

Effektivitätsstudie zur Existenzanalyse

Explorativer Vergleich mit anderen Psychotherapiemethoden im stationären Setting

Alfried Längle, Astrid Görtz, Johannes Rauch, Helmut Jarosik, Reinhard Haller¹

Die Existenzanalyse wurde bei stationären Suchtpatienten eines Versorgungskrankenhauses in den Jahren 1994 – 2000 einer empirischen Überprüfung hinsichtlich ihrer Effektivität unterzogen. Über 300 alkohol- und medikamentenabhängigen Patienten wurde am Beginn und am Ende ihres achtwöchigen Aufenthaltes eine Testbatterie vorgelegt. Als Vergleichsstichprobe wurden Patienten herangezogen, die mit unterschiedlichen Psychotherapieverfahren behandelt worden sind.

Es zeigt sich eine signifikante Wirkung der Existenzanalyse im achtwöchigen, stationären Setting auf die Befindlichkeit (KASSL, EWL), auf die Verantwortlichkeit und Selbsttranszendenz (ESK) und auf die seelische Gesundheit (TPF) der Suchtpatienten. Eine deutliche Wirkung war auch auf die Selbstdistanzierung und auf die Freiheit (hier besonders in der Katamnese), im Selbstwertgefühl, in der Selbstzentrierung und in der Autonomie des TPF sowie in der sozialen Resonanz und Potenz des Giessen-Tests festzustellen.

Die Effektivität der Existenzanalyse ist vergleichbar mit etablierten Methoden (Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie). Es zeigen sich aber auch Unterschiede in der Wirkung der Methoden: im (mehr psychoanalytisch orientierten) Giessen-Test weisen die Patienten der Kontrollgruppe bessere Ergebnisse auf; die Patienten der Existenzanalyse-Gruppe erzielten hingegen in den existentiellen Parametern (der Existenzskala) wie Verantwortung, Selbsttranszendenz, seelische Gesundheit bessere Ergebnisse. Die Kontrollgruppe hat außerdem bessere Ergebnisse im Subtest "Freiheit", was mit der größeren Symptomentlastung und Aktivierung der Patienten anderer Therapie-richtungen zusammenhängen dürfte. Wegen einigen methodischen Mängeln ist jedoch Vorsicht bei diesen Aussagen geboten.

Stichworte: empirische Untersuchung, Existenzanalyse, Effektivität, stationäre Psychotherapie, Suchttherapie

Existential analysis was tested in respect of its efficiency concerning hospitalized patients with chemical dependency problems in a specialized hospital during the period from 1994 to 2000. More than 300 patients addicted to alcohol or prescription drugs were submitted to a series of tests at the beginning and at the end of the eight weeks of their treatment. Other patients, who were being treated with different methods, were used as comparative samples.

As a result, existential analysis showed a significant improvement during an eight weeks inpatient setting on the well-being (KASSL, EWL), on responsibility and self-transcendence (ESK) and on psychic health (TPF). A remarkable effect can also be demonstrated on self-distancing and freedom (especially in the katamnestic poll), on self-esteem, self-centering and autonomy in the TPF as well as in the social resonance and potency of the Giessen test.

Existential Analysis has a comparable effectiveness to the established methods (depth psychology, behavioral therapy and systemic therapy). But differences in the effectiveness of the methods employed emerged as well: in the (more psychoanalytically oriented) Giessen test the patients of the control group did better, but the patients treated with existential analysis achieved better results in the existential parameters (the existential scale) such as responsibility, self-transcendence and mental health. The control group also did better in the subtest "freedom" which may have to do with the greater relief from symptoms and activation of patients in other therapeutical approaches. Due to some methodological deficiencies, these results have to be interpreted with care.

Key words: empirical study, existential analysis, effectiveness, in-patient psychotherapy, psychotherapy of chemical dependency

¹ Unter Mitarbeit von R. Gschließer, C. Hansen-Steiner, G. Münst, A. Pöder, K. Steinert, R. Wölfle, O. Zech

Einführung

In den Jahren 1994–2000 wurde eine breit angelegte Studie zur Wirksamkeit existenzanalytischer Psychotherapie im Vorarlberger Suchtkrankenhaus “Maria Ebene” in Frastanz durchgeführt. Dabei wurden über 300 Personen in einen Prä-/Post-Versuchsplan einbezogen. Es handelte sich dabei um die erste empirische Studie der Existenzanalyse auf dem Boden ihrer Weiterentwicklungen (Grundmotivationen, Arbeit mit Personaler Existenzanalyse) in dieser Größenordnung. Das Krankenhaus “Maria Ebene” erschien besonders geeignet für eine solche Studie, weil in diesen Jahren (1994–1998) ein Team von Existenzanalytikern dort arbeitete. Ziel der Untersuchung war es, die *Wirksamkeit der existenzanalytischen Psychotherapie bei Suchtpatienten* (Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit, vereinzelt auch Opiatabhängigkeit) nachzuweisen.

Um einen *Vergleich* mit anderen Therapierichtungen zu ermöglichen, wurden in den Jahren 1999–2000 weitere 57 Patienten in die Untersuchung einbezogen, die mit systemischen, tiefenpsychologischen sowie verhaltenstherapeutischen Psychotherapiemethoden behandelt wurden.

Schließlich wurde in der Existenzanalyse-Gruppe ein halbes Jahr nach Therapie-Ende eine *katamnestiche Befragung* in Briefform durchgeführt. Wegen der geringen Beteiligung (57 bzw. 67 vollständige Antworten) lassen sich aus diesen Ergebnissen allerdings nur bedingt Rückschlüsse auf die mittelfristige Wirksamkeit der Existenzanalyse ziehen.

Behandlungsplan des stationären Settings

Das Krankenhaus Stiftung Maria Ebene ist für insgesamt 50 Patienten eingerichtet, die in drei Teams unter ärztlicher Leitung behandelt werden. Pro Turnus und Team werden etwa 15 bis 17 Patienten aufgenommen.

Der Aufenthalt in Maria Ebene dauert acht Wochen, die meisten Patienten haben einen abgeschlossenen körperlichen Entzug hinter sich. Nach einer Aufnahmewoche folgen sieben Wochen stationäre Psychotherapie mit Gruppensitzungen und Einzelgesprächen.

Begleitend zu den psychotherapeutischen Einzel- und Gruppensitzungen kommen *kunsttherapeutische Methoden* (Maltherapie, Gestalten mit Ton, etc.) sowie *Entspannungsverfahren* (Autogenes Training) zum Einsatz. Viele Patienten erhalten begleitend zur Psychotherapie und abgestimmt mit dieser auch *Psychopharmaka*.

Fragestellung und Versuchsplan

Die Patienten wurden mittels Fragebögen am Beginn und am Ende ihres Aufenthaltes untersucht, die Existenzanalyse-Gruppe darüberhinaus brieflich ein halbes Jahr nach der Entlassung.

Bei den Patienten des Existenzanalyse-Teams wurden die folgenden *Variablen* erfasst:

Zu Therapiebeginn:

- Soziodemografische Merkmale
- Diagnosen nach DSM III-R (Einschätzung durch den aufnehmenden Arzt)

Jeweils zu Therapiebeginn und wenige Tage vor der Entlassung (Selbsteinschätzung):

- Befindlichkeit (Eigenschaftswörterliste, Janke & Debus 1978)
- Symptombelastung (Kieler Änderungssensitive Symptomliste, Zielke 1979)
- Lebensqualität: Zufriedenheit, Wohlbefinden (Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität, Görtz, i.V.)
- Seelische Gesundheit (Trier Persönlichkeitsfragebogen, Becker 1989)
- Selbstbild (Gießen-Test, Beckmann et al. 1983)
- Existentielle Fähigkeiten (Existenzskala, Längle, Orgler 1987; Längle et al. 2000)

Direkte Veränderungsmessung zu Therapieende (rückblickende Selbsteinschätzung)

- allgemeine therapierelevante Veränderungen (aus Therapeuten- und Patientensicht; Eigenentwicklung)
- Therapieerfolg (aus Therapeuten- und Patientensicht; Eigenentwicklung)

Sechs Monate nach Therapieende (Selbsteinschätzung)

- Symptombelastung (Kieler Änderungssensitive Symptomliste, Zielke 1979)
- Existentielle Fähigkeiten (Existenzskala, Längle, Orgler 1987; Längle et al. 2000)

In der Vergleichsgruppe (“gemischte Therapieformen”) wurden die soziodemografischen und diagnostischen Variablen sowie die Symptombelastung, die seelische Gesundheit, das Selbstbild im Gießen-Test sowie die Veränderung in der Existenzskala untersucht.

Die Vorgabe der Fragebögen erfolgte – abgesehen von der Katamnese – innerhalb einer regulären Gruppentherapie-Sitzung, was sicherstellte, dass der Großteil der Patienten die Fragebögen ausfüllte; nur etwa 5% verweigerten die Teilnahme an der Studie. Die Katamnese-Bögen wurden allen Patienten mit einem persönlichen Begleitbrief des Therapeuten zugeschickt. Der geringe Rücklauf entspricht den Erfahrungen aus ähnlichen Studien mit Suchtpatienten. Positive Selektionseffekte sind dabei nicht auszuschließen, wie z.B. dass möglicherweise Patienten, die rückfällig geworden sind, seltener antworten als die Abstinente bzw. jene, die die positiven Erfolge der Therapie nutzen konnten.

Beschreibung der Stichprobe

Von den insgesamt 337 untersuchten Patienten gehörten 280 der existenzanalytisch behandelten Gruppe und 57 jener Gruppe mit “gemischten” Therapierichtungen (Individualpsychologie, systemische Familientherapie und

Verhaltenstherapie) an.

Bezüglich der Variablen Alter und Geschlecht verteilt sich die Gesamtstichprobe in folgender Weise:

Tabelle 1: Alter (n = 337)

Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.-Abw.
18	65	41	10

Tabelle 2: Geschlecht (n = 337)

Männer	Frauen	Gesamt
60%	40%	100%

Die klinischen Diagnosen wurden zum Zeitpunkt der Aufnahme durch den aufnehmenden Arzt erhoben. Zu Therapieende wurde sie durch den Psychiater überprüft und gegebenenfalls korrigiert.

