Die Erfassung von Lebensqualität

Konstruktion eines Fragebogens und Erprobung an einer klinischen Stichprobe von Alkoholpatienten (Erste Ergebnisse)

Astrid Görtz

1. Lebensqualität aus der Sicht der empirischen Psychologie

Nach Mayring (1991a) sowie zahlreichen anderen Autoren (Zapf, Andrews & Whitey, Campbell, u.v.a.) gehört zum Begriffsfeld der „Lebensqualität" sowohl der Bereich der objektiven Lebensbedingungen als auch das subjektive Wohlbefinden.

Der von mir konstruierte Fragebogen beschränkt sich auf die Erfassung des subjektiven Aspekts der Lebensqualität. Die „objektive Lebensqualität" im Sinne von Sozialindikatoren wie Alter, Einkommen, Lebensgewohnheiten, etc. - die vor allem in der so genannten „Lebensstil-Forschung" in Betracht gezogen werden und daher dem Gebiet der Soziologie zuzurechnen wären - wurden in dieser Untersuchung nur so weit einbezogen, als sie Beiträge zum Verständnis von bestimmten „Mustern" des subjektiven Befindens unterschiedlicher Patientengruppen bzw. -"Typen" liefern.

Das subjektive Wohlbefinden lässt sich in einen kognitiven und einen emotionalen Aspekt aufgliedern (Becker 1991; Mayring 1991a; Glatzer 1992). Der kognitive Aspekt wird als Lebenszufriedenheit bereichsspezifisch erfasst. Laut Hofstätter (1986) bringt es keinen wesentlichen Informationsgewinn, die einzelnen Bereiche differenzierter, mit Hilfe von Einzelfragen, zu erfassen. Im vorliegenden Fragebogen wurde nach den Bereichen Beruf, finanzielle Situation, Gesundheit, Partnerbeziehung, Beziehungen zur Familie, zu anderen Menschen (Freunden, Bekannten), Wohnsituation, Freizeit und gesellschaftlich-politische Sicherheit gefragt.

Wichtig ist es weiters, nach der Bedeutung der Lebensbereiche für das Leben des Einzelnen zu fragen. Erst die Kombination aus Wichtigkeit und Zufriedenheit ermöglicht eine hinreichend genaue Prognose der Gesamt-Lebenszufriedenheit. Darüber hinaus wurde die Gesamt-Lebenszufriedenheit mit einem Global-Item erfasst, um den Beitrag der einzelnen Bereiche zu dieser „Overall-Zufriedenheit" berechnen zu können.

Der umfassendste Aspekt der Lebensqualität ist das subjektive Wohlbefinden im Sinne des emotionalen Erlebens. Um aus der Vielzahl an möglichen Emotionen, Stimmungen, emotional getönten Erlebnissen, etc. eine sinnvolle Auswahl zu treffen, ist es ratsam, theoriegeleitet vorzugehen (Mayring 1991b). Innerhalb der emotionalen Dimension lassen sich positive und negative Faktoren des subjektiven Wohlbefindens unterscheiden. Die Unabhängigkeit dieser beiden Faktoren wurde mehrfach empirisch nachgewiesen (siehe z.B. Glatzer 1992).

Die Unterscheidung zwischen physischem und psychischem subjektiven Wohlbefinden lässt sich nicht immer klar vornehmen (Frank 1991) und wurde im vorliegenden Fragebogen nur ansatzweise versucht.

Die Auswahl der Skalen bzw. der zugrundeliegenden Konstrukte orientierte sich einerseits an Überlegungen zur Seelischen Gesundheit (Becker 1982), hier vor allem an den von Becker als „Selbstaktualisierungsmodelle" (Fromm, Rogers, Maslow, Jourard) und als „Sinnfindungsmodelle" (Frankl und Allport) bezeichneten psychologischen Theorien. Es konnten Parallelen dieser beiden Modelle zu Charlotte Bühlers Arbeiten zu Lebenslauf und Lebenszielen gefunden werden (Bühler & Massarik 1969). Andererseits wurden Anregungen aus qualitativen Untersuchungen zum Erleben von Glück aufgegriffen (z.B. Hoffmann 1984). Darüber hinaus wurden vereinzelt Konzepte aus der Sozialindikatorenforschung mit einbezogen, sofern diese nicht schon in den ausgewählten Glücksdefinitionen enthalten waren.

Die in den Fragebogen aufgenommenen Konzepte des „positiven psychischen Wohlbefindens" sind nun „Freude", „Einheit, Harmonie", „Wohlbefinden durch soziale Beziehungen", „Partnerbeziehung / Sexualität", „Transzendenz, Religion", „Grundwert" (ein Begriff aus der Existenzanalyse nach Frankl), „Selbstwert", „Bewältigungskompetenz", „Werterleben (Erlebniswerte, schöpferische Werte)" (ebenfalls Begriffe aus der Existenzanalyse, die sich aber auch in den diversen Glücksstudien in abgewandelter Form wieder finden) sowie „Entscheidungsfähigkeit, Verantwortung".

