

3, Dezember 2000, 17. Jahrgang

THEMENSCHWERPUNKT

Empirische Forschung
1. Teil

Screeningstudie
Effektivitätsstudie
Patientenzufriedenheit
Anamneseleitfaden
ESK-Forschungen

INHALT

Editorial	3
ORIGINALARBEITEN	
Ist Sinn noch aktuell? (L. Tutsch, H. Drexler, E. Wurst, K. Luss, Ch. Orgler)	4
Effektivitätsstudie zur Existenzanalyse (A. Längle, A. Görtz, J. Rauch, H. Jarosik, R. Haller)	17
Existenzanalytische Exploration für Kinder und Jugendliche (U. Leiss, E. Wurst, M. Herle, B. Polazeck, L. Tutsch)	30
Zufriedenheit mit Existenzanalyse (A.-R. Laireiter, Ch. Schirl, I. Kimeswenger, A. Längle, J. Sauer)	40
Wenn die Sinnhaftigkeit des Sinns in Frage steht (E. Bauer)	51
FORUM	
Die Existenz-Skala (Ch. Orgler)	56
A new beginning in application of Frankl's work to emerging issues in psychotherapy (G. Kovacs)	63
BUCHBESPRECHUNGEN	64
PUBLIKATIONEN / ABSCHLUSSARBEITEN	66
AKTUELLES-ÖSTERREICH	
Kassenvertrag	69
Psychotherapiemesse „Seeliger Wien“	69
Weiterbildungsverpflichtung für Psychotherapeuten	69
MITTEILUNGEN	70
KONTAKTADRESSEN	71
IMPRESSUM	71
TERMINE	72

Bankverbindungen der GLE

Österreich:	Konto Nr.: 040-33884, Erste Österr. Spar-Casse-Bank
Deutschland:	Konto Nr.: 902-127810, Stadtparkasse München Konto Nr.: 7000006, Spar- und Kreditbank Nürnberg
Schweiz:	Konto Nr. 80-5522-5, Schweiz. Kreditanstalt, 6301 Zug
Finnland:	Konto Nr.: 500001-524312, OKO-Bank, Helka Makkonen, Logotherapie GLE-keräily
Andere Länder:	Wir bitten um Zahlung mittels Postanweisung oder mittels AX, DC, VISA, EC/MC

Unsere e-mail Adresse: gle@existenzanalyse.org
Homepage <http://www.existenzanalyse.org>

Wissenschaftlicher

BEIRAT

Michael ASCHER Philadelphia (USA)
Karel BALCAR Prag (CZ)
Wolfgang BLANKENBURG Marburg (D)
Gion CONDRAU Zürich (CH)
Herbert CSEF Würzburg (D)
Nolberto ESPINOSA Mendoza (ARG)
Reinhard HALLER Feldkirch (A)
Hana JUNOVÁ Prag (CS)
Christoph KOLBE Hannover (D)
George KOVACS Miami (USA)
Jürgen KRIZ Osnabrück (D)
Rolf KÜHN Wien (A)
Karin LUSS Wien (A)
Corneliu MIRCEA Temesvar (RO)
Christian PROBST Graz (A)
Heinz ROTHBUCHER Salzburg (A)
Christian SIMHANDL Wien (A)
Michael TITZE Tuttlingen (D)
Liselotte TUTSCH Wien (A)
Helmuth VETTER Wien (A)
Beda WICKI Unterägeri (CH)
Wasiliki WINKLHOFER München (D)
Elisabeth WURST Wien (A)

Mitglieder erhalten die Zeitschrift
kostenlos. Jahresabonnement für
Nichtmitglieder:
öS 280,- / DM 40,- / sfr 35,-
Einzelpreis:
öS 100,- / DM 15,- / sfr 12,50

H I N W E I S E

Themen-Redaktion
Mag. Astrid Görtz

**FORT- UND
WEITERBILDUNGS-AKADEMIE
Jahresprogramm 2001**
über die GLE beziehbar

**AUTOREN- UND STICHWORT-
VERZEICHNIS DER
ABSCHLUSSARBEITEN
DER GLE 1985 - 2000**
als Beilage

**DIE POSTMODERNE UND
DAS EXISTENTIELLE
SINNVERSTÄNDNIS TEIL 2**
VON **E. BAUER**
Seite 51

**AKTUELLES ZUR PSYCHO-
THERAPIE IN ÖSTERREICH**
Seite 69

Vorschau aufs nächste Heft:
Existenzanalytische Forschung II

Themen-Redaktion
Mag. Astrid Görtz

Themen der nächsten Hefte:

**Methoden der EA & LT II
Therapeutische Beziehung**

**Redaktionsschluß für die
Nummer 1/2001:
10. Jänner 2001**

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen !

Diesmal legen wir ein Heft zur empirischen Forschung in der Existenzanalyse vor – für einige von uns tägliche, wissenschaftliche Beschäftigung, für andere ein eher ungewohntes Gebiet.

Die *Wirksamkeit der Psychotherapie* ist seit langem Gegenstand der Forschung. Ein provokanter Beitrag Eysencks in den 50er Jahren markierte den Beginn dieser Forschung – postulierte er doch Spontanremissionsraten von 70 %! Psychotherapie wäre demnach nicht besser als Kaffeetrinken und abwarten. Obwohl diese historische Diskussion überwunden ist, hat in den letzten Jahren eine Mammutstudie von Grawe die Wissenschaftlichkeit der Psychotherapie erneut vehementer Kritik ausgesetzt. Wiederum eine Konfrontation, die einen erheblichen Forschungsboom auslöste, flankiert von den Forderungen der Sozialversicherungen nach Kostensenkung und spezifischer Indikation. In diesem Herbst haben populäre Verrisse der Psychotherapie im “Spiegel” und im “Standard” erneut Unsicherheit bei den Laien ausgelöst.

Dagegen hat ein führender Repräsentant der Psychotherapieforschung bei einer ÖBVP-Veranstaltung in Wien Ende November das Selbstbewußtsein der Psychotherapeuten gestärkt. Laut Volker Tschuschke hat die Psychotherapie den Wirksamkeitsnachweis zweifelsfrei erbracht und braucht sogar den Vergleich mit den Nachbardisziplinen Medizin und Pharmakologie nicht zu scheuen.

Für uns aber stellt sich die Frage, wie die Existenzanalyse in der empirischen Überprüfung zu liegen kommt. Eine Zusammenstellung der aktuellen Forschungen in der GLE erwies sich als so umfangreich, daß in der nächsten Ausgabe der EXISTENZANALYSE das Thema “Empirische Forschungen” weitergeführt wird. In dieser Ausgabe stellen wir zunächst eine Arbeit aus einer Forschergruppe um *L. Tutsch* zur Sinnfrage im Alltag vor. Als Screeningstudie bringt sie einen erheblichen Forschungsbeitrag zu den theoretischen Grundlagen der Existenzanalyse, insbesondere der Grundmotivationen. In thematischer Nähe dazu steht der zweite Teil der Reflexion zur “Sinnfrage in der Postmoderne” von *E. Bauer*.

Im Zentrum des Forschungsinteresses stehen oft die Fragen der Effektivität von Psychotherapie. Dazu wurde in mehrjähriger Arbeit unter der Leitung von *A. Längle* in einem Suchtkrankenhaus in Vorarlberg eine Effektivitätsstudie durchgeführt, deren Ergebnisse nun erstmals publiziert werden.

Ein ganz anderer Ansatz der Forschung verfolgt eine Katamnesestudie zur Patientenzufriedenheit, die von *A. Laireiter* von der Universität Salzburg vorgestellt wird.

U. Leiss und Mitarbeiter stellen ein neues Arbeitsinstrument vor: einen anamnестischen Gesprächsleitfaden für die Kinderpsychotherapie.

Abschließend gibt *Ch. Orgler* einen Überblick über den derzeitigen Stand der empirischen Untersuchungen zur Existenzskala.

Nach diesem arbeitsreichen Pensum wünschen wir Euch eine frohe Weihnachtszeit und ein gutes Neues Jahr!

Silvia Längle

Astrid Görtz

im Namen der Redaktion

Ist Sinn noch aktuell?*

Liselotte Tutsch, Helene Drexler, Elisabeth Wurst, Karin Luss, Christine Orgler

Die existenzanalytische Motivationslehre erweiterte sich von V. E. Frankls Sinnstrebigkeit als primäre – existentielle – Motivation um die personalen Motivationen als Voraussetzung der Sinnfindung. In der psychotherapeutischen Praxis erhobene face validities zu dieser Theorie sollten an einer breiten Stichprobe empirisch verifiziert werden.