Tabelle 3: Hauptdiagnosen der Existenzanalyse-Gruppe zu Therapieende (DSM III-R), n = 280

Alkoholabhängigkeit (303.9)	74%
Barbiturat und ähnlich wirkende Sedativa- oder Hypnotikaabhängigkeit (304.1)	11%
Opiatabhängigkeit (304.0)	5%
nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung (301.9)	5%
Drogen- und Medikamentenmissbrauch ohne Abhängigkeit (305.0)	5%
gesamt	100%

Therapiebedingungen

Die folgenden Rahmenbedingungen waren für alle Gruppen im Haus gleich. Die Psychotherapie wurde in kombiniertem Einzel- und Gruppensetting durchgeführt. Die Patienten eines achtwöchigen Turnus wurden auf zwei Kleingruppen von jeweils etwa acht bis neun Patienten aufgeteilt. Diese Gruppen wurden von ein bis zwei Psychotherapeuten geleitet. Ebenso wurde jedem der drei bis vier Einzeltherapeuten die entsprechende Anzahl Patienten im Zuge der ärztlichen Aufnahme zugewiesen. Teilweise besuchten die Patienten die Gruppe bei demselben Therapeuten, bei dem sie auch in den Einzelgesprächen standen. Die Zuweisung zu den Gruppen erfolgte zufällig. Vereinzelt äußerten Patienten den Wunsch nach einem bestimmten Therapeuten, den sie von einem früheren Aufenthalt bereits kannten.

Wöchentlich fand im allgemeinen ein Einzelgespräch statt, vereinzelt wurden auch mehr Gespräche – in Krisensituationen sogar täglich – geführt.

Die psychotherapeutische Kleingruppe traf sich in der

Regel zu drei Sitzungen wöchentlich für eineinhalb Stunden (insgesamt also 15 bis 18 therapeutische Gruppensitzungen zu eineinhalb Stunden). Darüber hinaus gab es auch sogenannte “Informationsgruppen” für alle Patienten eines Turnus und Teams, die jedoch nicht therapeutisch im eigentlich Sinn waren, ebensowenig wie die wöchentliche, rein informationsbezogene “Hausgruppe” für alle Patienten des Krankenhauses.

Die Intensität der Psychotherapie lag für alle Teams des Krankenhauses zwischen vier und fünf Sitzungen pro Woche (drei in Gruppen und mindestens eine im Einzelsetting).

Die Psychotherapie fand in Eigenverantwortung des jeweiligen Therapeuten (ohne vorgegebenes Manual), jedoch begleitet von ein bis zwei intervisorischen Teamsitzungen pro Woche statt, bei denen das therapeutische Vorgehen bei jedem einzelnen Patienten detailliert besprochen wurde. Darüber hinaus gab es tägliche, eher medizinisch orientierte Morgenbesprechungen, die jedoch in Krisensituationen hohe therapeutische Relevanz bekommen konnten.

Alle in den Hauptteil der Studie einbezogenen Therapeuten waren Psychotherapeuten in Ausbildung in der Methode Existenzanalyse, wie sie von der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (Wien) vertreten und gelehrt wird. Gelegentlich wurden auch Ausbildungskandidaten der Existenzanalyse, die als Praktikanten tätig waren, in die Therapie mit einbezogen. Sie führten zeitweise selbst Einzelgespräche mit den Patienten, jedoch immer unter Supervision des verantwortlichen Psychotherapeuten. Die Bedingungen für die Psychotherapie entsprechen einem typischen Krankenhaus, das in der Versorgung arbeitet und sich darin von einer Universitätsklinik unterscheidet. Es interessierte die Wirksamkeit der Existenzanalyse unter möglichst natürlichen und nicht vereinheitlichten und normierten Behandlungsbedingungen, so wie Psychotherapie meistens zur Anwendung kommt. Dabei spielen auch Krankenzustände, Urlaube, Patientenwünsche usw. eine Rolle.

Spezifika existenzanalytischer Behandlung

Neben den gemeinsamen äußeren Rahmenbedingungen für die Psychotherapie gab es spezielle Bedingungen für die Existenzanalyse-Gruppe, die sich durch die Inhalte der Methode ergeben.

Die Existenzanalyse arbeitet vorwiegend *phänomenologisch*, was bedingt, dass auf eine maximale *Individualisierung* geachtet wird. D.h., dass die Patienten möglichst nicht nach einem einheitlichen Schema alle in gleicher Weise (z.B. mit Therapiemanualen) behandelt werden, sondern im Gegenteil: flexibel und angepasst je nach den aktuellen Fähigkeiten, Kräften, Motivationen usw. Dieses Theoriekonzept hatte auch Auswirkungen auf die Arbeit mit den Patienten in den Gruppen und im Einzelsetting der vorliegenden Studie. Die Patienten wurden je nach ihrer persönlichen Lage und ihren Bedürfnissen in die Gruppenaktivitäten einbezogen. Die Anzahl der Einzelsitzungen

richtete sich ebenfalls nach dem Bedarf des Patienten, seiner Motivation und der eingeschätzten Notwendigkeit und konnte sich während des Aufenthaltes entsprechend verändern. Diese Vorgangsweise nimmt auch Rücksicht auf die realen Gegebenheiten in einem Versorgungs Krankenhaus, wo die Ressource "Psychotherapieangebot" nur in einem beschränkten Ausmaß zur Verfügung steht und daher möglichst sinnvoll zu verteilen ist. Ein starrer Untersuchungsplan zum Zwecke einer Studie, durch welchen das Therapieangebot auf alle Patienten gleichermaßen unabhängig von ihrem Bedarf verteilt wäre, würde uns unter diesen Bedingungen und für ein individualisierend vorgehendes Verfahren unethisch erscheinen.

Als phänomenologisches Verfahren orientiert sich die Existenzanalyse im therapeutischen Vorgehen an dem, was die Patienten *aktuell bewegt* und stellt – außer in Gruppentherapien – Themenvorgaben zurück. Daraus resultiert ein vorwiegend *problemorientiertes Arbeiten*, das auf einen langfristigen Effekt Wert legt und entsprechend Umfeldfaktoren und Veränderungen in der Umgebung, in der Lebenshaltung sowie in grundsätzlichen Entscheidungen fokussiert. Im Vordergrund steht die Entwicklung der Autonomie und Eigenverantwortung und nicht primär Symptomentlastung. Übungen, Rollenspiele, Sensitivitätstrainings, Familienaufstellungen u.ä., womit ein relativ rasch einsetzender Effekt erzielt werden kann, werden in der Regel in der Existenzanalyse nicht durchgeführt.

Teil 1: Wirksamkeit existenzanalytischer Psychotherapie

Fragestellungen

Mit dieser Studie sollte geprüft werden, wie gut *Existenzanalyse* als Psychotherapie von Abhängigkeiten *im stationären Raum wirksam* ist und wie gut sie in einem multiprofessionellen Team zur Anwendung kommen kann.

Weiters interessierte, welche *spezifischen Effekte* eine existenzanalytische Behandlung aufweist, ob sie sich *darin von anderen Therapien unterscheidet* und ob eine *Vergleichbarkeit der Effektivität zu anderen, etablierten Methoden* besteht. Dies ist eine Form der Wirksamkeitsprüfung einer Methode, wie sie beispielsweise Grawe et al. (1994) vorschlägt. Die Studie ist daher ergebnisorientiert und nicht prozessorientiert angelegt. Das bedeutet, dass nicht untersucht wurde, welches z.B. die Wirkfaktoren der Existenzanalyse sind, oder ob die Effekte "dosisabhängig" von der Zahl der Therapiestunden abhängen etc.

Die Wirksamkeit der existenzanalytischen Psychotherapie wurde nach mehreren Gesichtspunkten analysiert. Einerseits wurden Verbesserungen in den sogenannten "state"-Variablen (wie Symptombelastung und Befindlichkeit ganz allgemein) erwartet. Andererseits war der Effekt der existenzanalytischen Psychotherapie auf die *Persön-*

lichkeit durch andere Untersuchungen bekannt, vor allem auf die mit der Existenzskala erfassten "existentiellen Fähigkeiten", auf welche die existenzanalytische Therapie fokussiert ist (Längle et al. 2000).

Ein weiteres Ziel der Studie war, Indikatoren des messbaren Therapieerfolgs zu beschreiben. Mit Interesse wurde erwartet, welche Veränderungen sich auch in theoriefremden Instrumenten, wie etwa dem Gießen-Test, abbilden. Dieses Verfahren wurde speziell in Hinblick auf den Therapievergleich (Teil 2 der Studie) ausgewählt. Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen hat durch das Konzept der "seelischen Gesundheit" mit seiner "salutogenetischen" Ausrichtung eine gewisse theoretische Nähe zur Existenzanalyse (vgl. Wurst, Maslo 1996).

Ergebnisse und Interpretation

Die geschilderten Erwartungen wurden weitgehend bestätigt. Im folgenden werden die Ergebnisse in Form von *Effektstärken* auf Basis der Rohwerte wiedergegeben. Die Effektstärken wurden nach der Formel:

$$ES = (\bar{x}_B - \bar{x}_A) / s_A,$$

berechnet, wobei die Abkürzungen bedeuten:

- \bar{x}_A Gruppenmittelwert zu Therapiebeginn
- \bar{x}_B Gruppenmittelwert zu Therapieabschluss
- s_A Streuung zu Therapiebeginn

Die Werte der Kieler Änderungssensitiven Symptomliste (KASSL) werden hier auch als T-Werte einer entsprechenden Vergleichsnorm angegeben. T-Werte enthalten mehr Information, da sie auch das "Niveau" der Messwerte in die Interpretation mit einbeziehen.