Die Kehrseite des Glücks ist nach Mayring (1991a) die Depression. Auf Grund der klinischen Zielgruppe von Alkoholpatienten wurden die negativen Bereiche um die Kategorien „Angst, Anspannung", „Belastung allgemein", „Anomie" (ein soziologischer Begriff mit Verwandtschaft zur Depressivität), „Destruktivität" sowie das Fehlen der positiven Aspekte „Soziale Beziehungen" und „Selbstwert" ergänzt. Der Bereich des „negativen psychischen Wohlbefindens" ist insgesamt weniger ausführlich vertreten, da keine differentialdiagnostische Abklärung zwischen einzelnen Krankheitsbildern angestrebt wurde und insgesamt die Erfassung der Lebensqualität im positiven Sinn im Vordergrund stand.

Erst im Zuge der testtheoretischen Analyse der Daten wurden spezifisch existenzanalytische Überlegungen, insbesondere in Hinblick auf mögliche zugrundeliegende Dimensionen im Sinne der existentiellen Grundmotivationen, angestellt.

Generell wurde versucht, die subjektiven Aspekte (Gefühle, Empfindungen, etc.) möglichst losgelöst von konkreten Tätigkeiten und Erlebnissen zu formulieren, um eine Vermischung mit Lebensstilen zu vermeiden. Damit wurde in Kauf genommen, dass die gewählten Formulierungen recht abstrakt bzw. vage bleiben. Ein Ausweg aus dieser Problematik wäre die Wahl einer qualitativen Forschungsstrategie, im Rahmen derer es möglich ist, auf konkrete Ereignisse („life events") und das daraus folgende emotionale Erleben bzw. auf die kognitiv-emotionale Auseinandersetzung mit diesen einzugehen. Dieser Weg wird von einigen bekannten Glücksforschern übrigens dringend empfohlen (siehe dazu Mayring 1991b). Im Rahmen der vorliegenden Gruppenuntersuchung war dies aus praktischen Gründen nicht durchführbar.

Abschließend wurde eine globale Frage nach dem Wohlbefinden bzw. dem Lebensglück gestellt. Auch dafür lassen sich zahlreiche Empfehlungen in der Literatur finden.

Eine weitere Schwierigkeit der Wohlbefindens-Messung ist die Vermischung von Indikatoren und Determinanten, woraus Zirkelschlüsse resultieren. Um diesen Effekt zu minimieren, wurden einerseits in den Fragebogen keine Items aufgenommen, die bereits in gängigen Persönlichkeitsfragebögen Verwendung finden, und andererseits wurde durch die Formulierung in der Instruktion eine Bezugnahme zur aktuellen Situation („Gefühle und Stimmungen in der letzten Zeit") gefordert. Es sollte also eine „state"-Variable erfasst werden. Erst hinterher wurden Zusammenhänge mit gut abgesicherten „trait"-Konzepten (z.B. Seelische Gesundheit nach dem TPF, Selbstbild nach dem GT) hergestellt. Damit wird dem Hauptkritikpunkt an ähnlichen Fragebögen begegnet, die Feststellung von Korrelationen mit Persönlichkeitsmaßen könne auf Grund obiger Vermischung keinen wirklichen Informationsgewinn bringen.

Die angeführten Überlegungen waren handlungsleitend bei der Fragebogen-Konstruktion.

