration auf die Empfindungs- und Emotionsebene bewirken und einem Abschweifen in gedankliche Hypothesen und Konstrukte – etwa in der Art „impliziter Persönlichkeitstheorien“ – vorbeugen. Damit konnten wir gleichzeitig den testtheoretischen Einwänden zu so genannten „Antworttendenzen“ bei Fragebögen begegnen, die sich in erster Linie auf formal-syntaktische Probleme bei komplexen Formulierungen bzw. auf Erinnerungsprobleme bei Fragen zu konkreten situativen Details sowie allgemein auf die *trait*-Erfassung beziehen. Indem der Fragebogen lediglich auf die *Deskription der Befindlichkeit* abzielt, können diese Fehlerquellen weitgehend ausgeschlossen werden.

Die inhaltliche Auswahl der Statements sollte eine möglichst repräsentative Vielfalt an Gefühlen und Stimmungen darstellen, die für einen Einsatz im Rahmen gesundheitspsychologischer bzw. psychotherapeutischer Fragestellungen von Bedeutung sind. Dazu wurde einerseits auf diverse bereits vorliegenden Wohlbefindens-Instrumente zurückgegriffen, wobei die Fragen jedoch gänzlich neu formuliert wurden. Andererseits resultierten neue Items aus der klinischen Erfahrung der Autorin und der Auseinandersetzung mit den existentiellen Grundmotivationen nach *Längle*. Generell wurde versucht, die subjektiven Erfahrungen (Empfindungen, Gefühle, Gedanken) möglichst losgelöst von konkreten Ereignissen und Handlungen zu formulieren, um eine Vermischung mit den eher für sozialwissenschaftliche Fragestellungen interessanten Lebensstilen zu vermeiden. Damit wurde in Kauf genommen, dass es den gewählten Formulierungen an konkretem Situationsbezug mangelt. Andererseits zeichnet sich gerade der Begriff eines „existentiellen Wohlbefindens“ dadurch aus, dass es um das Erleben auf einer grundlegenden, motivationalen, von situativen Details unabhängigen Ebene geht.

Abschließend zu diesem Hauptteil des Fragebogens wird je eine globale Frage nach dem Wohlbefinden und nach dem Lebensglück gestellt. Auf die explizite Frage nach der „Lebensqualität“ wurde bewusst verzichtet, da uns der Begriff bereits zu sehr als Schlagwort „abgegriffen“ erscheint und eher geeignet ist, stereotypische Antworten an Stelle von persönlichen Stellungnahmen hervorzubringen.

Auf die Möglichkeit, die einzelnen Wohlbefindens-Aspekte subjektiv gewichten zu lassen, wie dies von *Birnbacher* zur stärkeren Betonung des jeweils subjektiven LQ-Begriffs empfohlen wird, wurde verzichtet, da das Konzept des existentiellen Wohlbefindens *per se* keinen normativen Anspruch erhebt.

## Empirische Prüfung nach dem Rasch-Modell

Die empirische Untersuchung fand an 211 Patienten eines Suchtkrankenhauses mit Schwerpunkt Psychotherapie statt.

Der Aufenthalt dauert in der Regel acht Wochen. Der Fragebogen wurde gemeinsam mit einer Reihe weiterer standardisierter Verfahren am Beginn und am Ende der Therapie vorgegeben (Näheres zur Evaluationsstudie siehe Längle et al. 2001).

Eine Itemanalyse nach dem dichotomen logistischen Rasch-Modell (durchgeführt mit dem Programm „M-Test“) reduzierte den ursprünglich aus 90 Statements bestehenden Itempool auf die endgültigen 72. Zu diesem Zweck wurden die in Form visueller Analogskalen erfassten Antworten (40 Abstufungen) im nachhinein dichotomisiert (0-19/20-40). Liegt bezüglich eines Tests Eindimensionalität nach dem Rasch-Modell vor, kann vorläufig davon ausgegangen werden, dass die verwendeten Testfragen (oder „Items“) ein und dasselbe zugrundeliegende „latente Konstrukt“ erfassen – es liegen keine systematischen Stichprobenabhängigkeiten vor, zumindest was die herangezogenen Teilungskriterien betrifft, d.h. ein höherer Testwert bedeutet auch tatsächlich eine stärkere Ausprägung in der latenten Dimension. Diese eigentlich selbstverständliche Forderung gilt auf Grund eines mathematischen Beweises nur für Tests und Fragebögen, die Rasch-homogen sind (Näheres bei Kubinger 1996, 64ff.).