Ein Motivationspanorama der Wiener Bevölkerung zeigt, daß die Menschen unserer Zeit v.a. mit Fragen zur Identität und Selbstverwirklichung sowie mit Beziehung und Nähe beschäftigt sind. Deutlich abgeschlagen finden sich Bedürfnisse nach Halt und Sicherheit, aber auch die explizite Beschäftigung mit Sinn.

Die Frage nach dem Sinn, das Verständnis von Sinn und ob Sinn als Resultante einer gelungenen Auseinandersetzung mit obigen Themen oder als eigene Kategorie zu sehen ist, wird in einem zweiten Teil in der nächsten Ausgabe der EXISTENZANALYSE ausgeführt und diskutiert.

Schlüsselwörter: empirische Studie, Beziehung, Nähe, personal-existentielle Motivationslehre, Selbstverwirklichung, Sinn

The existential-analytical motivation theory extended from V. E. Frankl's will to meaning as primary existential motivation to the personal-existential motivations as basic condition for man's search for meaning. Face validities concerning this theory found in psychotherapeutical practice were verified empirically in a diversified sample.

Interviews of the Viennese population show that people of our time are preoccupied predominately with questions concerning identity, self-fulfillment, relationship and proximity. People are hardly concerned with the need of hold, security and the explicit search for meaning. If meaning is a result of a successful reflection of the above mentioned themes or an additional category will be discussed in part two of this article in the next edition of this journal.

Keywords: empirical study, meaning, personal-existential motivation theory, proximity, relationship, self-fulfillment

I. PROJEKTDESCHEIBUNG

I.1 Einleitung: Beschreibung und Begründung der Fragestellung

Vielfach und in zunehmenden Maße wird die Sinnfrage auch in der Literatur als die vorrangige Problematik des modernen Menschen beschrieben (Frankl 1981, 1982; Zulehner 1994, Csef 1998; Wirtz, Zöbeli 1995). Sie durchzieht wie ein roter Faden unser Leben, begleitet uns im Allgemeinen als "Hintergrundmusik" mehr oder weniger deutlich wahrnehmbar durch das Leben und stellt jene Bezugs- und Orientierungsdimension dar, auf die hin der

Mensch letztendlich mehr oder weniger bewußt alle seine Handlungen entwirft. Ob sich der Mensch dieser Orientierungsfrage stellt oder ihre Beantwortung verweigert bzw. sich ihr nicht gewachsen fühlt, entscheidet letztendlich darüber, ob der Mensch ein sinnerfülltes oder sinnleeres Leben erfährt. Meist geschieht dieser "Orientierungsscheck up" unbewußt oder vorbewußt. In entscheidenden Situationen drängt sich die Frage nach dem Sinn des eigenen Tuns jedoch "lautstark" in den Vordergrund. So in Belastungssituationen, Krisen, in "schweren Zeiten" also, in denen oft sogar der Sinn des eigenen Lebens an sich zur Frage steht. Aber auch in Situationen der Zukunftsplanung vernehmen Menschen die Sinnfrage deutlich. Und jene, welche weghören, geraten in Gefahr, an sich und ihren

* gefördert von der Stadtplanung Wien

Möglichkeiten vorbeizuleben. Viktor E. Frankl ist es zu verdanken, die Sinndimension ins Alltagsbewußtsein gehoben und für die Psychotherapie thematisiert zu haben (Frankl 1981). Frankl beschreibt das Streben des Menschen nach Sinn als die primäre Motivation des Menschen.

In der Alltagsbeobachtung und vor allem in den Gesprächen in der psychotherapeutischen Praxis fanden wir jedoch, daß die Frage nach dem Sinn keine primäre ist, sondern daß die Menschen im Grunde vier Fragen beschäftigen, die wie ein gemeinsamer Nenner alle Themen und Problembereiche durchziehen:

- *Kann* ich das Leben schaffen, kann ich das Leben bewältigen?
- Ist es überhaupt *gut* daß ich lebe, mag ich leben?
- *Darf* ich so sein, wie ich bin, darf ich mir gemäß leben?
- Kann ich dem Leben gerecht werden? *Wofür* lebe ich?