2. Existenzanalyse und Lebensqualität

2.1 Probleme der „Messbarkeit"

Einen gänzlich anderen Zugang zum Thema wählt die Existenzanalyse. Man könnte ihren Ansatz als dem der empirischen Psychologie beinahe entgegengesetzt ansehen. Während die empirische Forschung aus einem an den Naturwissenschaften orientierten Ideal der Messbarkeit nach der Erkenntnis von verallgemeinerbaren Gesetzmäßigkeiten ausgeht, durch die sie den Menschen beschreiben und damit in gewisser Weise „fassbar" machen will, geht die Existenzanalyse als von ihrem Ursprung her der Existenzphilosophie nahe stehende psychotherapeutische Disziplin von der Einzigartigkeit und Einmaligkeit der Person aus, die sich in der persönlichen Auseinandersetzung mit der Welt verwirklicht. Die Existenzanalyse spricht von personal-existentiellen Fähigkeiten, die im Vollzug des Lebens in Form von Entscheidungen und Handlungen der Person sichtbar werden. Aus existenzanalytischer Sicht kann die Bewertung des Lebens als „gut" letztlich nur von der Person selbst im Dialog mit der Welt vorgenommen werden. In der Spannung von Sein und Sollen steht die Person in einer ständigen Dynamik des subjektiven Wertens.
„Leben" ist aus Sicht der Existenzanalyse immer als zweifaches zu sehen: einerseits als vorgefundenes und andererseits als selbst gestaltetes Leben. Person-Sein drückt sich gerade darin aus, dass ich zu dem, was ich ontologisch vorfinde, Stellung beziehe, damit umgehe, es gestalte. Die Fähigkeiten dazu sind auf Seiten der Person die Selbstdistanzierung und die Selbsttranszendenz. Leben im existentiellen Sinn ist darüber hinaus geprägt durch Freiheit im Entscheiden und Verantwortlichkeit im Handeln (siehe dazu auch Längle 1991).
Die sozialwissenschaftliche Lebensqualitätsforschung beschäftigt sich aus Sicht der Existenzanalyse ausschließlich mit den ontologischen Bedingungen wie Reichtum, Gesundheit, Bildung, Sozialkontakten, etc. Diese "Lebensumstände" sind demnach das einzig Messbare, wobei auch sie gesellschaftlich-kulturellen Wertungen, Zeiterscheinungen und Trends unterworfen sind. Aber hier lässt sich noch am ehesten eine Möglichkeit zur Verallgemeinerung zumindest über bestimmte gesellschaftliche Gruppen und Zeiträume hinweg finden. Man könnte aus existenzanalytischer Sicht so weit gehen und folgern, dass alles, was messbar im Sinne eines Quantifizierens und Verallgemeinerns ist, dem ontologischen Bereich zuzurechnen ist. Das je Persönliche, der individuelle Aspekt der Lebensgestaltung, den wir auch als Lebensvollzug oder „Existenz" bezeichnen, entzieht sich im Einzelfall jeglicher Messung.
Mit der Entdeckung der „existentiellen Grundmotivationen" hat Alfried Längle meiner Ansicht nach dennoch so etwas wie „latente Dimensionen" des Erlebens gefunden, die durchaus „messbar" in einem empirisch-psychologischen Sinn sein müssten. Allerdings sind sie im jeweiligen persönlichen Erleben des Einzelnen auf derart unterschiedlichen Ebenen angesiedelt, dass man von sehr komplexen Sachverhalten ausgehen muss, die empirisch gesehen zwangsläufig zu einer Vielzahl an „Verzerrungen" und „Messfehlern" führen müssen. Nicht umsonst ist das praktische Vorgehen der existenzanalytischen Therapeuten ein phänomenologisches und kein empirisch-hypothesengeleitetes. Das „Gespür" des (selbst-)erfahrenen Psychotherapeuten ist allemal besser als jeder noch so gut testtheoretisch begründete Fragebogen, der niemals alle Einzelheiten und Besonderheiten der Lebenssituation des Befragten zu erfassen vermag. Aber im phänomenologischen Vorgehen kann das (am eigenen Erleben erprobte und daher mehr „ganzheitliche" als kognitive) „Wissen" um die Grundmotivationen eine wichtige Orientierungshilfe sein und - bei aller Phänomenologie - in die Nähe eines hypothesengeleiteten Vorgehens führen, das die Therapien verkürzen kann, da der Therapeut rascher zum Wesentlichen, zum „eigentlichen Kern" des Problems kommt.
Wozu kann nun ein empirisch konstruierter „Fragebogen zur Erfassung von Lebensqualität" dienen?
Meine eigene Position ist zwischen Em-

pirie und Phänomenologie angesiedelt. Beide Forschungszugänge haben meiner Ansicht nach ihre jeweilige Berechtigung in unterschiedlichen Anwendungsfeldern. In Hinblick auf den Einsatz von Fragebögen im Rahmen von existenzanalytischer Psychotherapie (andere Richtungen mögen hier völlig andere Positionen einnehmen) und im Speziellen bezüglich des Einsatzes des von mir entwickelten Lebensqualitäts-Fragebogens sehe ich nicht so sehr die Einzelfall-Diagnostik im Vordergrund (die meisten der im vorliegenden Fragebogen angesprochenen Themen werden ohnedies im Laufe weniger Psychotherapie-Sitzungen sichtbar). Ich sehe den Nutzen des Instruments vielmehr im Bereich der wissenschaftlichen Forschung bzw. in präventiven Fragestellungen für Gruppen sowie für die Evaluation. Hier kann es zum Beispiel sinnvoll sein, die Befindlichkeit von Bevölkerungsgruppen, der Belegschaft eines Betriebs, etc. aufzuzeigen. Vor allem kann der Fragebogen ein Messintrument darstellen, um die Wirksamkeit von Therapien und anderen Interventionen oder Behandlungen zu überprüfen. Da der Fragebogen auf empirisch-psychologischen Grundlagen aufbaut, kann er aus einer schulenübergreifenden Perspektive angewendet werden, was im Sinne der vergleichenden Psychotherapie-Forschung ein wesentliches Argument für seine Anwendung sein kann. Ich plädiere allerdings für eine saubere Trennung zwischen der Rolle des „Forschers“ und jener des „Therapeuten“. Manchmal kann es gut sein, diese Rollen durchaus auch in den Personen getrennt zu halten, da - hier argumentiere ich als Psychotherapeutin - Patienten sich ihre eigenen Gedanken machen, was der Therapeut mit den Ergebnissen von Fragebögen und Tests tut; wir leben in einer recht „zahlengläubigen“ Welt. Darüber hinaus kann es den einen oder anderen Therapeuten in seinem phänomenologischen Vorgehen irritieren, wenn er zu früh auf Grund von „aufdeckenden“ Testergebnissen ein „Wissen“ über den Patienten erhält, das er nicht so rasch therapeutisch „einholen“ kann. So gesehen kann ich die Vorbehalte mancher Praktiker gegenüber Einzelfall-Diagnostik mit Hilfe von Fragebögen durchaus nachvollziehen. In jedem Fall muss die Diagnostik, falls der Forscher gleichzeitig der Therapeut ist, in die Therapie integriert werden und müssen die Ergebnisse (zumindest auf Basis der Einzel-Antworten) mit dem Patienten besprochen werden.