Bezüglich des ELQ konnte innerhalb der Population der Suchtkranken Eindimensionalität für die beschriebenen neun Dimensionen des existentiellen Wohlbefindens nachgewiesen werden, wobei neben dem internen Kriterium (hoher Summenwert/ niedriger Summenwert) auch Arbeitslosigkeit, die Lebensform (allein lebend bzw. mit anderen lebend), das Einkommen (über/unter öS 10.000,-) und der Gesundheitszustand (chronisch krank ja/nein) als Teilungskriterien herangezogen wurden. Die Modelltests bestanden einerseits in einer Parameterschätzung mittels Likelihood-Quotienten-Test und andererseits in sogenannten grafischen Modelltests. Für die Likelihood-Quotienten-Tests wurde jeweils eine á-Korrektur durchgeführt. Auf Grund der grafischen Modelltests wurden pro Dimension jene Items ausgeschieden, die nicht annähernd auf einer 45°-Gerade liegen. Im Fall eines auszuscheidenden Items wurde dieses inhaltlich analysiert und gegebenenfalls einer anderen Skala zugeordnet (Näheres zur Rasch-Analyse bei Görtz 2003, 207ff.).

## Konvergente und diskriminative Validität

Von konvergenter Validität wird dann gesprochen, wenn ein und dasselbe psychologische Konstrukt mit mehreren unterschiedlichen Methoden erfasst wurde und daraus hohe Korrelationen resultieren. Diskriminative Validität liegt hingegen vor, wenn Messungen unterschiedlicher Konstrukte mit gleichen Methoden zu geringen Zusammenhängen führen.

Im Sinne der konvergenten Validität wären hohe Korrelationen mit den Maßen der Befindlichkeit (EWL, KASSL) sowie mit der Existentialität aus der Existenzskala (ESK) zu erwarten. Hinsichtlich der diskriminativen Validität wären demgegenüber geringere Korrelationen mit Persönlichkeitsmaßen (SG, GT) zu erwarten. Unklar ist der Bezug zur Personalität aus der Existenzskala. Es ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht zu beurteilen, ob es sich bei der Personalität um ein auf

der existenzanalytischen Anthropologie aufbauendes Persönlichkeitsmaß handelt, da kaum Untersuchungen zur Stabilität des Merkmals vorliegen. Dazu bedürfte es eines Längsschnitt-Vergleichs an einer unbehandelten Personengruppe.

Da es sich bei den eingesetzten Verfahren um recht ähnliche Methoden, nämlich Selbsteinschätzungs-Fragebögen, handelt, ermöglichen die vorliegenden Korrelationen nur ansatzweise Aussagen zur diskriminativen Validität; die Ergebnisse aus der qualitativen Interview-Studie erfassen lediglich eine kleine Stichprobe (N=30) und wurden darüber hinaus nicht quantifiziert. Dennoch soll der Versuch einer sogenannten Multitrait-multimethod-Matrix (MTMM-Matrix, nach Campbell & Fiske, 1959) gewagt werden.

Konvergente Validität: <i>Befindlichkeit</i>	Diskriminante Validität: <i>Persönlichkeit</i>
EWL	TPF
KASSL	GT
E-Maß aus ESK	P-Maß aus ESK (?)

Tabelle 1: Hypothetische MTMM-Matrix zum existentiellen Wohlbefinden, erfasst mit dem ELQ

Zur Überprüfung dieser Zusammenhänge wurden Pearson-Korrelationen berechnet.

Im Folgenden werden die Zusammenhänge mit ausgewählten Subskalen der Eigenschaftswörterliste (EWL) von Janke und Debus (1984), und zwar mit „Aktiviertheit“ (EWLA), „Desaktiviertheit“ (EWLC), „Müdigkeit“ (EWLD), „Benommenheit“ (EWLE), „Extravertiertheit“ (EWLF), „Introvertiertheit“ (EWLG), „Selbstsicherheit“ (EWLH), „Gehobene Stimmung“ (EWLI), „Erregtheit“ (EWLJ), „Empfindlichkeit“ (EWLK), „Ärger“ (EWLL), „Ängstlichkeit“ (EWLM), „Deprimiertheit“ (EWLN), „Verträumtheit“ (EWLO) wiedergegeben (siehe Tabelle 2 auf der nächsten Seite).