Generell werden für die Interpretation auf Grund statistischer Überlegungen (siehe Cohen 1977) Veränderungen ab ,50 Effektstärken bzw. ab 5 T-Werten als relevante Veränderung und Veränderungen ab ,80 Effektstärken bzw. ab 8 T-Werten als starke Veränderung bezeichnet.

a) Befindlichkeit

Zur Erhebung der subjektiven Befindlichkeit wurden drei Instrumente herangezogen: KASSL, EWL und Fragen zur Lebensqualität.

Die Kieler Änderungssensitive Symptomliste (KASSL) besteht aus insgesamt 50 Items und fragt nach der Symptombelastung in psychotherapie relevanten Bereichen. Im Gesamtwert und in allen Subskalen ist bei der Existenzanalyse-Gruppe eine hochsignifikante Besserung zwischen Therapiebeginn und Therapieabschluss zu beobachten. Die Symptombelastung (Gesamtwert) ist um 7 T-Werte gesunken. Zu Therapiebeginn lag die untersuchte Gruppe gemessen an einer altersentsprechenden Vergleichsnorm etwa im Durchschnittsbereich, d.h. 50% hatten mehr Symptombelastung. Zu Therapieabschluss war nur noch eine Symptombelastung von 23% zu beobachten, d.h. nur 23% der gleichaltrigen Patienten hatten noch geringere Symptom-

belastung.

In der katamnestischen Befragung zeigte sich eine Besserung um fast 9 T-Werte, die Symptombelastung war auf etwa 16% gesunken.

Betrachtet man die Ergebnisse im KASSL differenzierter (vgl. Tab. 4), so zeigen sich die stärksten Besserungsraten in der Verstimmungsstörung. Bezieht man jedoch den Zeitraum eines halben Jahres nach Therapieende mit ein, erleben die Patienten ihre sozialen Kontaktstörungen als am stärksten gebessert. Es könnte hier ein gewisser Verzögerungseffekt vorliegen, da soziale Kontaktstörungen im persönlichen Umfeld intensiver erlebbar sind als in einem zufälligen und vorübergehenden Milieu einer Station. Es handelte sich dann um einen "Depot-Effekt", der erst in der life-Situation zur vollen Wirkung kommt. Es ist jedoch zu bedenken, dass sich möglicherweise Patienten, die unter sozialer Isolation leiden, seltener an der Katamnese-studie beteiligen.

Hochsignifikante Besserungen gibt es darüber hinaus bei Berufsschwierigkeiten und bei Konzentrations- und Leistungsstörungen, jeweils sowohl innerhalb der acht Wochen Therapie als auch – mit merklichem Zuwachs – in der Zeit nach Therapieabschluss.

Die allgemeine Befindlichkeit wurde mit der Eigenschaftswörterliste "EWL" erhoben. Es handelt sich dabei um ein mehrdimensionales Verfahren zur quantitativen Beschreibung des momentanen (aktuellen) Befindens, erfasst durch die Bereiche der leistungsbezogenen Aktivität, der allgemeinen Desaktivität, der Intraversion/Extraversion, des allgemeinen Wohlbefagens, der emotionalen Gereiztheit und der Angst. Die Ausführung des Test geschieht in Form von Selbstbeurteilungen durch "Zustim-

mung" bzw. "Ablehnung" zu adjektivisch formulierten Zustandsbeschreibungen (z.B. "ungesellig", "wortkarg", "verschlossen"). Es handelt sich bei der EWL um ein verbreitetes Instrument zur Erfassung der Wirksamkeit von Interventionen sowohl auf pharmakologischem als auch psychologisch-psychotherapeutischem Gebiet.

Bei den Patienten der vorliegenden Untersuchung hat sich die Befindlichkeit durch den Therapieaufenthalt in allen Bereichen verbessert (vgl. Tab. 5). Ähnlich wie bei der KASSL liegt die stärkste Veränderung bei der Verbesserung der Stimmungslage. Stimmung kann als Gesamtbild der körperlichen, psychischen und weltbezogenen Verfassung angesehen werden. Die Anhebung der Stimmung in der EWL ist gepaart mit einer Zunahme an Selbstsicherheit und Aktiviertheit, verbunden mit einer Abnahme von Müdigkeit und Desaktiviertheit. Die Patienten sind insgesamt gelöster, die Erregtheit und Bezogenheit nach innen (Introvertiertheit) nahm signifikant ab. Auch hier gab es keine Verschlechterung durch den Therapieaufenthalt.

Als Haupteffekt des Therapieaufenthaltes bildet sich in der EWL vor allem eine emotionale und handlungsbezogene *Aktivierung* ab, die mit einer Verringerung von Erregtheit und Innengewandtheit und einer Zunahme zur *Weltoffenheit* verbunden ist.

Darüber hinaus wurden die Patienten am Beginn und Ende der Therapie mit zwei Fragen nach ihrer subjektiven Lebensqualität befragt.

Die Fragen zum subjektiven Wohlbefinden und zum Glückserleben ergaben, dass beide Dimensionen am Ende des stationären Aufenthaltes sehr signifikante Verbesserungen aufwiesen (vgl. Tab. 6). Das Wohlbefinden hat sich sogar extrem gebessert. Diese Ergebnisse stehen in derselben

Linie mit den Resultaten der KASSL und der EWL, sind aber von einem gesundheitspsychologischen Standpunkt aus erhoben und daher nicht störungsbezogen. Wohlbefinden bedeutet mehr als Symptombelastung. Beim Glückserleben spielen natürlich noch weitere Faktoren eine Rolle, die sich der eigenen Kontrolle entziehen. Es ist daher verständlich, dass dieser Wert etwas schwächer ausfällt als jener der Wohlbefindens-Frage.

Tabelle 4: KASSL (Kieler Änderungssensitive Symptomliste)

Veränderungen in der Symptombelastung (Angaben in T-Werten, Differenzen gerundet). In den Klammern neben der Skalenbezeichnung die Zahl der Items.

** ... signifikant bei $\alpha = 1\%$

KASSL-Subskala	Prä-Test	Post-Test	Katamnese	Prä/Post-Differenz (n = 213)	Prätest/Katamnese-Differenz (n = 67)
Symptombelastung (Gesamtwert) (50)	49,35	42,56	40,44	-7,2**	-8,9**
Soziale Kontaktstörung (13)	50,65	46,05	43,62	-4,8**	-7,3**
Verstimmungsstörung (17)	48,79	42,62	42,75	-6,5**	-6,4**
Berufsschwierigkeiten (12)	53,06	47,91	45,56	-5,4**	-6,9**
Konzentrations- und Leistungsstörungen (8)	49,59	44,72	43,38	-5,2**	-6,2**

Zusammenfassung der Befindlichkeit

Die drei Instrumente ergeben übereinstimmend eine Abnahme der Belastung durch die Symptome und Probleme, was mit einer Zunahme des Wohlbefindens, der Stimmung und der Selbstsicherheit verbunden ist. Begleitet wird diese Veränderung von einer Abnahme der Passivierung und einer Steigerung der Bereitschaft zum Handeln sowie der Fähigkeit zu mehr Sensibilität und Konzentration. Dies kann als eine Reduktion der Symptombelastung bzw. innerpsychischer, neurotischer Fixierungen verstanden werden.

Tabelle 5: EWL (Eigenschaftswörterliste)

Veränderungen in der allgemeinen Befindlichkeit (Angaben in Rohwerten bzw. Effektstärken). In den Klammern neben der Skalenbezeichnung die Zahl der Items pro Subtest.

** ... signifikant bei $\alpha = 1\%$

EWL-Subskala	Veränderung in Rohwerten (n = 175)	Effektstärke
Gehobene Stimmung (11)	3,42**	0,77
Selbstsicherheit (8)	1,63**	0,62
Aktiviertheit (11)	2,40**	0,57
Desaktiviertheit (13)	-2,45**	-0,53
Müdigkeit (7)	-1,17**	-0,53
Deprimiertheit (16)	-2,74**	-0,48
Erregtheit (15)	-2,11**	-0,47
Introvertiertheit (8)	-1,17**	-0,42
Ängstlichkeit (7)	-1,04**	-0,41
Benommenheit (5)	-0,34**	-0,38
Empfindlichkeit (4)	-0,34**	-0,32
Extravertiertheit (7)	0,88**	0,27
Verträumtheit (6)	-0,04**	-0,14
Ärger (5)	0,01	-0,08

Tabelle 6: Wohlbefinden: "Wie hoch schätzen Sie Ihr derzeitiges Wohlbefinden ein?"

(visuelle Analogskala von 0-130; Angaben in Rohwerten bzw. Effektstärken)

** ... signifikant bei $\alpha = 1\%$

Wohlbefinden	min.	max.	Mittelwert	Standard-Abw.
Prä-Test (n = 153)	0	130	61,4	36,4
Post-Test (n = 151)	8	130	90,8	27,8
Veränderung (n = 130)	-96	130	29,3**	37,3
Effektstärke	--	--	0,81**	--

Tabelle 7: Glück: "Wie glücklich schätzen Sie Ihr derzeitiges Leben ein?"

(visuelle Analogskala von 0-130; Angaben in Rohwerten bzw. Effektstärken)

** ... signifikant bei $\alpha = 1\%$

Glück	min.	max.	Mittelwert	Standard-Abw.
Prä-Test (n = 152)	0	130	69,4	36,4
Post-Test (n = 151)	0	130	85,2	27,8
Veränderung (n = 129)	-45	114	15,5**	30,1
Effektstärke	--	--	0,49	--

Die Patienten sind daher auch gelöster, sie verlieren an Erregung und werden wieder zugewandter zur Welt und zu ihren Aufgaben. Diese Veränderung geht einher mit einer Verbesserung des subjektiven Glückserlebens.