Selbst in den *explizit formulierten Fragen nach dem Sinn* sind diese Beweggründe und Intentionen auffindbar (Tutsch, Luss, Drexler: Protokollierung der Sinnthematik in der psychotherapeutischen Praxis, Oktober 1998). Diese Beweggründe scheinen daher alle menschlichen Handlungen im Grunde zu motivieren. Sie stellen sich in der psychotherapeutischen Praxis

- aus innerer und äußerer Verunsicherung,
- aus empfundener Wertlosigkeit der eigenen Person bzw. des Lebens als Ganzes,
- aus dem Mangel an Verwirklichung individueller Möglichkeiten,
- aus dem Gefühl keine Lebensaufgabe, keine Ziele zu haben.

Sie sind jedoch nicht nur basale Inhalte der seelisch Kranken, sondern der Menschen der Moderne überhaupt.

Diese face validity deutet darauf hin, daß die von A. Längle in phänomenologischen Analysen gefundenen personal-existentiellen Grundmotivationen (Längle 1991, 1992, 1997b) als Voraussetzung eines sinnerfüllten Lebens betrachtet werden können. Sie sollen im folgenden kurz ausgeführt werden.

Voraussetzungen für Sinnfindung – die Tiefendimensionen des Sinns

Ob die Sinnfrage – authentisch und autonom – beantwortet werden kann, erfordert vom Menschen, sich den Voraussetzungen für die fundierte Beantwortung dieser Fragestellung zu stellen. Diese Voraussetzungen zum sinnerfüllten Leben wurden in der Weiterentwicklung der Franklschen Logotherapie zur Existenzanalyse als Psychotherapie durch A. Längle (Die personal-existentiellen Grundmotivationen 1992) beschrieben. Sie zeigen auf, daß Sinnverlust begründet liegt in der nicht vollzogenen Einwilligung:

1. In die Bedingungen und Möglichkeiten menschlicher Existenz (zu den inneren und äußeren Gegebenheiten, in denen der Mensch sich vorfindet), **es fehlt ihm ein Ja zu Welt**, als Annahme des Vorgefundenen. Damit entzieht sich der Mensch die Basis der Wahrnehmung von Sinnmöglichkeiten. “Ich bin – kann ich sein?”, ist die existentielle Frage.
2. In das mit dem Leben verbundene Lebendigsein (als emotionales Berührtsein, welches sich nicht nur in positiven Gefühlen, sondern auch im Leid manifestiert), **es fehlt das Ja zum Leben**. Damit entzieht sich der Mensch die Basis für sein Erleben, für das gefühlsmäßige Angesprochensein von den Sinnmöglichkeiten. “Ich lebe – mag ich leben?”, ist die existentielle Frage.
3. In die Individualität und Abgegrenztheit der Person (zu sich in seinem Sosein), **es fehlt ihm ein Ja zu sich**. Damit entzieht sich der Mensch die Basis für die Wahl der eigenen Sinnverwirklichung. “Ich bin ich – darf ich so sein?”, fragt sich der Mensch.
4. In die Herausforderungen und Angebote der jeweiligen Situation, in denen der Mensch steht (als Offenheit für das ihm zur Verfügung Stehende), **es fehlt ihm sein Ja zum Sinn**. Dadurch entzieht sich der Mensch die Basis für die Auswahl des Sinns aus der Vielzahl der Möglichkeiten.

Diese fehlende Einwilligung wiederum kann vielerlei Ursachen haben, einige seien genannt: Traumatisierungen und Mangelerlebnisse in der Entwicklung der Persönlichkeit, aktuelle Belastungen und Krisen, Unreife etc.