Die Zusammenhänge sind insgesamt nicht besonders stark, die Korrelationen liegen bei maximal ,60. Dies macht deutlich, dass es sich bei „existentieller Lebensqualität“ nur zu einem gewissen Teil um Befindlichkeit handelt und darüber hinaus andere psychologische Dimensionen zum Tragen kommen müssen. Die Skala „Lebensgefühl“ korreliert erwartungsgemäß am höchsten mit „Gehobener Stimmung“ (EWLI) und mit „Aktiviertheit“ (EWLA). „Depressivität“ hängt erwartungsgemäß mit „Deprimiertheit“ (EWLN) zusammen. Das „Beziehungserleben“ weist kaum Zusammenhänge mit der Befindlichkeit aus dem EWL auf, allerdings korreliert auch „Soziales Scheitern“ mit „Deprimiertheit“ (EWLN), wobei „Depressivität“ und „Soziales Scheitern“ aus dem Fragebogen zur „existentiellen Lebensqualität“ idealtypisch den beiden Formen von endogener und psychogener Depression entsprechen. „Personale Aktivität“ weist den stärksten Zusammenhang zu „Aktiviertheit“ (EWLA) und zu „Gehobener Stimmung“ (EWLI) auf. „Personale Passivität“ hingegen korreliert mit „Ängstlichkeit“ (EWLM) und „Deprimiertheit“

# ORIGINALARBEIT

n=420		V	LG	DE	BE	SSch	PA	PP	EE	EL
<b>EWLA</b>	<b>r</b>	,479*	,543*	-,289*	,394*	-,267*	,525*	-,343*	,454*	-,271*
<b>EWLC</b>	<b>r</b>	-,525*	-,472*	,432*	-,378*	,392*	-,447*	,434*	-,392*	,402*
<b>EWLD</b>	<b>r</b>	-,409*	-,308*	,434*	-,252*	,393*	-,281*	,380*	-,292*	,377*
<b>EWLE</b>	<b>r</b>	-,301*	-,209*	,326*	-,224*	,266*	-,187*	,289*	-,193*	,275*
<b>EWLF</b>	<b>r</b>	,369*	,446*	-,200*	,400*	-,214*	,390*	-,279*	,380*	-,251*
<b>EWLG</b>	<b>r</b>	-,461*	-,421*	,399*	-,365*	,414*	-,380*	,428*	-,365*	,420*
<b>EWLH</b>	<b>r</b>	,537*	,497*	-,430*	,358*	-,422*	,499*	-,442*	,456*	-,417*
<b>EWLI</b>	<b>r</b>	,583*	,604*	-,431*	,479*	-,455*	,537*	-,478*	,529*	-,461*
<b>EWLJ</b>	<b>r</b>	-,462*	-,342*	,475*	-,279*	,453*	-,338*	,458*	-,305*	,422*
<b>EWLK</b>	<b>r</b>	-,356*	-,201*	,417*	-,106*	,410*	-,212*	,388*	-,183*	,382*
<b>EWLL</b>	<b>r</b>	-,249*	-,156*	,316*	-,163*	,283*	-,166*	,278*	-,143*	,249*
<b>EWLM</b>	<b>r</b>	-,467*	-,341*	,456*	-,229*	,470*	-,365*	,508*	-,317*	,505*
<b>EWLN</b>	<b>r</b>	-,539*	-,423*	,526*	-,308*	,520*	-,429*	,525*	-,402*	,553*
<b>EWLO</b>	<b>r</b>	-,249*	-,166*	,281*	-,054	,301*	-,157*	,273*	-,111*	,269*

Tabelle 2: Pearson-Korrelationen zwischen EWL-Skalen und existentiellern Wohlbefinden (zweiseitige Fragestellung, \* ... signifikant bei  $\alpha = 5\%$ )

(EWLN) und erinnert an die Phänomenologie der „neurotischen Depression“, die das klinische Erscheinungsbild des „existentiellen Vakuums“ darstellt. Die Skala „Existentielle Erfüllung“ korreliert mit „Gehobener Stimmung“ (EWLI), die beiden Items zur „Existentiellen Leere“ weisen einen Zusammenhang zu „Ängstlichkeit“ (EWLM) und „Deprimiertheit“ (EWLN) auf – wobei hier zu beachten ist, dass es sich bereits um die Nachwirkungen derartiger Krisen-Erfahrungen handelt, da keiner der Patienten den Fragebogen im Akutzustand ausfüllen konnte. Die Ähnlichkeit der beiden Zustände in Bezug auf die Befindlichkeit entspricht unserer Vorstellung, dass ein existentielles Vakuum den Boden für existentielle Krisen darstellt. Die Skala „Vertrauen“ korreliert am stärksten mit dem EWL, und zwar positiv mit „Selbstsicherheit“ (EWLH) und „Gehobener Stimmung“ (EWLI) sowie negativ mit „Desaktiviertheit“ (EWLC) und „Deprimiertheit“ (EWLN). Auch hier finden wir uns in unserer theoretischen Annahme bestätigt, dass die Ebene der ersten Grundmotivationen den stärksten Zusammenhang zu physiologischen Variablen und somit zur Befindlichkeitsebene aufweist.