Es erhebt sich natürlich die Frage, inwieweit diese Veränderungen allein durch ein zweimonatiges stationäres Setting bedingt sind. In dieser Zeit sind die Patienten ihrem belastenden Alltagsmilieu nicht ausgesetzt. Es ist anzunehmen, dass ein Teil der Verbesserung der Stimmung, des Wohlbefindens und Glücks sowie der Entlastung von Symptomen und Problemen auf die Distanz zum häuslichen Milieu zurückzuführen ist. Die Abnahme der Erregtheit und Introversion, die Zunahme von Selbstsicherheit, Aktiviertheit und Konzentration sind jedoch schwerlich allein aus diesem Faktum erklärbar, sondern dürften mehr auf die psychotherapeutische Bearbeitung spezifischer Probleme und auf das Gewinnen neuer Kompetenzen in den Gruppensitzungen zurückzuführen sein.

b) Existentielle Fähigkeiten

Die existentiellen Fähigkeiten wurden mit der Existenzskala (ESK) und einigen Subtests des Trier Persönlichkeitsfragebogens (TPF) erhoben.

Die Existenzskala (ESK) ist ein Test, der theoriekonform zur Logotherapie und Existenzanalyse erstellt wurde. Er dient der Erfassung innerer Sinnerfülltheit und kommt daher dem Ziel existenzanalytischer Psychotherapie von allen eingesetzten Tests am nächsten.

Die Ergebnisse zeigen eine hochsignifikante Zunahme sämtlicher Variablen, am stärksten im Subtest Verantwortung, gefolgt von Selbsttranszendenz, Selbstdistanzierung und Freiheit (vgl. Tab. 8). Existenzanalytische Psychotherapie im stationären Setting bei Suchtkranken bringt diesen Patienten offenbar am stärksten ihre Verantwortung für ihr Leben und ihre Werte sowie für sich selbst zu Bewusstsein. Der Eigenanteil an der Entwicklung der Abhängigkeit, verbunden mit (latenten) Schuldgefühlen und verpassten bzw. vertanen Entscheidungsmöglichkeiten wird in der Existenzanalyse bei Suchtpatienten im stationären Setting offenbar am stärksten bearbeitet.

Fast im selben Ausmaß bewirkt die Therapie eine Zunahme der Selbsttranszendenz, d.h. der grundmenschlichen Fähigkeit, sich auf andere Werte zu beziehen und sich auf sie einzulassen. Der Zugewinn an Selbstdistanzierung, d.h. an Abstand zur Dominanz eigener Wünsche, Bedürfnisse und Gefühle ist zwar nicht ganz so groß wie bei den anderen beiden Dimensionen, zeigt aber einen deutlichen Therapieeffekt. Am geringsten ausgeprägt ist der Zugewinn an Freiheit während des stationären Settings. Dieses Ergebnis überrascht auf den ersten Blick. Eine wichtige existen-

tielle Variable zieht während des stationären Aufenthaltes nicht im gleichen Maße mit wie die anderen. Dies bedarf einer näheren Betrachtung.

Zunächst ist in Erwägung zu ziehen, dass es sich bei dieser Studie um Patienten aus dem Suchtbereich handelt, also um Erkrankung an der Abhängigkeit. Innere wie äußere Abhängigkeiten spiegeln sich in der ESK in den Subtests Selbstdistanzierung und Freiheit. Dass das Kernproblem der Süchtigkeit einen längeren Zeitraum der (therapeutischen) Auseinandersetzung benötigt, als dies im Rahmen eines zweimonatigen stationären Aufenthaltes möglich ist, entspricht der psychotherapeutischen Erfahrung. Derartige Störungen, die mit persönlichkeitsverändernden Prozessen einhergehen, können in einem solchen Rahmen zwar gebessert, aber nicht behoben werden. Diese Erfahrung spiegelt sich in den Ergebnissen der Studie wieder.

Interessanterweise zeigt die Dimension Freiheit in der Katamnese einen stärkeren Zuwachs als die übrigen Dimensionen, sodass von einem "Depot-Effekt" ausgegangen werden darf, der durch existenzanalytische Psychotherapie im stationären Rahmen geschaffen wird: die Patienten erhalten eine Basis für eigene Entscheidungen und autonomes Wählen, was aber erst in der life-Situation für sie wirklich erlebbar wird. Sie werden durch die Existenzanalyse in einem höheren Maß darauf vorbereitet, als im stationären Rahmen feststellbar ist, und fühlen sich nach der Entlassung in ihren gewohnten Lebensbezügen von ihren Problemen und Unentschiedenheiten entlasteter.

Existenzanalytische Psychotherapie setzt an tiefergehenden Einstellungen an, wie beispielsweise am Verständnis der eigenen Motivation (der eigene "Weg in die Abhängigkeit") und weniger an konkreten Verhaltensänderungen. Freiheit ist daher gerade in der Anfangsphase der Therapie weniger erlebbar und das Ausmaß der existentiellen Unfreiheit besonders spürbar. Erst mittelfristig können viele Patienten wieder Freiheit im Sinne neuer Möglichkeiten und Entscheidungsfähigkeiten erfahren.

Außerdem kann die Zunahme des Bewusstseins der eigenen Verantwortung gerade bei Suchtkranken zu einer vorübergehenden Dämpfung des Freiheitsgefühls führen;

die starke Wechselwirkung zwischen Freiheit und Verantwortung wird auch in der Theorie der Existenzanalyse reflektiert (z.B. Frankl 1982, 91ff.; Längle et al. 2000, 15f.).

Schließlich bedeutet ein *problemorientierter* Zugang zunächst eine Symptomverstärkung. Es entsteht anfänglich eine größere Bewusstheit der Abhängigkeit, wodurch das Freiheitsgefühl gedämpft wird, wie oben beschrieben.

Die Dimension "Selbsttranszendenz" kann im sozialen Milieu der Station konkret erlebt und geübt werden. Vor allem aber in der Kleingruppe haben die Patienten unmittelbare Möglichkeiten zur Beziehungsaufnahme und zum Wertempfinden.

Der einzige Testwert, der im Katamnesezeitraum nur geringfügig angestiegen ist, ist die "Selbstdistanzierung". Die Fähigkeit, sich aus intrapsychischem Verhaftetsein zu lösen und zu sich selbst in Distanz zu kommen, benötigt offenbar am stärksten den therapeutischen Dialog.

Entsprechend den vier Subtests sind signifikante Zugewinne in den kombinierten Maßen anzutreffen: das P-Maß (Person-Struktur) und das E-Maß (Existenz-Struktur) nehmen ebenso wie der Gesamtwert hochsignifikant zum Ende des stationären Aufenthaltes zu. In der Katamnese legen auch diese kombinierten Werte noch bedeutsam zu, am stärksten, wie schon gesagt, die Freiheit. Es ist wiederum daran zu erinnern, dass sich möglicherweise jene Personen an der Katamnese studie beteiligt haben, die sich nach Therapieabschluss besonders frei gefühlt und einen ausgeprägten Verantwortlichkeitssinn haben.

Mit Hilfe des Trierer Persönlichkeitsfragebogens (TPF) wurde die Wirkung existenzanalytischer Psychotherapie auf relativ stabile Persönlichkeitseigenschaften untersucht. Der TPF ist ein Test zur Erfassung der seelischen Gesundheit, die als relativ stabil gilt. Sehr signifikante Veränderungen finden sich in den Bereichen *seelische Gesundheit, Selbstwertgefühl, Autonomie, Selbstzentriertheit und Beschwerdefreiheit* (vgl. Tab. 9). Dass sich die "Sinnerfülltheit" im TPF kaum verändert hat, dürfte mit den Fragen zusammenhängen, die sich auf Themen wie Unsicherheit, Schuld, Einsamkeit, Leeregefühle und Passivierung beziehen. Diese bleiben in existenzanalytischer Psychotherapie offenbar

relativ konstant bzw. allfällige Veränderungen heben sich in der Addition der Subtestwerte gegenseitig auf (z.B. könnte die Therapie das Schuldbewusstsein und die Einsamkeit fühlbarer machen, wodurch Fortschritte im Leeregefühl und in der Aufhebung der Passivierung ausgeglichen würden).

Stationäre Psychotherapie mit Existenzanalyse hat bereits in zwei Monaten auf die relativ stabile

Tabelle 8: ESK (Existenzskala)

Veränderungen (Angaben in Rohwerten bzw. Effektstärken). In den Klammern neben der Skalenbezeichnung die Zahl der Items pro Subtest.

** ... signifikant bei $\alpha = 1\%$

ESK-Subskala	Prä/Post-Differenz in Rohwerten (n = 174)	Prä/Post-Differenz in Effektstärken	Prätest/Katamnese-Differenz (n = 57)	Prätest/Katamnese-Differenz in Effektstärken
Selbstdistanzierung (8)	2,28**	0,31	3,22**	0,44
Selbsttranszendenz (14)	4,69**	0,45	6,16**	0,56
Freiheit (11)	2,03**	0,22	5,96**	0,65
Verantwortung (13)	5,94**	0,51	8,40**	0,76
P-Maß (22)	6,79**	0,43	8,86**	0,56
E-Maß (24)	7,53**	0,42	4,27**	0,78
Gesamtwert (46)	14,24**	0,46	22,68**	0,74

Persönlichkeitseigenschaft *“seelische Gesundheit”* bei Suchtpatienten eine beträchtliche Wirkung. Ähnlich wie durch die Fragen zur Lebensqualität wird hier eine psychohygienische Wirkung der Therapie aufgezeigt, die neben der Beseitigung von Symptomen einen Aufbau an gesundheitsfördernden Strukturen bedeutet, wie sie auch von der ESK gemessen werden (z.B. Verantwortlichkeit, Selbsttranszendenz usw.). Die Zunahme des Selbstwertgefühls, der Autonomie und der Selbstzentriertheit zeigt, dass die Patienten sich selbst gegenüber nun weniger gleichgültig sind, sich mehr auf sich selbst besinnen und ihr Leben ernster nehmen, dabei aber auch Sorgen und Ängste und Unausgefülltheit stärker empfinden (was durchaus mit echter Selbsttranszendenz im Sinne emotionaler Offenheit für andere zusammengeht). Besonders interessant ist, dass die Autonomie relativ stark entwickelt ist, was das zuvor anhand der ESK Gesagte unterstreicht: die Patienten gewinnen mehr an Autonomie und Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme dazu, als sie im stationären Bereich umsetzen können, was den beschriebenen Verzögerungseffekt erklären kann.