Um ein Ja zur Welt, zum Leben, zu sich und zum Sinn geben zu können braucht es Voraussetzungen:

1. Halt, Raum und Schutz, um das Dasein annehmen und aushalten zu können. Sie gewährleisten das **Sein-Können** des Menschen (erste personal-existentielle Grundmotivation / 1. GM).
2. Zuwendung, Nähe und Berührung, um das Leben in seiner Qualität als “Grundwert” zu erleben. Sie gewährleisten die emotionale Wertung des Lebens, die Lebendigkeit als **Leben-Mögen** (zweite personal-existentielle Grundmotivation / 2. GM).
3. Achtung, Wertschätzung und Anerkennung, um sich selbst in seiner Individualität erkennen, annehmen und abgrenzen zu können. Sie gewährleisten das **Selbstsein-Dürfen** des Menschen (dritte personal-existentielle Grundmotivation / 3. GM).
4. Anziehung und existentielle Spannung, um das Wesentliche zu finden und zu verwirklichen. Sie gewährleisten das **wert- und sinnerfüllte Leben** (vierte personal-existentielle Grundmotivation / 4. GM).

Mängel in diesen Grundvoraussetzungen bewirken ein Streben nach diesen Voraussetzungen und damit eine “einseitige Motivationslage”.

Empirische Untersuchungen an der Wiener Bevölkerung

Aus der psychotherapeutischen Praxis kommend, beschäftigte uns nun die Frage:

Was bewegt die Menschen heute – ist es die Frage nach dem Sinn oder sind die Menschen mehr mit den existentiellen Voraussetzungen zum Sinnerleben beschäftigt?

In einem Screening an der Wiener Bevölkerung sollte ein **Motivationspanorama** erhoben werden. Face validities, die sich in der psychotherapeutischen Praxis bei Patienten mit seelischen Störungen gezeigt haben, sollten verifiziert und der Frage nachgegangen werden, ob diese existentielle Thematik auf die Störbilder beschränkt oder allgemein Thema ist. Für die Homogenität der Untersuchung schien uns die Konzentration auf den (einheitlichen) städtischen Lebensraum als Pacer eventueller kultureller Verschiebungen angezeigt, daher sollte die Studie an der Wiener Bevölkerung, woraus sich die psychotherapeutische Klientel der Autoren rekrutiert, durchgeführt werden.

In einem zweiten Teil sollte dann explizit der Frage nach dem Sinn nachgegangen werden. Die vorliegende Studie wurde zur Jahrtausendwende durchgeführt und wird in ihrem ersten Teil in dieser Ausgabe der EXISTENZANALYSE veröffentlicht. Der zweite Teil erscheint in der nächsten Ausgabe.

I.2 Instrumentarien zur Datenerhebung

Um Antworten auf die gestellten Fragen zu bekommen, wurde ein halbstandardisiertes Interview durchgeführt und einige Fragebögen vorgelegt.

Die qualitative Befragung durch das **halbstandardisierte Interview** umfaßte folgende Fragen:

Was beschäftigt Sie derzeit innerlich am meisten?

Unterfrage 1: Was ist es genau, was Sie an diesem Thema beschäftigt?

Unterfrage 2: Was löst es aus in Ihnen?

Hat sich Ihnen die Frage nach dem Sinn schon einmal gestellt?

Hat sie sich einmal oder öfter gestellt?

In welchem Zusammenhang bzw. Situation hat sie sich gestellt?

Was verstehen Sie unter Sinn?

Die verwendeten **Fragebögen** waren

- die *Existenzskala* (Längle, Orgler, Kundi 2000), die die Kompetenz der Person im Umgang mit sich und der Gestaltung des Lebens erhebt,
- ein *Test zur existentiellen Motivation* (Längle, Eckhardt 2000), der die Voraussetzungen für ein existentielles Leben erhebt,
- einen *Life event Fragebogen* (entnommen aus Orgler 1990) und
- Fragen zur *Lebenszufriedenheit* (Görtz 1999)

I.3 Durchführung und Auswertung der Interviews und der Tests

Die Interviews wurden von speziell eingeschulten Interviewern durchgeführt, um eine möglichst einheitliche Durchführung zu gewährleisten. Die Antworten wurden wortgetreu protokolliert bzw. zum Teil auch auf Tonband aufgenommen und transkribiert. Die Daten wurden

1. **kategorisiert**,
2. **theoriegeleitet** nach A. Längles (1997b) Theorie der personal-existentialen Grundmotivationen signiert,
3. **nicht theoriegeleitet** codiert.

Im Anschluß an das Interview wurden die Fragebögen vorgelegt. Alle Daten wurden anonymisiert (Nummern Set) und qualitativ und quantitativ ausgewertet.