Nur geringe Zusammenhänge weist der ELQ mit den Skalen „Müdigkeit“ (EWLD), „Benommenheit“ (EWLE), „Extravertiertheit“ (EWLF), „Introvertiertheit“ (EWLG), „Erregtheit“ (EWLJ), „Empfindlichkeit“ (EWLK), „Ärger“ (EWLL) und „Verträumtheit“ (EWLO) auf.

Ein weiteres Befindlichkeitsmaß stellt die Kieler Änderungssensitive Symptomliste (KASSL) von Zielke (1979) dar. Sie wurde speziell für den Anwendungsbereich der Psychotherapie-Evaluation entwickelt (siehe Tabelle 3).

n=420		V	LG	DE	BE	SSch	PA	PP	EE	EL
<b>KASSL</b>	<b>r</b>	-,580*	-,451*	,566*	-,304*	,515*	-,463*	,563*	-,401*	,513*

Tabelle 3: Pearson-Korrelationen zwischen KASSL-Gesamtwert mit dem existentiellen Wohlbefinden (zweiseitige Fragestellung, \* ... signifikant bei  $\alpha = 5\%$ )

Die Korrelationen liegen etwa in der gleichen Höhe wie jene mit der EWL, teilweise darüber. Erwartungsgemäß sind die Zusammenhänge für die negativen LQ-Skalen deutlich stärker.

Weiters wurden Zusammenhänge mit einer Kurzfassung des Trier Persönlichkeitsfragebogens von Becker (1989), bestehend aus den Subskalen „Selbstwertgefühl“ (TPFSW), „Seelische Gesundheit“ (TPFSG), „Sinnerfülltheit vs. Depressivität“ (TPFSE), „Selbstvergessenheit vs. Selbstzentrierung“ (TPFSV), „Beschwerdefreiheit vs. Nervosität“ (TPFBF) und „Autonomie“, (TPFAU) berechnet. Im Sinne der MTMM-Matrix wird hier diskriminative Validität, also ein insgesamt geringerer Zusammenhang erwartet (siehe Tabelle 4 auf der nächsten Seite).

Diese Annahme konnte - mit Ausnahme der Skalen „Selbstwertgefühl“ (TPFSW) und „Seelische Gesundheit“ (TPFSG), wo sich mittlere Zusammenhänge ergaben - im Wesentlichen bestätigt werden: Mit allen anderen Subskalen des TPF ergaben sich nur noch schwache Korrelationen. Beim vorliegenden Fragebogen handelt es sich also nicht um einen Persönlichkeitstest. Die vergleichsweise stärkere Korrelation mit dem „Selbstwertgefühl“ könnte weiters darauf hindeuten, dass der Lebensqualitätsbegriff, der dem Fragebogen zu Grunde liegt, möglicherweise doch recht stark mit der Population der Suchtkranken verknüpft ist, deren Problematik aus existenzanalytischer Sicht auf der Persönlichkeitsebene mit einem schwachen Selbstwert in Zusammenhang steht. Die ebenfalls etwas ausgeprägtere Korrelation mit der „Seelischen Gesundheit“ weist auf größere Ähnlichkeit der Konstrukte

im Sinne der konvergenten Validität hin; diskriminative Validität kann sich zum Teil daraus ergeben, dass Becker die „seelische Gesundheit“ als *trait* konzipiert, wohingegen das existentielle Wohlbefinden ein inhaltlich ähnliches Konzept in Form von

n=420		V	LG	DE	BE	SSch	PA	PP	EE	EL
<b>TPFSW</b>	<b>r</b>	,555*	,567*	-,422*	,513*	-,462*	,551*	-,481*	,556*	-,391*
<b>TPFSG</b>	<b>r</b>	,501*	,459*	-,402*	,368*	-,438*	,477*	-,450*	,419*	-,373*
<b>TPFSE</b>	<b>r</b>	,132*	,130*	-,157*	,093	-,202*	,151*	-,162*	,131*	-,155*
<b>TPFSV</b>	<b>r</b>	,013	,002	-,003	-,006	,017	,023	,020	,008	-,002
<b>TPFBF</b>	<b>r</b>	,097*	,084	-,124*	,031	-,120*	,090	-,072	,069	-,084
<b>TPFAU</b>	<b>r</b>	,199*	,151*	-,214*	,080	-,191*	,206*	-,194*	,133*	-,130*

Tabelle 4: Pearson-Korrelationen zwischen Subskalen des TPF und dem existentiellen Wohlbefinden (zweiseitige Fragestellung, \* ... signifikant bei  $\alpha = 5\%$ )

states erfasst. Als weitere Differenzierung lässt sich beobachten, dass die Korrelationen zwischen dem ELQ und dem TPF etwas stärker hinsichtlich der positiven LQ-Bereiche ausfallen. Aus der Sicht des Modells zur existentiellen Lebensqualität lässt sich Beckers Ressourcen-orientiertes Konzept der „Seelischen Gesundheit“ bestätigen, das stärker mit dem Vorhandensein positiver Wohlbefindens-Variablen als mit dem Ausbleiben von negativen Zuständen in Verbindung steht.