Zusammenfassung der Persönlichkeitsänderung

Durch die existenzanalytische Therapie im stationären Setting bei Suchtkranken werden während eines zweimonatigen Aufenthaltes auf der Strukturebene vor allem seelische Gesundheit und Selbstwertgefühl sowie Verantwortung und Selbsttranszendenz gefördert. Dass Verantwortung bzw. Selbsttranszendenz und seelische Gesundheit bzw. Selbstwertgefühl in den beiden Tests an erster Stelle stehen, könnte auf eine inhaltliche Verwandtschaft in

Tabelle 9: TPF (Trier Persönlichkeitsfragebogen)

Veränderungen der seelischen Gesundheit (Angaben in Rohwerten bzw. Effektstärken)

** ... signifikant bei $\alpha = 1\%$

TPF-Subskala	Prä/Post-Differenz in Rohwerten (n = 195)	Prä/Post-Differenz in Effektstärken
Seelische Gesundheit (19)	3,65**	0,42
Selbstwertgefühl (13)	2,06**	0,38
Selbstvergessenheit vs. Selbstzentrierung (8)	1,12	0,26
Autonomie (15)	1,42**	0,27
Beschwerdefreiheit vs. Nervosität (11)	-0,78**	-0,11
Sinnerfülltheit vs. Depressivität (12)	-0,41	-0,08

dieser Dimension schließen lassen (vgl. Becker 1986). Dagegen scheinen Selbstzentrierung im TPF und Selbsttranszendenz in der ESK unterschiedliche Modelle zu sein; ebenso Autonomie im TPF (nimmt stark zu) und Freiheit in der ESK (die weniger zunimmt). Die Autonomie bezieht sich mehr auf die Wahlfreiheit (Subjektivpol), die Freiheit der ESK auf die äußeren Möglichkeiten (Objektivpol).

c) Fragebögen zum Selbstbild

Die Veränderungen im Selbstbild wurden mit dem Gießen-Test (GT) und mit therapierelevanten Fragen erhoben, die außerdem auch den

Therapeuten als Außenkriterium vorgelegt wurden (Fremdbild). Der GT ist ein nach dem psychoanalytischen Modell aufgebautes Persönlichkeitstest, der vielfach in Psychotherapie-Wirksamkeitsstudien eingesetzt wird. Er erhebt eine Reihe von Dimensionen zum Selbstbild. Die meisten Items haben die Beziehung zu anderen Menschen zum Thema und zielen weniger auf die Beschreibung intraindividuelle Merkmale als vielmehr auf sozialpsychologische Komponenten des Erlebens ab. Die Existenzanalyse-Gruppe weist im GT nur tendenzielle Veränderungen in der erwarteten Richtung auf (vgl. Tab. 10).

Es finden sich signifikante Veränderungen des Rohwertes in der sozialen Resonanz, in der sozialen Potenz und in der Offenheit. D.h., dass sich die Patienten beliebter und von anderen mehr

Tabelle 10: GT (Gießen-Test)

Veränderungen im Selbstbild (Angaben in Rohwerten bzw. Effektstärken)

** ... signifikant bei $\alpha = 1\%$

GT-Subskala	Prä/Post-Differenz in Rohwerten (n = 176)	Prä/Post-Differenz in Effektstärken
negative vs. positive soziale Resonanz	1,88**	0,33
sozial potent vs. sozial impotent	-1,38**	-0,25
durchlässig vs. retentiv	-0,60**	-0,10
hypomanisch vs. depressiv	-0,56	-0,11
unkontrolliert vs. zwanghaft	0,58	0,08
dominant vs. gefügig	-0,16	-0,05

geachtet fühlen und größere Nähe zu anderen Menschen erleben. In der sozialen Resonanz zeigt sich die stärkste Veränderung des Selbstbildes nach dem Gießen-Test.

Der Anstieg der sozialen Potenz bedeutet, dass sich die Patienten als geselliger, im heterosexuellen Kontakt unbefangener und bindungsfähiger empfanden. Hier werden vor allem die Auswirkungen der Gruppentherapie bzw. allgemein der heilsame Effekt des Therapieaufenthalts gerade bei jener Gruppe von Patienten, die unter sozialer Isolation leidet, sichtbar. Entsprechend ist auch die Zunahme der Offenheit bzw. Durchlässigkeit zu verstehen: die Patienten sind aufgeschlossener und geben mehr von sich preis.

Weiters bestehen leichte, tendenzielle Verbesserungen in der Depressivität: die Patienten sind unbekümmerter, weniger ängstlich und bedrückt, weniger selbstkritisch und weniger besorgt um andere. Die Patienten sind außerdem etwas kontrollierter geworden, ordentlicher; auch dominanter und gehen Konflikten etwas seltener aus dem Weg.

Schließlich wurden 12 Fragen zu weiteren subjektiv erlebten, therapierelevanten Veränderungen gestellt. Die Fragen wurden weitgehend anhand des Konzeptes der Grundbedingungen erfüllter Existenz erstellt, wie sie Längle (z.B. 1999) im Modell der Grundmotivationen entworfen hat.

Auf einer zweipoligen Skala von -3 bis +3 sollten die Patienten rückblickend die Veränderung hinsichtlich spezifischer,

therapierelevanter Bereiche des Erlebens angeben (fühlt sich besser / schlechter, sicherer / unsicherer, belasteter / entlasteter, freier / unfreier, das Leben ist erfüllter / weniger erfüllt), weiters die Veränderung hinsichtlich der Bewältigung der Probleme zu Therapiebeginn, der Qualität der Beziehungen zu anderen Menschen, des Spürens von dem, was subjektiv wichtig ist, sowie hinsichtlich des Sehens von Möglichkeiten im eigenen Leben.

Als Außenkriterium für diese Selbsteinschätzung wurden dieselben Fragen auch dem zuständigen Therapeuten zur Fremdeinschätzung seiner Patienten vorgelegt.

Generell sind in allen Bereichen positive Veränderungen zu beobachten (vgl. Tab. 11). Auf der sechs-stufigen Skala konnte eine durchschnittliche Verbesserung von zwei Punkten durch den Therapieaufenthalt erreicht werden. Interessant ist, dass die Selbsteinschätzung durch die Patienten und die Fremdeinschätzung durch die Therapeuten kaum differieren. Die Therapeuten nehmen tendenziell etwas stärkere Verbesserungen wahr als die Patienten selbst, was mit dem in der ESK diskutierten "Depot-Effekt" zu tun haben könnte, aber auch mit einer Tendenz zur Selbstbestätigung.

Teil 2: Wirkungsvergleich zwischen Existenzanalyse und anderen Therapierichtungen

Der zweite Teil der Untersuchung gilt dem Vergleich zwischen Existenzanalyse und anderen Methoden. Sie werden als "gemischte Verfahren" bezeichnet, da das Team der Vergleichsgruppe systemische, tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Psychotherapie anwandte².

Tabelle 11: Rückblickende Therapieeinschätzung der Prä-Post-Veränderung mittels 12 Fragen bzgl. Erleben von Wohlbefinden, Sicherheit, Belastung, Freiheit und Erfüllung. Einschätzung durch Patienten selbst und durch Therapeuten (Skalenbereich von -3 bis +3, Angaben in Rohwerten)
** ... signifikant bei $\alpha = 1\%$

Einschätzung durch	min. Differenz	max. Differenz	Mittelwert	Standard-Abw.
Patienten (n = 174)	12	61	25,95	9,41
Therapeut (für n = 222 Pat.)	15	48	27,82	8,00

Hypothesen

Ziel des Vergleichs ist es zu zeigen, dass die Effektivität der Existenzanalyse im stationären Setting mit etablierten und – wie im Falle der tiefenpsychologischen Methoden – traditionellen Psychotherapieverfahren vergleichbar ist. Es werden gleich gute Besserungen in den Befindlichkeitsvariablen zwischen den Gruppen erwartet, für die existentiellen Parameter (ESK) sogar bessere Resultate. Zugleich soll untersucht werden, ob es zwischen den Gruppen zu differenziellen Effekten kommt, die möglicherweise auf die spezifische Wirksamkeit der Existenzanalyse hindeuten. Der Gießen-Test, der

auf psychoanalytischen Überlegungen aufbaut, könnte den tiefenpsychologischen Anteil der gemischten Gruppe stärker hervortreten lassen und daher in dieser Gruppe zu besseren Ergebnissen führen.

Ergebnisse und Interpretation

Im folgenden werden die Ergebnisse aus den Gruppenvergleichen dargestellt.

a) Symptombelastung

Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind durchwegs nicht signifikant (vgl. Tab. 12). Man kann im großen und ganzen von gleich guter Wirksamkeit der Existenzanalyse und der anderer Verfahren auf der Symptomebene sprechen. Allerdings gibt es einige Tendenzen, die auf differenzielle Effekte hinweisen: Die "gemischten" Verfahren bewirken eine, wenn auch nicht signifikante, größere Verbesserung vor allem in den Berufsschwierigkeiten und als Folge in der gesamten Symptombelastung. Dies kann als ein Hinweis verstanden werden, dass sich die Therapie in der "gemischten" Gruppe stärker auf Handlungsaspekte bezog als in der Existenzanalyse-Gruppe, die aufgrund ihres Konzeptes mehr auf die Einstellungs-, Entscheidungs- und persönliche Emotionsebene einging. Da existenzanalytische Psychotherapie nicht auf aktuelle Symptomentlastung abzielt, sondern auf längerfristige Veränderungen von Einstellungen, Erleben usw., ist eine verzögerte Zunahme der Symptombesserung in der life-Situation anzunehmen, worauf die Katamnesestudie (vgl. Tabelle 4) hinweist.