Statistische Verfahren zur quantitativen und qualitativen Auswertung:

Quantitative Analyse: Die Unterschiede zwischen den Stichproben wurden mittels *einfaktorieller Varianzanalyse (ANOVA)*, *Kruskal-Wallis Test*, *T-Test*, *Mann-Whitney U-Test* und *Diskriminanzanalyse* ermittelt. Zusammenhänge wurden mittels *Phi-Koeffizient* und *Kontingenzkoeffizient* errechnet (Signifikanz- bzw. α -Fehlerniveau $\alpha = 5\%$).

Die qualitative Analyse erfolgte in Form von Kategorisierung der (offenen) Antworten des durchgeführten standardisierten Interviews. Die Signierung erfolgte zuerst beispielhaft im Signierungsteam (Interviewer und Projektteam) und wurde dann jeweils von den Interviewern einzeln weitergeführt. Vom Projektteam wurden dann wiederum Stichproben zur Überprüfung der Signierung genommen und auch Strichlierungs-codes.

I.4 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe aus der Wiener Bevölkerung setzte sich folgendermaßen zusammen:

100 Personen – **Normstichprobe**

100 Personen – **klinische Stichprobe**

Die **Normstichprobe** setzt sich aus Nachbarn, dem weiteren Bekanntenkreis und Personen aus dem beruflichen Umfeld der Interviewer zusammen, wobei auf eine repräsentative Verteilung von Alter und Ausbildung geachtet wurde.

Die **klinische Stichprobe** rekrutiert sich aus Personen, welche in psychotherapeutischer Behandlung (vorwiegend bei klinischen Psychologen und Psychiatern) stehen und zum Zeitpunkt der Befragung eine Diagnose nach ICD 10 aufwiesen. Die breit gestreuten Diagnosen wurden zu drei großen Subgruppen zusammengefaßt mit der Intention, eventuelle Unterschiede bzw. Zusammenhänge zwischen Störungsbild und Aussage zu erheben. Die erhobenen Diagnosegruppen nach ICD 10 (Angststörungen, Depression, dissoziative Störungen, verschiedene Persönlichkeitsstörungen etc.) waren zu klein für statistisch relevante Stichproben. Daher wurden diese Diagnosegruppen noch einmal in drei größere Gruppen zusammengefaßt: Angst-

patienten (n = 25); depressive Patienten (n = 47); histrionische Patienten (n = 20).

Die übrigen klinischen Störungen wurden in einer "Sammelgruppe" zusammengefaßt, die jedoch mit acht Personen statistisch nicht mehr relevant waren.

Es sei darauf hingewiesen, daß die daraus entstandenen Subgruppen in der klinischen Stichprobe zwar einen gemeinsamen Kern in den verschiedenen Störungsbildern, aber auch eine breite Manifestationspalette aufweisen. Zudem ist für Subgruppen die Stichprobengröße knapp. Daher sind die Ergebnisse aus den klinischen Subgruppen nur als Trendmarke zu betrachten und Impulsgeber für Folgeuntersuchungen, in denen eine größere Anzahl von Personen und diagnostisch ausgesuchte Patienten (z.B. Depression nach ICD 10) untersucht werden sollen.