Schließlich wurden Zusammenhänge mit der Existenz-Skala von Längle et al. (2000), mit den Subskalen „Selbstdistanzierung“ (EXSD), „Selbsttranszendenz“ (EXST), „Freiheit“ (EXF) und „Verantwortung“ (EXV) sowie den Summenwerten aus SD + ST (P-Maß) und aus F + V (EMaß) bzw. dem Gesamt-Maß untersucht (siehe Tabelle 5).

Erwartungsgemäß zeigen sich auf Grund des gemeinsa-

higkeiten aufweist, was jedoch nicht ganz im Sinne der Theorie wäre. Danach müssten für alle Wohlbefindensbereiche etwa gleich starke Zusammenhänge zur Persönlichkeit bzw. zur Existentialität in der ESK gelten.

Der Vollständigkeit halber seien hier noch Korrelationen mit dem Gießen-Test (Beckmann et al. 1983) wiedergegeben, mit den Subskalen „Negative soziale Resonanz vs. Positive soziale Resonanz“ (GTNR\_PR), „Dominanz vs. Gefügigkeit“ (GTDO\_GE), „Unterkontrolliertheit vs. Zwanghaftigkeit“ (GTUK\_ZW), „Hypomanie vs. Depressivität“ (GTHM\_DE), „Durchlässigkeit vs. Retentivität“ (GTDU\_RE) und „Soziale Potenz vs. Soziale Impotenz“ (GTPO\_IP) (siehe Tabelle 6 auf der nächsten Seite).

Erwartungsgemäß zeigen sich im Gießen-Test die schwächsten Zusammenhänge, da es sich um ein Inventar

n=420		V	LG	DE	BE	SSch	PA	PP	EE	EL
<b>EXSD</b>	<b>r</b>	,357*	,242*	-,439*	,228*	-,393*	,275*	-,402*	,219*	-,302*
<b>EXST</b>	<b>r</b>	,483*	,422*	-,531*	,383*	-,457*	,489*	-,532*	,432*	-,420*
<b>EXF</b>	<b>r</b>	,503*	,420*	-,519*	,336*	-,503*	,475*	-,495*	,409*	-,395*
<b>EXV</b>	<b>r</b>	,463*	,346*	-,539*	,248*	-,513*	,426*	-,479*	,342*	-,389*
<b>P-Maß</b>	<b>r</b>	,480*	,383*	-,545*	,348*	-,480*	,453*	-,528*	,385*	-,412*
<b>E-Maß</b>	<b>r</b>	,514*	,411*	-,553*	,320*	-,542*	,487*	-,510*	,411*	-,407*
<b>Gesamt Maß</b>	<b>r</b>	,532*	,429*	-,574*	,366*	-,549*	,513*	-,544*	,433*	-,430*

Tabelle 5: Pearson-Korrelationen zwischen Existenz-Skala und dem existentiellen Wohlbefinden (zweiseitige Fragestellung, \* ... signifikant bei  $\alpha = 5\%$ )

men zugrundeliegenden Menschenbildes mit der Existenzskala die stärksten Zusammenhänge, und zwar in erster Linie mit dem Gesamt-Maß und mit dem E-Maß. Der Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität erfasst seiner Bestimmung gemäß stärker die existentiellen als die personalen Bereiche.

Insgesamt weisen die negativen LQ-Skalen etwas stärkere Zusammenhänge mit der Existenz-Skala auf als die positiven, vor allem die „Depressivität“ und – etwas weniger – die „Personale Passivität“. Man könnte dies in zweierlei Richtung interpretieren: Entweder erfasst die Existenz-Skala einen nicht zu unterschätzenden Anteil an „Depressivität“, was mit ihrer Entwicklung vor einem klinisch-therapeutischen Hintergrund in Zusammenhang stehen könnte. Oder man könnte behaupten, dass die Dimension „Depressivität“ die höchste „Ladung“ an (fehlenden) personal-existentiellen Fä-

handelt, das auf tiefenpsychologischen Theorievorstellungen aufbaut. Gewisse mittlere bis geringe Zusammenhänge zeigen sich zwischen den Depressivitäts-Skalen beider Fragebögen, weiters zwischen den negativen LQ-Skalen „Soziales Scheitern“, „Personale Passivität“, „Existentielle Leere“ sowie Grundangst (neg. „Vertrauen“) jeweils mit der „Depressivität“ aus dem Gießen-Test. Die positiven LQ-Skalen „Lebensgefühl“, „Beziehungserleben“, „Personale Aktivität“ und „Existentielle Erfüllung“ weisen tendenziell einen Zusammenhang mit „Durchlässigkeit“ aus dem GT auf.