Aus Sicht der Forscherin meine ich, dass eine klare Trennung der Personen zu mehr „Seriosität“ der Forschung im Sinne von Glaubwürdigkeit nach außen führen würde. Nicht zuletzt ist hier auch die Frage der Ressourcen und nicht zuletzt der Finanzierung von Forschung zu stellen; überlastete Praktiker sind oft mit dem Ausfüllen, Kontrollieren, Rücksenden von Fragebögen überfordert, was zu Fehlerquellen führen kann.

2.2 Fragen der Ethik

Der Begriff “Lebensqualität“ enthält auch den Wertaspekt. Wenn nach der persönlichen Lebensqualität gefragt wird, ist damit eigentlich die Frage nach einem **wert**vollen Leben gemeint. Man könnte die „Qualität“ - die Frage nach dem WIE - von der „Quidität“ - dem WAS - abgrenzen, was aber in unserem Sprachgebrauch meist zusammengefasst wird. Das WIE nimmt im menschlichen Sinn Bezug auf einen Wert. (Anders als im numerisch-mathematischen Sinn: dort ist das WIE immer ein WIE VIEL und nimmt lediglich Bezug auf eine Skala, eine Maßeinheit.) Anthropologisch gesehen ist in der Frage nach dem WIE das Empfinden von “gut“ enthalten – was tut gut, was erlebt der Mensch als „gut“? Aus der Auseinandersetzung mit der 2. Grundmotivation wird deutlich, dass das Empfinden des Guten die Beziehung zu einem Wert bedeutet, der letztlich in der Person selbst gründet, im eigenen Grundwert: “Es ist gut, dass es mich gibt“. Auf dieser Basis ist das Empfinden von Werten in der Welt möglich (siehe z.B. Längle 1998). Für die medizinische Lebensqualität bedeutet dies, dass für den kranken Menschen dieses Gute in seinem Leben *trotz* Krankheit und Leid nur in einer dialogischen Weise erfahrbar ist. Der Kranke lebt in Beziehung auch zu seiner Krankheit, zu seiner Suchterkrankung, zu seinem Krebs, zu seinen Symptomen, vor allem aber zu seinem Arzt, zu den Pflegern, Angehörigen usw. Ob für ihn trotz Schmerzen, trotz Ängsten noch Werte erfahrbar sind, hängt ganz wesentlich von der Möglichkeit ab, diese Beziehung zu gestalten oder aber sie nur passiv erdulden zu können. Aber auch darin liegt noch Beziehung zum Leben selbst, vielleicht auch angesichts des herannahenden Todes. Um seinen persönlichen Lebenswert erfahren zu können, braucht der Mensch Zeit, Nähe und Beziehung - Qualitäten, die im geschäftigen Alltagsbetrieb eines Krankenhauses nicht immer gegeben sind. So gesehen ist die Frage nach der Lebensqualität von kranken Menschen nicht losgelöst von den Bedingungen der medizinisch-ärztlichen und pflegerischen Betreuung zu sehen. Dies sind Fragen der Ethik, die einen verantwortungsvollen Umgang mit Messinstrumenten wie etwa einem Fragebogen nahe legen. Die Vorgabe eines Fragebogens darf nicht das Gespräch zwischen Arzt und Patient oder zwischen Pflegeperson und Patient ersetzen.

Im Zusammenhang von Lebensqualität und Gesundheit bzw. Krankheit besteht darüber hinaus die Gefahr einer normativen Bewertung von Leben. Problematisch wird es dort, wo die Verwendung des Begriffs die Möglichkeit der Qualifizierung eines Lebens als „lebensunwert“ impliziert. Lütterfelds betont in diesem Zusammenhang die Bedeutung der so genannten „existential beliefs“, die ein kranker Mensch der Beurteilung seiner Lebensqualität zugrundelegt. Gerade in Situationen lebensbedrohlicher Krankheit lässt sich der individuell-spezifische Lebensqualitäts-Begriff nicht verallgemeinern, da dies einer Ignoranz, ja Negation der persönlichen Einstellung zu Krankheit, Heilung und Tod gleichkäme (Lütterfelds 1991).

Für den Einsatz in der Medizin ist daher der Dialog mit dem Patienten unabdingbare Voraussetzung. Dies wird von verschiedenen namhaften Persönlichkeiten auf dem Gebiet der Lebenqualitäts-Forschung gefordert (siehe z.B. Menz 1991 Muthny 1991).

Für die Psychotherapie wurde das Problem des Einsatzes von Fragebögen im Zuge der Diagnostik bereits im vorigen Abschnitt diskutiert. Die dort angeführten Überlegungen sind somit vor allem unter einem ethischen Aspekt zu sehen.