Beschreibung der beiden Stichproben-Gruppen

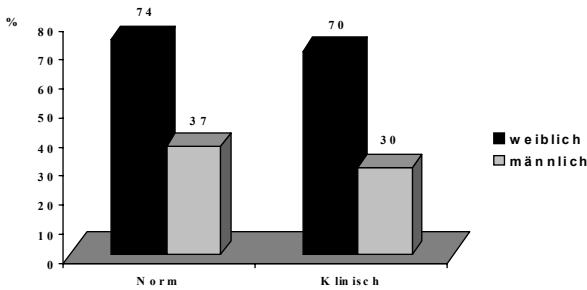


Abbildung 1: Geschlechtsverteilung

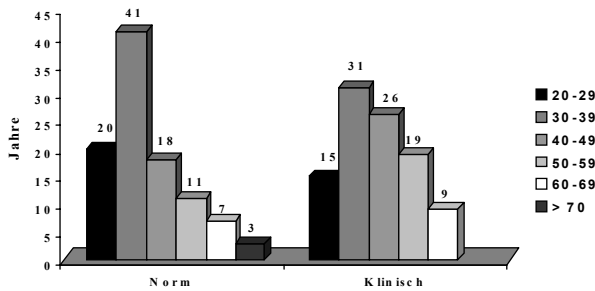


Abbildung 2: Altersverteilung

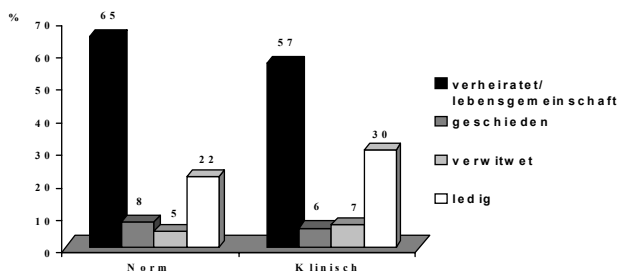


Abbildung 3: Familienstand

Beschreibung der Stichproben durch die vorgelegten Fragebögen

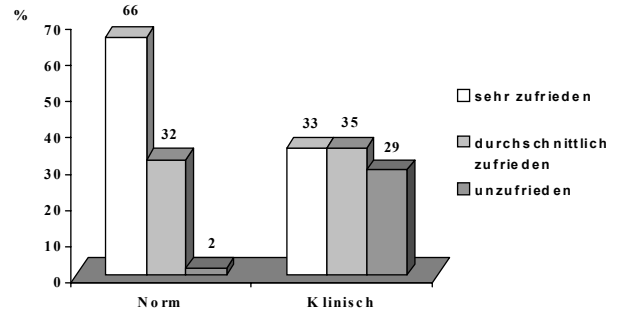


Abbildung 4: Lebenszufriedenheit der klinischen Stichprobe und der Normstichprobe

Im Bereich der **Lebenszufriedenheit** läßt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Stichproben wahrnehmen (Mann-Whitney-U-Test bei $\alpha = 0.05$; $p = 0.000$). Überraschend erscheint, daß doch auch 33% der klinischen Stichprobe sehr zufrieden mit ihrem Leben sind. Die Befragung einer klinischen Stichprobe (n = 20) auf dieses Faktum hin ergab, daß schon die Tatsache, die Probleme therapeutisch anzugehen, die Lebenszufriedenheit erhöht.

Gesamt
 Norm: 131 life events
 Klinisch: 208 life events

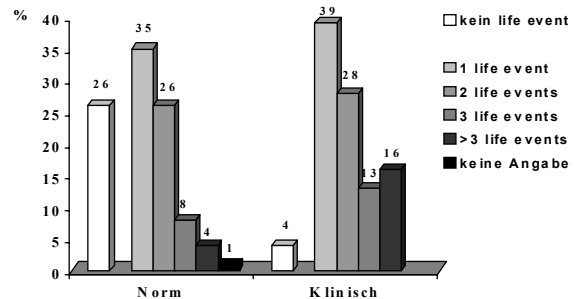


Abbildung 5: Life events der klinischen Stichprobe und der Normstichprobe

Personen der klinischen Stichprobe waren signifikant mehr Belastungssituationen (**Life events**) ausgesetzt (T-Test, homogene Varianzen, $\alpha = 0.05$; $p = 0.000$ (2-seitig)).

Signifikante Unterschiede ließen sich auch in den Werten der **Existenzskala** (Längle, Orgler, Kundi 2000) finden (Mann-Whitney-U-Test bei $\alpha = 0.05$; $p = 0.000$ (2-seitig)), das heißt in der Kompetenz im Umgang mit sich selbst und der eigenständigen, verantwortlichen, freien Gestaltung des Lebens (vgl. Abbildung 7).