### Therapiewirksamkeit im Prä/Post-Vergleich

Die Ergebnisse des ELQ erbrachten im prä/post-Vergleich hohe Effektstärken, was für eine gute Therapie-Wirksamkeit

# ORIGINALARBEIT

n=420		V	LG	DE	BE	SSch	PA	PP	EE	EL
GTNR_PR	r	,300*	,337*	-,195*	,292*	-,236*	,309*	-,232*	,317*	-,126*
GTDO_GE	r	,037	,174*	-,036	,156*	-,029	,122*	-,122*	,103	-,015
GTUK_ZW	r	,054	,065	,003	,067	,035	,069	-,003	,049	,054
GTHM_DE	r	-,435*	-,319*	,445*	-,178*	,415*	-,352*	,429*	-,287*	,429*
GTDU_RE	r	-,374*	-,430*	,324*	-,407*	,328*	-,406*	,342*	-,404*	,291*
GTPO_IP	r	-,259*	-,300*	,188*	-,332*	,167*	-,307*	,229*	-,327*	,158*

Tabelle 6: Pearson-Korrelationen zwischen Gießen-Test und dem existentiellen Wohlbefinden (zweiseitige Fragestellung, \* ... signifikant bei  $\alpha = 5\%$ )

der Existenzanalyse bei Suchtkranken im stationären Setting spricht. Im Allgemeinen werden mittlere Effektstärken ab ,50 als *relevante* Veränderung und mittlere Effektstärken ab ,80 als **starke** Veränderung bezeichnet (vgl. Cohen 1977). In Tabelle 7 finden sich die mittleren Effektstärken pro Skala.

Vertrauen	<b>0,81</b>
Lebensgefühl	0,72
Depressivität	<b>- 0,83</b>
Beziehungserleben	0,42
Soziales Scheitern	- 0,67
Personale Aktivität	0,64
Personale Passivität	- 0,73
Existenzielle Erfüllung als Gefühl	- 0,65
Existenzielle Leere	- 0,59

Tabelle 7: Therapiewirksamkeit, ausgedrückt in mittleren Effektstärken (N=211)

In den Bereichen „Vertrauen“, und „Depressivität“ wurden besonders hohe Effektstärken erzielt. Existenzanalytische Psychotherapie im stationären Setting zeitigt Auswirkungen vor allem im Bereich der ersten und der zweiten Grundmotivation, wobei sie insbesondere den Leidensdruck lindert und erst in zweiter Linie für eine Steigerung der positiven Wohlbefindensaspekte sorgt. Wie bereits weiter oben erwähnt, trägt vermutlich der stationäre Rahmen inklusive der medizinischen Betreuung einen nicht unwesentlichen Teil zur Steigerung des Wohlbefindens in der Dimension „Vertrauen“ bei. Die Verringerung der „Depressivität“ könnte zum Teil auf einen unspezifischen psychotherapeutischen Wirkfaktor zurückgehen.

Auffallend ist die negative Auswirkung der Therapie auf die „existenzielle Erfüllung als Gefühl“. Hier ist ein Hinweis gegeben, dass Suchtkranke durch die Therapie einen Verlust an hedonischer Lebensqualität erfahren. Dieser Effekt könnte dafür mitverantwortlich sein, wenn es zu einem Therapieabbruch kommt. Suchttherapie bedeutet in hohem Maß ein Aushalten des Abnehmens von gefühlten Erfüllungserfahrungen, die früher aus dem Drogenkonsum resultierten, aber auch in einem

Festhalten an einer von Illusionen und Wunschhaltungen geprägten Weltsicht bestanden. Dieses Ergebnis stützt insgesamt das Konzept der eudämonistischen Lebensqualität. In der Therapie mit Suchtkranken geht es vor allem darum, diesem fehlenden Gefühl etwas entgegenzusetzen, das dennoch eine *existenzielle* Sinnerfahrung ermöglicht, etwa ein Projekt, eine erfüllende Arbeit, die Erfahrung einer besseren Bewältigung des Lebens insgesamt. Hinweise in diese Richtung werden aus der qualitativen Untersuchung ersichtlich, wo in Interviews zu Therapieende – im Unterschied zu Therapiebeginn – das Thema „Erfüllung“ häufig genannt wurde. Eine spürbare Besserung der *ontologischen* Sinnerfahrung (im Sinne der Skala EE) ist hier erst längerfristig zu erwarten.