Kritisch zur Vergleichsgruppe ist anzumerken, dass diese - bedingt durch den Aufbau der Studie und die Struktur im Hause - erst nach Abschluss der Existenzanalyse-Gruppe durchgeführt werden konnte, und "ex post" in die Studie integriert wurde. Ihre Durchführung war nicht mehr so konsequent und bezog mehr oder weniger freiwillige, interessierte und dementsprechend möglicherweise besser motivierte Patienten ein. Dadurch sind positive Selektionseffekte in der "gemischten" Gruppe nicht auszuschließen (vgl. Diskussionsteil).

Tabelle 12: KASSL (Kieler Änderungssensitive Symptomliste):

Veränderung in der Symptombelastung (Angaben in T-Werten), Gruppenmittelwerte

KASSL-Subskala	Existenzanalyse (n = 213)	andere Verfahren (n = 34)	Sig.
Symptombelastung (Gesamtwert)	-7,2	-10,2	n.s.
Soziale Kontaktstörungen	-4,8	-5,9	n.s.
Verstimmungsstörungen	-6,5	-7,6	n.s.
Berufsschwierigkeiten	-5,4	-7,9	n.s.
Konzentrations- und Leistungsstörungen	-5,2	-6,5	n.s.

² Wir danken an dieser Stelle den Kollegen der Teams B und C, sich an der Vergleichsuntersuchung beteiligt zu haben.

b) Persönlichkeitsstruktur

Die ESK zeigt interessante Ergebnisse (vgl. Tab. 13). Insgesamt finden sich keine hochsignifikanten Unterschiede zwischen der Existenzanalyse-Gruppe und den "gemischten" Verfahren. Es zeigen sich tendenziell bessere Ergebnisse der Existenzanalyse-Gruppe in allen Subtests (in Selbsttranszendenz sogar auf dem 1%-Niveau signifikant), außer in der Freiheit (und als additive Folge im E-Maß).

Tabelle 13: ESK (Esistenzskala):
Veränderung in den existentiellen Fähigkeiten (Angaben in Rohwerten),
Gruppenmittelwerte

ES-Subskala	Existenzanalyse (n = 174)	andere Verfahren (n = 40)	Sig.
Selbstdistanzierung (8)	2,2	0,2	n.s.
Selbsttranszendenz (14)	4,5	3,4	s. (1%)
Freiheit (11)	1,9	6,1	s. (1%)
Verantwortung (13)	5,6	3,8	n.s.
P-Maß (22)	6,8	3,6	n.s.
E-Maß (24)	7,5	9,9	n.s.
Gesamtwert (46)	14,2	13,4	n.s.

Die "gemischten" Verfahren erzielen hingegen ein auf dem 1%-Niveau gesichertes, besseres Resultat in der *Freiheit*. Dieses Ergebnis kann als Folge mehrerer Gründe verstanden werden. Die tendenziell bessere, akute *Symptomentlastung* kann dazu führen, dass sich die Patienten situativ freier fühlen und sich mehr Entscheidungsspielraum beimessen. Vor allem aber dürfte sich hier ein *Unterschied in der therapeutischen Vorgangsweise* zur Existenzanalyse abbilden. Existenzanalyse arbeitet gezielt mit dem vorhandenen, realen Weltbezug und den damit verbundenen Entscheidungen und Verantwortungen (die sich besonders auf das Leben außerhalb des Krankenhauses beziehen). Diese bewusste Hinwendung zur Welt, auf die es sich einzulassen und zu beziehen gilt (Selbsttranszendenz), ist mit einer gewissen Distanzierung zu den eigenen Symptomen verbunden (Selbstdistanzierung), um das Sinnvolle erkennen und ihm nachgehen zu können.

Eine solche, auf den Weltbezug und auf seine verantwortliche Gestaltungsmöglichkeit bezogene Therapie erhöht bei Süchtigen das Verantwortungsgefühl und die Selbsttranszendenz, weiters die Selbstdistanzierung in etwas geringerem Maße (dafür sind acht Wochen Aufenthalt wahrscheinlich noch nicht ausreichend). Dabei wird den Abhängigen offenbar bewusst, wie klein ihre Freiheit geworden ist, d.h. wie eng der Spielraum der Entscheidung und Gestaltungsmöglichkeit ihrer realen Situation zur Zeit ist. Die existenzanalytische Vorgangsweise macht den Patienten durch die Arbeit an der "Annahme des Faktischen" ihre existentielle Abhängigkeit von den Gegebenheiten in Beziehungen und Partnerschaft, in Beruf und von der psychischen Sucht offenbar in hohem Maß bewusst.

Möglicherweise gehen hier andere Psychotherapierichtungen schneller auf die *Verhaltens- und Handlungsebene* ein als die Existenzanalyse. Dies zeigt sich z.B. auch in einer tendenziell stärkeren Abnahme von Berufsschwierigkeiten und Leistungsstörungen (Tabelle 12) sowie in einer stärkeren Zunahme des hypomanischen Pols (im Gegensatz zum Pol "Depressivität"), sozialer Resonanz (nicht aber sozialer Potenz!), Dominanz und Kontrolliertheit im GT (vgl. Tab. 15). Diese, die Aggressivität mo-

bilisierenden Effekte, lockern die Zurückhaltung (Retentivität) auf, den Patienten eröffnen sich mehr Möglichkeiten und sie fühlen sich daher freier. Dagegen bleibt die Existenzanalyse, die durch ihren phänomenologischen Zugang an der Aktualität des In-der-Welt-Seins ansetzt, zunächst länger an der Wahrnehmung des realen Weltbezugs, für welchen zuerst neue Stellungnahmen und Entscheidungen erarbeitet werden.

Es muss derzeit offen bleiben, wie diese Unterschiede in der Vorgangsweise zu interpretieren sind. Es ist zu diskutieren, ob die *Existenzanalyse hier ein Defizit* aufweist, sodass sie nicht schnell genug eine notwendige Symptomentlastung und Aktivierung von Freiheit bzw. (die Welt "attackierende") Entscheidungsfähigkeit erreicht, sondern die Patienten länger (als vielleicht nötig) belastet sein lässt, oder ob es sich um eine *stärker strukturbezogene*, an den tieferen Gründen des (Sucht-)Problems orientierte Arbeit handelt, wodurch (gerade bei Süchtigen?) der Verlust an Freiräumen im Lichte der eigenen Verantwortung schmerzlich bewusst wird, sodass mittel- und langfristig mit einer grundlegenden (strukturellen) Veränderung gerechnet werden könnte.

Weiters stellt sich die Frage, ob die "gemischten" Verfahren mit ihrer stärkeren Zunahme an Freiheit, aber einer relativ geringen Zunahme an Verantwortung, ein Bewusstsein von realen Freiräumen schaffen, oder mehr *Freiheitsgefühle* unter stationären (geschützten) Bedingungen und/oder durch die Mobilisierung aggressiver Potentiale wecken, die möglicherweise nicht ausreichend in ein Verantwortungsbewusstsein eingebettet sind.

Andererseits könnte der anfängliche *Entlastungserfolg* und die Zunahme an Freiheit durchaus *günstig* für die weitere Therapie sein und z.B. die Motivation anheben. Es sind jedoch auch *demotivierende* Konstellationen denkbar, wenn die Patienten in der life-Situation z.B. erfahren würden, dass das neu gewonnene Freiheitsgefühl in der Realität nicht durchzuhalten wäre. Außerdem kann die einseitige Zunahme an Freiheit auch ein Symptom von *narzißtischen* Gefühlen des Selbstbewusstseins sein, das mit Unverbindlichkeit gegenüber Verantwortungen verbunden ist. Nicht ganz aus dem Auge zu verlieren ist ein möglicher Selektionseffekt in der Kontrollgruppe, wie oben besprochen. Die Frage, wie sich die unterschiedliche schulenspezifische Vorgangsweise auf die *Effizienz* der Therapierichtungen und vor allem auf die *Nachhaltigkeit* des therapeutischen Effektes auswirkt, bleibt in dieser Untersuchung letztlich offen.

Im TPF zeigen sich starke Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, die ebenfalls auf unterschiedliche Wirkungsweisen der verschiedenen Therapiemethoden schließen lassen (vgl. Tab. 14). In den Variablen "*seelische Gesundheit*" und "*Autonomie*" weist die Existenzanalyse-Gruppe signifikant ($\alpha = 1\%$) bessere Ergebnisse auf.

Die Verbesserung der seelischen Gesundheit dürfte mit der Verbesserung des P-Wertes der ESK parallel laufen. Die Zunahme der Autonomie könnte bestätigen, was bei der ESK diskutiert wurde: dass die "gemischten" Verfahren durch die Symptomentlastung, Konzentration auf Leistungsverbesserung und Aktivierung des hypomanischen Pols, der Kontrolle und Dominanz ein *stärkeres Freiheitsgefühl* erreichen, das aber nicht so sehr mit der Verantwortlichkeit gekoppelt ist, was sich sogar in einer Abnahme der Autonomie im TPF bei den "gemischten" Verfahren niederschlägt. So ist auch verständlich, dass das *Selbstwertgefühl* bei

Tabelle 14: TPF (Trier Persönlichkeitsfragebogen):

Existenzanalyse-Gruppe und "gemischte" Gruppe im Vergleich (Angaben in Rohwerten), Gruppenmittelwerte

TPF-Subskala	Existenzanalyse (n = 208)	andere Verfahren (n = 44)	Sig.
Selbstwertgefühl (13)	1,9	2,6	n.s.
Seelische Gesundheit (19)	3,5	0,0	s. (1%)
Sinnerfülltheit vs. Depressivität (12)	-0,5	2,2	s. (1%)
Selbstvergessenheit vs. Selbstzentrierung (8)	0,9	0,6	n.s.
Beschwerdefreiheit vs. Nervosität (11)	-0,8	2,1	s. (1%)
Autonomie (15)	1,4	-0,7	s. (1%)

den "gemischten" Verfahren mehr zunimmt als in der Existenzanalyse, während die "gemischten" Verfahren keinen Beitrag zur seelischen Gesundheit zu leisten vermochten. Und entsprechend dem bisher Gesagten ist erklärbar, dass die Existenzanalyse-Gruppe an *Depressivität* sogar etwas zulegt, während die "gemischten" Verfahren darin signifikante Abnahmen erzielten. Dies führt zu dem scheinbar paradoxen Ergebnis, dass die Existenzanalyse, die ja von ihrer Anlage her der Sinnthematik nahesteht, signifikant schlechter im Subtest "*Sinnerfülltheit*" des TPF abschneidet als die "gemischten" Verfahren. Die Sinnerfülltheit des TPF ist jedoch mehr eine Dimension der Entlastung von Depressivität als eine Sinnerfülltheit im existentiellen Sinn, wie die ESK sie misst (ESK ist kein Depressionsmaß, Sinnerfülltheit ist in der ESK daher kein Gegenpol zu Depressivität).