3. Eigene empirische Voruntersuchung

Im Zuge einer Vorstudie zum vorliegenden Fragebogen wurde die Frage nach dem „guten Leben“ an Menschen gestellt, die an einer Suchterkrankung litten, und zwar jeweils am Beginn und am Ende eines achtwöchigen Therapieaufenthaltes („Was bedeutet für Sie persönlich ein gutes Leben?). Bei diesen Patienten stand in der aktuellen Situation das Leiden an der Sucht im Vordergrund. Es ging ihnen durchwegs um die Frage eines Lebens *trotz* Süchtig-Sein. Bei jedem von ihnen bedeutete dieses Leben jedoch andere Wertigkeiten, andere Qualitäten.
Die Antworten der Patienten wurden mit Hilfe des Verfahrens der “qualitativen Inhaltsanalyse“ verallgemeinert und führten zu **Kategorien** der Lebensqualität. Diese, der *ontologischen Seite* der Lebensqualität zuzurechnenden Kategorien, stellen den rein sprachlichen Inhalt des Fragebogens dar. Die existentiellen Dimensionen, welche erst im Wege einer differenzierten testtheoretischen Analyse herausgelöst werden konnten (Rasch-Analyse), sind nicht auf den „ersten Blick“ sichtbar, stellen aber ein eindeutig statistisch nachweisbares „Gerüst“ im Sinne von „latenten“ (zugrundeliegenden) Dimensionen dar.

3.1 Inhaltliche Kategorien der Lebensqualität

Die mündlichen Antworten wurden auf Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Daraus ließen sich im Anfangsinterview inhaltsanalytisch 15 Kategorien ableiten. Anschließend wurde die Häufigkeit der Nennungen jeder einzelnen Kategorie gezählt, wobei einige Antworten mehreren Kategorien zugeordnet werden konnten.
Am häufigsten wurde die Kategorie „Beruf“ genannt, gleich oft wie die Familie bzw. Partnerschaft (als „Zuhause“ zusammengefasst). Außerdem standen Gesundheit und Suchtfreiheit stark im Vordergrund, was der gesundheitlichen Situation der Patienten angemessen erscheint. Weitere „mittelwichtige“ Lebensbereiche waren die Freizeit sowie der Bereich Sicherheit/Ordnung/Finanzen. Weniger oft wurden Antworten zum eigenen Wert gegeben („Wert als Mensch“, „Eigenständigkeit“, „Respekt“ - in der Existenzanalyse als „Selbstwert“ bezeichnet), ebenfalls weniger oft Antworten zum Wohlbefinden und - nur bei Patienten mit früheren Therapieerfahrungen - zur Therapiegruppe. Einzelne Antworten bezogen sich auf Freunde, Angstfreiheit, abstrakte Werte und vitale Bedürfnisse.
Zu Therapieende wurde das Interview wiederholt. Dabei interessierte die Frage: Hat sich der subjektive Begriff der Lebensqualität über die Zeit des Therapieaufenthaltes hinweg verändert, und wenn ja, in welcher Weise? Welche Qualitäten und Werte sind bestehen geblieben, welche neu hinzugekommen? Auf dem Weg der Inhaltsanalyse wurden 16 verschiedene Kategorien gefunden. Diese waren nur zum Teil dieselben wie zu Beginn der Therapie.
Auch im Abschlussinterview handelte es sich beim Bereich Arbeit/Beruf um die am häufigsten genannte Kategorie (8x). Fünf Personen geben diesen Bereich in beiden Interviews an.
Gleich oft wurde – ähnlich wie im Erstinterview – Partnerschaft und Familie als wichtiger Bestandteil der Lebensqualität genannt.
Neu war die Dimension Erfüllung/Freude, die oft im Zusammenhang mit dem Beruf erwähnt wurde.
An fast ebenso wichtiger Stelle stand das Freisein von Sucht. Dies lässt sich daraus erklären, dass das Thema der Abstinenz am Ende der Therapie besonders im Vordergrund stand.
Der Bereich Sicherheit/Ordnung/Finanzen war etwas wichtiger geworden, Freunde und Beziehungen waren nun deutlich wichtiger; dies kann mit der positiven Beziehungserfahrung in der Therapiegruppe zu tun haben, aber auch mit der Perspektive des nahenden Therapieendes und des Heimkommens in das gewohnte soziale Umfeld.
Das Thema Gesundheit war relativ unwichtig geworden – ein Indiz für den guten gesundheitlichen Erfolg des Therapieaufenthaltes.
Andererseits tauchten im Abschlussinterview eine Reihe von neuen Kategorien auf, die auf Themen aus der Psychotherapie hinweisen: Stimmigkeit/Wohlbefinden, eigene Gestaltung des Lebens (je 3x), Freiheit/Unabhängigkeit, Freiheit von Problemen mit dem Staat (je 2x) und Zeit für sich selbst, Würde, Neu anfangen (je 1x). Diese existentiellen Fragen waren den Patienten im ersten Interview noch nicht bewusst, damals waren sie wohl noch stärker auf das Leiden an der Sucht konzentriert gewesen. Nun war ein Verständnis dafür entstanden, was sich der Sucht entgegensetzen lässt, wie der Ohnmacht, die das Süchtigsein bedeutet, zu entkommen ist. Die Frage der Stimmigkeit war hier besonders wichtig geworden, aber auch die Gestaltung des eigenen Lebens - Themen, die zu mehr Authentizität und letztlich zu existentiellem Sinn führen.
Die gefundenen Kategorien entsprechen als „Lebensbereiche“ zu einem Gutteil anderen Untersuchungen zu Kategorien der Lebensqualität (siehe z.B. Glatzer 1992, Hoffmann 1984, Hofstätter 1986, Mayring 1991). Sie sind auch im vorliegenden Fragebogen gut abgebildet.