Die Wirksamkeitsuntersuchung fand in einem naturalistischen Setting statt. Die Patienten hatten außer der Psychotherapie auch umfassende medizinische und pflegerische Betreuung. Die spezifisch psychotherapeutische Wirkung der Existenzanalyse wäre streng genommen nur in einem Vergleich unterschiedlicher Therapiemethoden möglich. Dieser konnte aus praktischen Gründen im Rahmen der vorliegenden Studie nicht durchgeführt werden.

Auf der anderen Seite lässt sich zeigen, dass der Fragebogen zur existenziellen Lebensqualität in spezifischer Weise die therapeutischen Wirkfaktoren der Existenzanalyse – zumindest für die Population der Suchtkranken – erfassen kann. Im Rahmen der Evaluationsstudie kamen auch theoriefremde Instrumente zum Einsatz, die durchwegs geringere Wirksamkeiten erbrachten. So wurden mittlere Effektstärken bis ,42 im TPF, im Gießen-Test bis ,33 gefunden. In der Existenzskala ergaben sich Effektstärken bis ,46 (vgl. Längle et al. 2000, 20ff.). Auch diese Veränderungen halten jedoch den durchschnittlichen Ergebnissen aus ähnlichen klinischen Gruppenstudien stand (vgl. Strauß und Burgmeier-Lohse 1994).

## Kritik und Ausblick

Zur Absicherung des Konstrukts „existenzielle Lebensqualität“ wären Untersuchungen zur zeitlichen Stabilität des Merkmals durchzuführen. Hinsichtlich der neun Subskalen zum existentiellen Wohlbefinden wäre zu überprüfen, ob sich diese in anderen Gruppen wieder finden lassen bzw. ob sich *Rasch*-Homogenität an einem größeren Datensatz nachweisen lässt. Im Rahmen einer eudämonistischen Auffassung von Lebensqualität ist es nicht sinnvoll, von einer statistischen Norm auszugehen, daher ist eine „Eichung“ des ELQ nicht von vorrangi-

gem Interesse.

Die Anwendung des ELQ ist vor allem im Rahmen von Veränderungsmessung zu sehen. Intrapersonelle Veränderungen (z.B. zwischen Beginn und Ende einer Therapie) zeigen auf, inwieweit persönliche Bewältigungsprozesse in Gang gekommen sind – insbesondere in der Kombination negativer und positiver Subskalen. Allerdings scheint auch bei einmaliger Testvorgabe die *Kombination* der Einzelwerte einen Rückschluss auf eine aktive persönliche Auseinandersetzung – eine innere Konfliktlösung, die Bewältigung eines Verlusts usw. – zu ermöglichen.

Weitere Anwendungsmöglichkeiten wären Fragestellungen im Rahmen der positiven Psychologie.

Innerhalb der Psychotherapie-Wirksamkeitsforschung stellt der Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität einen weiteren Schritt in Richtung Operationalisierung existenzanalytischer Konstrukte dar. Die Entwicklung von spezifischen Wirkungsmodellen in der Sprache operationaler Konstrukte steht allerdings für die Existenzanalyse – wie übrigens für die meisten humanistisch-existentialen Therapie-richtungen – noch aus. Die Gründe dafür liegen in der schier unendlichen Komplexität der Phänomene, die den Gegenstand der humanistisch-existentialen Therapien ausmachen und die in der therapeutisch-beraterischen Arbeit intuitiv-einführend wahrgenommen werden (müssen). Eine weitere Operationalisierung wäre vor allem auf Grundlage phänomenologischer Prozessanalysen möglich.