Die Verbesserung der *Beschwerdefreiheit* geht parallel mit der in der EWL beschriebenen Abnahme der körperlichen Beschwerden einher.

"*Selbstvergessenheit versus Selbstzentrierung*" unterscheidet sich kaum zwischen den Gruppen. In beiden Gruppen ist ein geringfügiger Anstieg der Selbstzentrierung zu beobachten, was mit dem Prozess der Psychotherapie gut zusammenpasst.

c) *Selbstbild*

Im Gießen-Test ist die gemischte Gruppe in nahezu allen Bereichen der existenzanalytischen Gruppe tendenziell überlegen, lediglich die Verbesserung hinsichtlich der sozialen Potenz ist in beiden Gruppen gleich (vgl. Tab. 15). Die stärkste, jedoch statistisch nicht signifikante Veränderung zeigt sich bezüglich der Abnahme der Depressivität (und relativ parallel dazu der Retentivität) bei den "gemischten" Verfahren. Dies könnte mit dem Bild der Entlastung von Symptomen, dem wachsenden Freiheitsgefühl

Tabelle 15: GT (Gießen-Test):

Veränderung im Selbstbild (Angaben in Rohwerten), Gruppenmittelwerte

GT-Subskala	Existenzanalyse (n = 176)	andere Verfahren (n = 22)	Sig.
Negative vs. positive soziale Resonanz	1,7	2,5	n.s.
Dominant vs. gefügig	-0,2	-1,1	n.s.
Unkontrolliert vs. zwanghaft	0,4	0,4	n.s.
Hypomanisch vs. depressiv	-0,6	-3	n.s.
Durchlässig vs. retentiv	-0,6	-2,1	n.s.
Sozial potent vs. sozial impotent	-1,4	-1	n.s.

und der Lockerung der Aggressions-Hemmung gut zusammengehen, wie es sich in den vorher besprochenen Tests bereits abbildete und durch die Zunahme der Dominanz und der Kontrolliertheit bestärkt wird. Allerdings sind auch hier die erwähnten Selektionseffekte in Betracht zu ziehen.

Diskussion

Da die Studie im psychotherapeutischen Versorgungsbereich durchgeführt wurde, weist sie gewisse Mängel auf, die in rein standardisierten Designs und Settings (z.B. einer Universitätsklinik) leichter umgangen werden können.

Es besteht keine rein dem Zufallsprinzip unterworfenen *Zuteilung der Patienten* zu den Therapeuten; Wünsche der Patienten (und in einigen Fällen auch der Therapeuten) wurden berücksichtigt, wo dies möglich war. Patienten, die einen Therapeuten aus früheren Aufenthalten kannten oder über Bekannte empfohlen bekamen, konnten sich ihren zuständigen Therapeuten gelegentlich wählen. Therapeuten, die aufgrund des Erstkontaktes zu einem Patienten einen "direkten Draht" bekamen oder die mit einer bestimmten Nebendiagnose nicht so gerne arbeiteten, konnten dies in der Zuteilung der Patienten geltend machen. Diese Form der Zuteilung könnte die Wirksamkeit der Psychotherapie u.U. erhöht haben und einen Effekt bewirken, der den Persönlichkeitsfaktoren und den positiven Erwartungen und nicht der Methode zuzuschreiben wäre. – Dieselbe Form der Zuteilung geschah im übrigen auch in den parallelen Teams der Kontrollgruppe.

In einigen Fällen bekamen Patienten mehr als eine *Einzelstunde* Psychotherapie pro Woche. Für diese Abweichung von der Regel gab es kein standardisiertes Verfahren. Die Entscheidung darüber lag beim Therapeuten, erfolgte aufgrund von Anfragen der Patienten und im Krisenfall (auch in den Kontrollgruppen war vom Dienstgeber her dieselbe Möglichkeit gegeben, wurde aber unterschiedlich praktiziert). Das Angebot weiterer Einzeltherapiestunden blieb jedoch durch die beschränkte Verfügbarkeit der Therapeuten limitiert (inklusive Unregelmäßigkeiten durch Urlaube, Krankenstände, Kündigungen). Im Routinealltag war eine genaue Aufzeichnung solcher Stunden über die Jahre hinweg nicht konstant durchgeführt worden, sodass wir keine Aussage über die Zahl zusätzlicher Therapiestunden machen können. Die Variable "Therapiefrequenz" und ihr Einfluss auf die Wirksamkeit kann somit in dieser Studie nicht isoliert werden. Dies hängt auch mit der Zielsetzung der Studie zusammen: es ging um eine Effektivitätsuntersuchung, nicht um eine Prozessanalyse.

Als problematisch ist anzusehen, dass in der Studie der *Schwergrad der Störungen* nicht erfasst wurde. Zwar wurde am Beginn eine genaue Diagnose durch den Psychiater gestellt, die am Ende des Aufenthaltes angepasst wurde, die jedoch nicht multi-axial erfolgte, sondern lediglich die *Art* der Störung festlegte. Trotzdem wird damit eine wichtige Baseline für die Effektivität der Psy-

chotherapie außer Acht gelassen. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass durch die zufällige Zuteilung der Patienten zu den unterschiedlichen Turnussen ein vergleichbarer Schweregrad in allen Turnussen und Gruppen vorlag, sodass sich dieser Effekt aufhebt.

Einflussreicher auf das Ergebnis dürfte sein, dass sich *alle Psychotherapeuten der Existenzanalyse* fast bis zum Ende der Studie noch im *Ausbildungsstadium* befanden, was die Wirksamkeit der Existenzanalyse gegenüber den "gemischten" Verfahren vermindert haben könnte. In den anderen Verfahren überwogen erfahrene Psychotherapeuten.

Zu beachten ist auch, dass die Teilnehmer der Vergleichsgruppe erst im nachhinein dazukamen. Außerdem wurde in dieser Gruppe die Teilnahme an der Untersuchung stärker von der Freiwilligkeit und vom Interesse abhängig gemacht als in der Existenzanalyse-Gruppe (dort waren die Testleiter bestrebt, möglichst *alle* Patienten zur Teilnahme zu bewegen, was bis auf Einzelfälle auch gelang). Obwohl der äußere Rahmen der Testdurchführung für die Kontrollgruppe ident war, ist durch die Unterschiede in der Motivierung der Patienten davon auszugehen, dass eine positive Selektion in der Kontrollgruppe anhand der Therapiemotivation stattfand, sodass in der Kontrollgruppe vermehrt die therapie-motivierten Patienten (ev. auch mit leichteren Störungen?) teilnahmen als die Therapieversager. Nach Aussage der Koordinatoren haben sich in den Kontrollgruppen nur etwa 70 - 80 % der Patienten an der Untersuchung beteiligt. Auch dies ist ein Kritikpunkt an dieser Studie, dass genaue Aufzeichnungen über Testverweigerer in der Routine des Alltags mit der Zeit untergingen.

Die Durchführung der Kontrolluntersuchung war aus innerbetrieblichen Gründen erst im Anschluss an die Existenzanalyse-Erhebung möglich und wurde in den jeweiligen Teams von anderen Koordinatoren geleitet. Nicht zu verschweigen ist, dass es eine gewisse Angst vor innerbetrieblicher Kontrolle, möglicher Rivalität zwischen den Teams und den Therapierichtungen ...

Trotz dieser Mängel geben wir die Ergebnisse wieder, weil sich durchaus Tendenzen unterschiedlicher Wirkweisen von Psychotherapien abzeichnen, die für weitere Untersuchungen von Interesse sein könnten.

Es könnte ein Spezifikum für Abhängigkeitskranke sein, dass die Testbögen nicht sehr sorgfältig ausgefüllt wurden. Dies führte in der Auswertung zu sehr unterschiedlichen Fallzahlen bei den einzelnen Tests und im Prä-post-Vergleich. Die Mitarbeit der Patienten in der Existenzanalyse-Gruppe war durch das straffe Setting und Motivierung stets sehr hoch, sodass keine nennenswerte Verfälschung durch Testverweigerer vorliegt.

Eine kritische Frage bezieht sich auf die Zuteilung der Wirksamkeit auf die verschiedenen Wirkelemente. In welchem Ausmaß wirkte alleine die *Stationierung* des Patienten auf die Verbesserung der erhobenen Befunde? Dieser Faktor kann in der vorliegenden Studie nicht isoliert werden, da aus ethischen und praktischen Gründen der Durchführbarkeit der Studie die *Wartegruppe* nicht untersucht werden konnte (sie wäre außerdem ambulant gewesen und hätte den stationären Bedingungen nicht entsprochen).

Weiters stellt sich die Frage, wie hoch sich der Einfluss der rein *medizinisch-pflegerischen Betreuung* inklusive der Medikamente auf die Verbesserung der erhobenen Dimensionen auswir-

ken konnte und welcher Anteil auf die *Ergotherapie* bzw. *Maltherapie* zurückgeht, an der alle Patienten des Hauses (bei identischen Therapeuten) teilnahmen. Im Vergleich der Wirkungsprofile zwischen den verschiedenen Therapierichtungen heben sich diese Einflüsse natürlich auf. Die *Differenzen* zwischen den Methoden können somit allein auf die Psychotherapiewirkung der einzelnen Richtungen zurückgeführt werden. Es kann daher als gesichert gelten, dass die Psychotherapie selbst einen messbaren Einfluss auf die Verbesserung einiger Dimensionen hat, wie z.B. auf die Symptomentlastung (n.s.), die Selbsttranszendenz und Freiheit (s.), auf die seelische Gesundheit, Depressivität, Nervosität, Autonomie (alle s.) sowie auf die Aktiviertheit, soziale Resonanz, Dominanz usw. (GT).