4. Erste Ergebnisse der Fragebogen-Untersuchung

4.1 Datenerhebung

Der „Fragebogen zu Lebensqualität“ (kurz: FLQ) wurde gemeinsam mit diversen anderen Fragebögen und Erhebungsblättern im Rahmen einer Gruppentestung an über 300 Patienten zu Beginn und am Ende ihres achtwöchigen Therapieaufenthaltes im Krankenhaus „Maria Ebene“, einer Einrichtung zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit und anderen Suchterkrankungen in Frastanz/Vorarlberg, in den Jahren 1994 - 1998 vorgegeben.
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.
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.
Die vorliegenden Ergebnisse entstammen im Übrigen demselben Forschungsprojekt, dessen Ergebnisse zur Psychotherapieevaluation bereits von Längle et al. (2000) an dieser Stelle publiziert worden sind.

4.2 Testtheoretische Analyse

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich ausschließlich auf den zweiten Teil des FLQ „subjektives Wohlbefinden" (Gefühle und Stimmungen), jedoch nicht auf den Teil „Lebenszufriedenheit".
Für die testtheoretische Analyse nach dem Rasch-Modell wurden die Fragebogen-Daten der beiden Testzeitpunkte zu einem Datensatz zusammengefasst - somit konnte die Anzahl der Personen etwa auf das 1 ½ -fache angehoben werden, was für eine Analyse nach der modernen, probabilistischen Testtheorie einen wesentlichen Vorteil darstellt, da hier höhere Anforderungen an die Größe des Datensatzes gestellt werden als in der „klassischen" Statistik.
Die Rasch-Analyse wurde hypothesengeleitet durchgeführt, und zwar in der folgenden Weise: Nachdem alle Fragebogen-Items auf ihre „Eindimensionalität" geprüft worden waren, wurde sofort sichtbar, dass „positive" und „negative" Items getrennt zu betrachten sind. Dies entspricht auch den Erkenntnissen aus bisherigen Untersuchungen zum Thema. Somit waren jedenfalls zwei „Grunddimensionen" anzunehmen. Jede dieser Dimensionen wurde nun weiter auf ihre Eindimensionalität geprüft. In einem schrittweisen Vorgehen, bei dem nach „Ausscheiden" von nicht-dazupassenden Items jeweils genau analysiert wurde, „wieso" die jeweilige Frage nicht zu den anderen „passt" - wobei auf Grund meiner theoretischen Ausrichtung „natürlich" Überlegungen zu den existentiellen Grundmotivationen eingeflossen sind (aber nicht ausschließlich) -, konnten folgende, „Rasch-homogene" Dimensionen gefunden werden:

* *Haltbezogenes Erleben*. Diese Dimension stellt eine Ausnahme dar; hier liegen positive und negative Items auf einer Skala (meiner Ansicht nach ein Hinweis darauf, dass es sich um eine „Basis-Dimension" handelt, die eine geringere Differenzierung nach situativen emotionalen oder sozialen Aspekten erfordert als die übrigen). Sie enthält Items zu Aspekten allgemeiner Belastung (das Gefühl, zerstreut und unkonzentriert zu sein, psychisch wenig belastbar zu sein; die Angst, ernsthaft krank zu sein); andererseits das Vertrauen, in der Welt gut aufgehoben zu sein, ein Gefühl von Dankbarkeit dem Leben gegenüber, etc. Unschwer sind die Themen der ersten Grundmotivation: Grundvertrauen/Grundängstlichkeit zu erkennen.
* *Lebensgefühl*. Die Items erfassen die Aspekte positives Körpergefühl (ein wohliges, entspanntes Körpergefühl, das Gefühl voller Energie und Tatkraft zu sein, etc.) sowie eine positive Grundstimmung (das Gefühl des Friedens und der Harmonie, das Erleben innerer Einheit, ein Gefühl innerer Ausgeglichenheit, etc.) und das Wertempfinden - und zwar vorrangig auf der Ebene des Grundwerts (das Gefühl, etwas wert zu sein, das Gefühl, dazuzugehören, das Gefühl ein inneres Zuhause zu haben, etc.) teilweise auf der Ebene des Selbstwerts (das Gefühl der Zufriedenheit mit meinem Mannsein/Frausein, das Gefühl etwas Wertvolles und Wichtiges zu tun, das Gefühl eine Sache gut gemacht zu haben). Dennoch würde ich diese Dimension eher der zweiten als der dritten Grundmotivation zuordnen.
* *Depression*. Hier geht es einerseits um körperliche Beschwerden (ein Gefühl von Müdigkeit und Abgespanntheit, körperliche Schmerzen) sowie die typischen psychischen Symptome einer Depression (das Gefühl, nichts berührt mich wirklich, unter ständigem Druck zu stehen, passiv und entschlusslos zu sein, sorgenvoll in die Zukunft zu blikken, zu funktionieren anstatt zu leben, das Gefühl, andere Menschen können mir nichts geben, das Erleben starker Schuldgefühle, etc.), aber auch Symptome einer sich lösenden Depression wie das Gefühl von Wut und Aggression. Ich würde diese Dimension als „negativen Gegenpol" zur vorherigen betrachten, mit dem Schwerpunkt auf der Ebene der zweiten Grundmotivation und Anteilen der dritten.
* *Beziehung*. Hier ist einerseits der Selbstwert in bzw. durch Beziehungen angesprochen. Andererseits sind hier auch Grundwert-Erfahrungen enthalten. Da und dort geht es auch um den Seinsgrund. In dieser Dimension wird die eindeutige Unterscheidung nach Grundmotivationen schwieriger (das Erlebnis, etwas für einen anderen zu tun, wo es mir selbst warm ums Herz wird, das Gefühl, dass mir Wärme und Zuneigung entgegengebracht wird - 2. GM?, das Gefühl, von anderen als Mensch anerkannt und akzeptiert zu werden - 3. GM?, das Gefühl, mich auf jemanden verlassen zu können - 1. GM?; das Gefühl der Zufriedenheit mit meinem Mannsein/Frausein - lässt sich auch zu dieser Dimension rechnen, womit gezeigt werden kann, dass die einzelnen Dimensionen keinesfalls unabhängig voneinander sind!). Trotz der „Vermischung" der Grundmotivationen sind die Items „eindimensional" nach dem Rasch-Modell.
* *Soziales Scheitern*. Diese Dimension stellt wiederum das Gegenstück zur vorherigen dar. Es handelt sich um negativen Selbstwert und Grundwert durch fehlende oder unglückliche, gescheiterte Erfahrungen, Beziehungen (das Gefühl, den Erwartungen der Umwelt nicht gerecht zu werden, das Empfinden eigener Unzulänglichkeit, das Erleben starker Schuldgefühle - auch dieses Item ist zwei Dimensionen zuzuordnen -, das Gefühl, durch Kritik verstört zu sein, etc.).
* *Personale Potenz*. Hier geht es um die Themen Zukunftsperspektive, Gestaltungsmöglichkeiten (das Gefühl, genügend Möglichkeiten zu haben, die Dinge zu tun, die mir wichtig sind, voll Zuversicht in die Zukunft zu schauen: das Gefühl, ich bin dem Leben und seinen Schwierigkeiten im großen und ganzen gewachsen, das Gefühl von Freiheit und Selbstbestimmung, etc.). Die Themen sind auf allen Ebenen der Grundmotivationen angesiedelt.
* *Personale Impotenz*. Diese Dimension stellt wiederum das Gegenstück zur „personalen Potenz" dar. Es geht um Gefühle der Leere, Sinnlosigkeit und Ohnmacht (ein Gefühl von Machtlosigkeit und Ausgeliefertsein, das Gefühl, dass mein Leben sinnlos ist, ein Gefühl irrealer Angst und Bedrohung,

ein Gefühl innerer Leere). Hier ist das typische Leiden an der Sucht angesiedelt - es wäre interessant zu prüfen, ob diese Dimension auch in einer nicht-klinischen Stichprobe eindimensional wird.

* *Existentielle Erfüllung.* Diese Dimension ist die umfassendste des Fragebogens. Hier sind Items enthalten, die ich als Unbeschwertheit bezeichnen würde (Augenblicke von Unbeschwertheit und Leichtigkeit, das Gefühl neugierig und an der Welt interessiert zu sein, im Leben gut voranzukommen), ein „ozeanisches Gefühl" bzw. die Erfahrung „symbiotischer Nähe" (das Gefühl, mich ganz an die Schönheit eines Kunstwerkes, der Musik oder der Natur hinzugeben, das Gefühl tiefer sexueller Befriedigung und des Einsseins mit meinem Partner, das Gefühl, mich in der Beziehung zu einem anderen Menschen 100%ig sicher und geborgen zu fühlen) sowie ein „narzisstisches Selbsterleben" (das Gefühl, ich bin im Grunde in Ordnung, so wie ich bin, das Gefühl, mir selbst Fehler verzeihen zu können, das Gefühl, mit mir versöhnt zu sein, etc.). Hier liegt die Vermutung nahe, dass Patienten mit einer Suchterkrankung im Entzug einen starken Mangel erleben, da ja die Substanz diese Erfahrung teilweise ersetzt hat. Der Vergleich mit einer nicht-klinischen Gruppe wäre also auch in Bezug auf diese Dimension besonders wichtig.
* *Überwältigungserleben*. Das Erleben einer akuten Krise wurde durch zwei Items erfasst: „ Ein Gefühl der Ohnmacht und Verzweiflung" und „das Gefühl, als wäre mir der 'Boden unter den Füßen weggezogen'". Diese beiden Items „passten" zu keiner der anderen Dimensionen, da sie vermutlich einen stark situativ bedingten Aspekt erfassen. Für eine Folgestudie sollte diese Dimension um weitere Items ergänzt werden, um an Aussagekraft zu gewinnen.