## Literatur

- Becker P (1989) Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF), Handanweisung. Göttingen: Hogrefe
- Beckmann D, Brähler E, Richter HE (1983) Der Gießen-Test (GT). Bern: Huber, 3°
- Bimbacher D (1998) Der Streit um die Lebensqualität. In: Schummer J (Hrsg) Glück und Ethik. Würzburg: Königshausen und Neumann, 109- 124
- Boscolo L, Bertrando P (1994) Die Zeiten der Zeit. Eine neue Perspektive systemischer Therapie und Konsultation. Heidelberg: Auer
- Bullinger M (1997) Lebensqualitätsforschung. Bedeutung – Anforderung – Akzeptanz. Stuttgart: Schattauer
- Bullinger M, Ravens-Sieberer U, Siegrist J (2000) Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin – eine Einführung. In: Bullinger M, Siegrist J, Ravens-Sieberer U (Hrsg) Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive. Göttingen: Hogrefe, 11-24
- Ciampi L (1997) Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Logik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Cohen J (1977) Statistical Power Analysis for the Behavioural Science. New York: Academic Press
- Csikszentmihalyi M (1990) flow – Das Geheimnis des Glücks. Stuttgart: Klett
- Deci EL, Ryan RM (2000) The „what“ and the „why“ of goal pursuits: human needs and the self-determination of behaviour. Psychol. Inq. 11, 227-268
- Deci EL, Ryan RM (2001) On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. Annu. Rev. Psychol. 52, 141-166
- Dörner K, Plog U (1994) Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/ Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Dulz B, Schneider A (1995) Borderline-Störungen. Theorie und Therapie. Stuttgart: Schattauer
- Frankl VE (1950) Homo patiens. Wien: Deuticke
- Frankl VE (1959) Grundriss der Existenzanalyse und Logotherapie. In: Frankl VE, von Gebattel V, Schultz J (Hrsg) Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Bd. III, 663-736
- Frankl VE (1972) Das Leiden am sinnlosen Leben. Freiburg
- Frankl VE (1976) Paradoxien des Glücks. In: Hommes U (Hrsg) Was ist Glück? Ein Symposium. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 108-126
- Görtz A (2003) Lebensqualität aus existenzanalytischer Sicht. Die Entwicklung eines psychotherapeutisch orientierten Diagnostikums zur Erfassung von Lebensqualität. Unveröff. Diss. Univ. Wien
- Hofstätter PR (1986) Bedingungen der Zufriedenheit. Zürich: Edition Interform
- Janke W, Debus G (1978) Die Eigenschaftswörterliste. Göttingen: Hogrefe
- Jaspers K (2000) Was ist der Mensch? Philosophisches Denken für alle. München: Piper
- Kubinger KD (1996). Einführung in die psychologische Diagnostik. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Längle A (1991) Wortmeldung in der Enddiskussion des Seminars über Lebensqualitätsforschung am 3.6.1989 auf der Thomasburg. In: Tüchler H, Lutz D (Hrsg) Lebensqualität und Krankheit: Auf dem Weg zu einem medizinischen Kriterium Lebensqualität. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 195-217
- Längle A (1996) Der Verlust des Zusammenhalts. Psychopathologie und existentielle Themen in der Schizophrenie. Existenzanalyse 13, 3, 13-22
- Längle A (1999) Existenzanalyse – Die Zustimmung zum Leben finden. Fundamenta Psychiatrica 12, 139-146
- Längle A (2000) Die „Personale Existenzanalyse“ (PEA) als therapeutisches Konzept. In: Längle A (Hrsg) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas, 9-38
- Längle A, Orgler CH, Kundi M (2000) Existenz Skala. Weinheim: Beltz
- Längle A, Görtz A, Rauch J, Jarosik H, Haller R (2001). Effektivitätsstudie zur Existenzanalyse. Explorativer Vergleich mit anderen Psychotherapiemethoden im stationären Setting. Existenzanalyse 17, 3, 17-29
- Lütterfelds W (1991) Philosophische Aspekte der Lebensqualität. In: Tüchler H, Lutz D (Hrsg) Lebensqualität und Krankheit: Auf dem Weg zu einem medizinischen Kriterium Lebensqualität. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 162-187
- Maslow AH (1971) The Farther Reaches of Human Nature. New York: Viking
- Rogers C (1963) The actualization tendency in relation to „motives“ and to consciousness. In: Jones MR (Ed) Nebraska Symposium on Motivation, 11, 1-24
- Ryff CD, Keyes CLM (1995) The structure of psychological well-being revisited. J. Pers. Soc. Psychol., 69, 719-727
- Seel M (1998) Wege einer Philosophie des Glücks. In: J. Schummer (Hrsg) Glück und Ethik. Würzburg: Königshausen und Neumann, 109-124
- Seligman M, Csikszentmihalyi M (2000) Positive psychology: an introduction. American Psychologist, 55, 5-14
- Strauß B, Burgmeier-Lohse (1994) Evaluation einer stationären Langzeitgruppenpsychotherapie – Ein Beitrag zur differentiellen Psychotherapieforschung im stationären Feld. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 44, 184-192
- Tellenbach H (1987) Psychiatrie als geistige Medizin. München: Verlag für Angewandte Wissenschaften
- Tutsch L (1996) Schizophrenie – ein Überblick. Existenzanalyse 13, 3, 4-12
- Zielke M (1979) Kieler Änderungssensitive Symptomliste (KASSL) Weinheim: Beltz
- Zubin J, Spring B (1977) Vulnerability. A new view on schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology

*Anschrift der Verfasserin:*

*Dr. Astrid Görtz*

*Theophil Hansen-Gasse 7/1/3*

*1230 Wien*

*astrid.gortz@existenzanalyse.org*