Offen bleibt die Frage, inwieweit die Verbesserung z.B. der Konzentrationsleistung, der Selbstsicherheit, der Aktiviertheit, des Wohlbefindens, des Glücks, die Abnahme der Müdigkeit, der Erregtheit und der Introversion auf die Wirkung der existenzanalytischen Psychotherapie zurückgeht oder *dem stationären Aufenthalt und der Begleittherapie zuzuschreiben* sind. Wohl ist anzunehmen, dass einzelne Variablen wie z.B. die Verbesserung der Verstimmung und der Stimmungslage zu einem beträchtlichen Ausmaß auf das Konto der Stationierung gehen. Umgekehrt ist anzunehmen, dass die anderen genannten Dimensionen wahrscheinlich primär der Psychotherapiewirkung zuzuschreiben sind. Ein eindeutiger Nachweis der reinen fachspezifischen Psychotherapiewirkung auf diese Dimensionen ist mit dieser Studie aber noch nicht erbracht. Hingegen darf als *nachgewiesen* gelten, dass Existenzanalyse im stationären Setting bei Suchtpatienten mit dazu beiträgt, signifikante Verbesserungen im Befinden und in Persönlichkeitsvariablen sowie tendenzielle Veränderungen in der Selbsteinschätzung zu bewirken. Künftige Studien sollten der differenziellen Wirkung der Psychotherapie mehr Aufmerksamkeit schenken.

Für weitergehende Untersuchungen der spezifischen existenzanalytischen Wirkfaktoren sollten in künftigen Studien verstärkt *Therapeutenvariablen* einbezogen werden, wie etwa Therapieerfahrung mit Suchtpatienten, Engagement und Motivation etc. Außerdem würde nun ein stärker *prozessorientiertes* Studiendesign interessieren, welches allerdings nur eine weitaus geringere Anzahl von Patienten einbeziehen könnte. Dabei sollten jedoch die einzelnen Schritte des therapeutischen Vorgehens wie etwa der Personalen Existenzanalyse bzw. der existenzanalytischen Diagnosen einbezogen werden.

Zusammenfassende Interpretation und Schlussfolgerungen

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Existenzanalyse im stationären Bereich bei Suchtpatienten eine *vergleichbare Effektivität* zu anderen, etablierten Psychotherapiemethoden aufweist. Offen bleibt die Frage, ob ihre Wirkung stärker strukturbezogen ist und daher ein "Depot-Effekt" hinsichtlich einer weiteren Verbesserung der Therapieeffekte nach dem Zeitpunkt der Entlassung zum Tragen kommt, wofür es in dieser Untersuchung einzelne Hinweise gibt, was der zugrundeliegenden Theorie und auch der Praxiserfahrung entsprechen würde.

In dem untersuchten, achtwöchigen, stationären Therapieaufenthalt ergaben sich die höchsten Besserungsraten bei den 280 Patienten der Existenzanalyse-Gruppe in der *Befindlichkeit*. Es entstand eine hochsignifikante Reduktion der Symptombelastung, eine Aktivierung der Person und eine Steigerung des Wohlbefindens. Auf der *Strukturebene* der Persönlichkeit trat eine deutliche Verbesserung im Bewusstsein der Verantwortlichkeit und der Fähigkeit, sich auf andere emotional einzulassen (ESK), ein, was mit einer Zunahme der seelischen Gesundheit, des Selbstwertes und der Autonomie (TPF) einherging. Die Veränderungen im *Selbstbild* waren am schwächsten ausgeprägt, zeigten jedoch eine Tendenz zu verbesserter positiver sozialer Resonanz und Potenz im Gießen-Test sowie eine deutliche Verbesserung therapie-relevanter Aspekte des Erlebens im Bereich der Grundbedingungen der Existenz.

Im *Katamnese-Zeitraum* von sechs Monaten trat bei den Existenzanalyse-Patienten eine weitere deutliche Verbesserung der untersuchten Werte ein (Symptombelastung in der KASSL und existentielle Fähigkeiten in der ESK). Dies wird als ein Hinweis auf einen möglichen "Depot-Effekt" der Existenzanalyse diskutiert, kann aber auch ein Artefakt durch die relativ geringe Beteiligung der Patienten ein halbes Jahr nach Therapieende sein.

Der Vergleich des Wirkungsprofils mit *anderen Verfahren* (tiefenpsychologische, systemische und verhaltenstherapeutische) zeigt einige deutliche Unterschiede zu den "gemischten" Verfahren (n = 57 bzw. 67). Psychotherapien bewirken zwar vergleichbare Symptomentlastungen, aber über unterschiedliche Wege und Veränderungen von Strukturen. Die Existenzanalyse ist insgesamt tendenziell weniger auf unmittelbare Symptomentlastung und Beseitigung von Berufsschwierigkeiten (KASSL) ausgerichtet als die "gemischten" Verfahren. Die letzteren stärken im besonderen signifikant das Gefühl der Freiheit und vermitteln dem Patienten das Bewusstsein, Möglichkeiten und Spielräume in ihrem Leben zu haben (ESK), verbunden mit signifikant größerer Aktiviertheit, einem stärkeren Selbstbewusstsein und signifikanter Reduktion von Nervosität im TPF sowie größerer sozialer Resonanz und Durchsetzungsfähigkeit (GT). Dieses Bild würde gut mit einer Rücknahme von Aggressionshemmung zusammenpassen, ist es doch gleichzeitig verbunden mit einer fehlenden Zunahme von Selbstdistanzierung und nur einer geringen Zunahme von Selbsttranszendenz und Verantwortung (ESK), und im TPF mit keiner Zunahme der seelischen Gesundheit und der Abnahme der Autonomie, was als Hinweis auf eine Mobilisierung der Psychodynamik angesehen werden kann.

Die Existenzanalyse bewirkt im Vergleich zu anderen Psychotherapien in einem zweimonatigen Aufenthalt weniger eine Mobilisierung auf der psychodynamischen Seite, als vielmehr eine stärkere Veränderung auf der Einstellungsebene und im Selbstbezug (P-Wert der ESK). Sie wirkt signifikant stärker als die "gemischten" Verfahren auf die Mobilisierung der Selbsttranszendenz, hat deutlich stärkere Effekte auf die Selbstdistanzierung und Verantwortung (ESK) und im TPF signifikant bessere Wirkung auf die seelische Gesundheit und auf die Autonomie.

Im Therapievergleich sind die Existenzanalyse-Patienten etwas belasteter von Beschwerden, etwas weniger dynamisiert auf der psychischen Ebene, etwas weniger dominant und sozial weniger

resonant (KASSL) als die Patienten der "gemischten" Verfahren. Der *hauptsächliche Therapieeffekt könnte als Zunahme des "dialogischen Weltbezugs" (Weltoffenheit)* bezeichnet werden, der auf der Strukturebene der Persönlichkeit angesiedelt ist und zur vollen Entfaltung längere Zeit benötigt.

Die Patienten der "gemischten" Verfahren nehmen weniger Rücksicht auf Verantwortung und fühlen sich weniger in andere Menschen ein als die Existenzanalyse-Patienten, was ihnen schneller ein Gefühl von Freiheit und Selbstbewusstsein aufgrund der Stärkung der Psycho-dynamik verleiht.

Generell ist existenzanalytische Psychotherapie weniger eine edukative als eine restrukturierende und problemorientiert arbeitende Methode, die auf längerfristige Wirksamkeit hin angelegt ist. Symptombelastungen bzw. eine vergleichsweise geringfügige Verbesserung der Freiheit resultieren aus dieser Vorgangsweise und werden dabei durchaus in Kauf genommen. Aus Sicht der existenzanalytischen Anthropologie, die dem Menschen primär Freiheit und Verantwortung erschließen will, steht die Arbeit an grundlegenden Motivationen im Mittelpunkt, im Unterschied zu eher dynamisierenden oder pragmatisch angelegten Vorgangsweisen, die auf unmittelbare Verbesserung von Verhaltenskompetenzen abzielen, wie dies in einem Therapiepool "gemischter" Verfahren offensichtlich stärker praktiziert wird.

Literatur

- Becker P (1986) Psychologie der seelischen Gesundheit. Bd. 2. Göttingen: Hogrefe
- Becker P (1989) Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF. Göttingen: Hogrefe
- Beckmann D, Brähler E, Richter H-E (1983) Der Gießen-Test (GT). Bern: Huber, 3^o
- Cohen J (1977) Statistical Power Analysis for the Behavioural Science. New York: Academic Press
- Frankl V (1982) Ärztliche Seelsorge. Wien: Deuticke
- Görtz A (i.V.) Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität FLQ. Dissertation Universität Wien
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe
- Janke W, Debus G (1978) Die Eigenschaftswörterliste. Göttingen: Hogrefe
- Längle A, Orgler Ch (1987) Die Existenzskala. Fragebogen und Manual. Wien: GLE-Verlag
- Längle A, Orgler Ch, Kundi M (2000) Existenz-Skala ESK. Göttingen: Hogrefe
- Wurst E, Maslo R (1996) Seelische Gesundheit – Personalität – Existentialität. Ein empirischer Beitrag aus existenzanalytischer Sicht. Zeitschrift für Klinische Psychologie, psychiatrie und Psychotherapie 44, 2, 200-212
- Zielke M (1979) Kieler Änderungssensitive Symptomliste (KASSL). Weinheim: Beltz

Anschrift der Verfasser:
GLE
Eduard Sueß-Gasse 10
A-1150 Wien
gle@existenzanalyse.org

Krankenhaus
Stiftung Maria Ebene
A-6820 Frastanz