Die überraschende Erkenntnis dieser ersten Analyse lautet, dass sich mit Hilfe eines statistisch überaus „strengen" Verfahrens, wie es die Rasch-Analyse darstellt, sehr wohl eindeutige Dimensionen der Lebensqualität herauslösen lassen - die im Übrigen mit „klassischen" Methoden wie etwa der Faktorenanalyse nicht zu erfassen sind -, deren Nähe zu den existentiellen Grundmotivationen deutlich erkennbar ist, wenngleich da und dort Vermischungen auftreten (speziell in den Bereichen „Werte" und „Beziehungen"). An dieser Stelle sei noch einmal hervorgehoben, dass es sich beim subjektiven Wohlbefinden („Gefühle und Sitmmungen in der letzten Zeit") um eine situative Variable handelt. Meines Wissens liegt hiermit die erste empirische Untersuchung zu den Grundmotivationen als „state"-Variablen vor. Wie weit das Konzept von diagnostischer und therapeutischer Relevanz ist, wird noch zu prüfen sein. Weitere Auswertungen (Korrelationen mit der Existenzskala, mit anderen Befindlichkeitsmaßen und mit „trait"-Fragebögen, Analyse verschiedener Patiententypen oder „Cluster", prä/post-Vergleich, etc.) sowie Nachfolge-Untersuchungen an anderen, nicht-klinischen Stichproben sind geplant.

Literatur

Andrews FM, Withey SB (1976) Social Indicators of Well-Being. New York: Plenum Press

Becker P (1982) Psychologie der seelischen Gesundheit. Theorien, Modelle, Diagnostik. Band 1. Göttingen: Hogrefe

Becker P (1991) Theoretische Grundlagen. In: Abele A, Becker P (Hrsg) Wohlbefinden. Theorie, Diagnostik, Empirie. Weinheim: Juventa

Bühler Ch, Massarik F (Hrsg) (1969) Lebenslauf und Lebensziele. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag

Frank R (1991) Körperliches Wohlbefinden. In: Abele A, Becker P (Hrsg) Wohlbefinden. Theorie, Diagnostik, Empirie. Weinheim: Juventa

Glatzer W (1992) Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Untersuchungen. In: Bellebaum A (Hrsg) Glück und Zufriedenheit. Opladen: Westdeutscher Verlag

Hoffmann R (1984) Erleben von Glück - eine empirische Untersuchung. Psychologische Beiträge, 26, 516-532

Hofstätter PR (1986) Bedingungen der Zufriedenheit. Zürich: Edition Interform

Längle A (1991) Wortmeldung in einer Diskussion. In: Tüchler H, Lutz D (Hrsg) Lebensqualität und Krankheit: Auf dem Weg zu einem medizinischen Kriterium Lebensqualität. Köln:Deutscher Ärzteverlag

Längle A (1998) Lebenssinn und Psychofrust. Zur existentiellen Indikation von Psychotherapie. In: Riedel L (Hrsg) *Sinn und Unsinn der Psychotherapie*. Rheinfelden: Mendola, 105-123

Längle A,Görtz A, Rauch H, Jarosik H, Haller R (2000) Vergleichende Effektivitätsstudie zur Existenzanalyse und anderen Psychotherapiemethoden im stationären Setting. Existenzanalyse, 17/3, 17-29

Lütterfelds W (1991) Philosophische Aspekte der Lebensqualität. In: H. Tüchler & D. Lutz (Hrsg.), Lebensqualität und Krankheit: Auf dem Weg zu einem medizinischen Kriterium Lebensqualität. Köln: Deutscher Ärzteverlag

Mayring Ph (1991a) Psychologie des Glücks. Stuttgart: Kohlhammer

Mayring Ph (1991b) Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens. In: A. Abele & P. Becker, (Hrsg) Wohlbefinden. Theorie, Diagnostik, Empirie. Weinheim: Juventa

Menz F (1991) „Zucker! Des hamS ma gar net gsagt!" – Zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient im Krankenhaus. In: Tüchler H, Lutz D (Hrsg) Lebensqualität und Krankheit: Auf dem Weg zu einem medizinischen Kriterium Lebensqualität. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Muthny F (1991). Erfassung von Lebensqualität - Fragestellungen und Methodik. In: H. Tüchler & D. Lutz (Hrsg), Lebensqualität und Krankheit. Köln: Deutscher Ärzteverlag

Schulz W, Beckemeyer M, Sander H, Wolteroff J (1981) Glück, Zufriedenheit und objektive Indikatoren der Lebensqualität. Wien: Schriftenreihe des Instituts für Soziologie

Uhl A (1991) Strukturierung und Dimensionsanalyse. In: H. Tüchler & D. Lutz (Hrsg.), Lebensqualität und Krankheit. Köln: Deutscher Ärzteverlag

Zapf W (1987, Hrsg) German Social Report, Living Conditions and Subjective Well-Being 1978-184, Social Indicators Research, 19/1

Anschrift der Verfasserin:
Mag. Astrid Görtz
Theophil Hansen Gasse 7/1/3
1230 Wien
e-mail: astrid.goertz@bmols.gv.at