Der **Test zur existentiellen Motivation (TEM)** (Längle, Eckhardt 2000) mißt die "Ausstattung" der Person in den Fundamenten der Existenz in der strukturellen Verfaßtheit der Person. Klinische und Normstichprobe unterscheiden sich quantitativ und nicht qualitativ voneinander (vgl. Abbildung 8). Die Unterschiede zwischen den

ORIGINALARBEIT

	Norm (Anzahl der Personen von 100 Personen)	Klinisch (Anzahl der Personen von 100 Personen)
Tod des Ehepartners	3	8
Scheidung	5	8
Trennung vom Ehepartner	15	16
Haft	0	1
Tod eines nahen Verwandten	24	23
eigene Verletzung / Krankheit	19	60
Heirat	2	1
Verlust der Arbeit	8	16
Aussöhnung mit Ehepartner	6	6
Pensionierung	0	6
Krankheit in der Familie	22	29
Schwangerschaft	4	2
Sonstiges	18	33

Abbildung 6: Arten der Life events und ihre Häufigkeiten in der klinischen Stichprobe und in der Normstichprobe

Mittelwerte (der Durchschnittswerte pro Skala), mögliche Werte von 0 bis 6

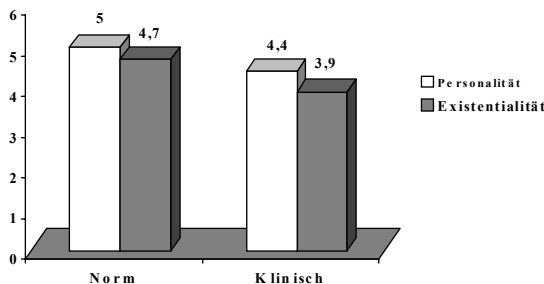


Abbildung 7: Existenzskala der klinischen Stichprobe und der Normstichprobe

Mittelwerte (der Gesamtwerte pro Skala), mögliche Werte von 14 bis 56

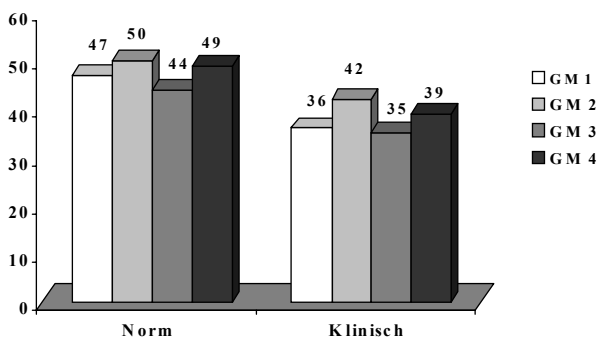


Abbildung 8: Test zur existentiellen Motivation (TEM) der klinischen Stichprobe und der Normstichprobe

Stichproben sind signifikant ((Mann-Whitney-U-Test bei $\alpha = 0.05$; $p = 0.000$ (2-seitig)).

Der TEM, die Existenzskala und die Lebenszufriedenheit korrelieren hoch miteinander. 82% haben in beiden Verfahren einen Gesamtwert in einer gleichen Gruppe.

Interessant ist der Blick auf jene Variablen, die am besten zwischen den Stichproben differenzieren. 77% der Stichprobe können damit richtig zugeordnet werden. Diese Variablen sind:

- Grundvertrauen ins *Dasein-* / *Seinkönnen* (Halt, Raum, Schutz im Leben)
(1. Grundmotivation von Längle 1992)
- Anzahl der aufgetretenen *Streßereignisse* in letzter Zeit (Belastung)
- *Zufriedenheit mit den Lebensumständen* und dem Schicksal

II ERGEBNISSE

II.1 Zur ersten Fragestellung des Interviews: Was beschäftigt Sie derzeit am meisten?

Die Frage wurde möglichst offen formuliert, um das, was die Wiener Bevölkerung bewegt, zu erheben. Mit dem Begriff "derzeit" wurde ein aktueller Zeitraum angesprochen. Es konnten bis zu drei Themen angegeben werden.

In einem weiteren Schritt ging es darum, zu den schlagwortartig genannten Themen die genaueren Beweggründe zu erfassen, die zur Beschäftigung mit diesen Themen geführt haben.

Die Erhebung der Beweggründe gliedert sich in *zwei Fragen*:

1. "Was ist es genau, was Sie an diesem Thema beschäftigt? (Worum geht es da genau?)"

Diese Frage zielte auf ein genaueres Erfassen der Gründe und Motive für die Auseinandersetzung mit dem genannten Thema auf der kognitiven Ebene ab.

2. "Was löst es aus in Ihnen (... gefühlsmäßig)?"

Diese Frage zielte darauf ab, das emotionale Erleben der in Unterfrage 1 genannten Beweggründe zu erfassen und damit die Art und Weise der Auseinandersetzung mit dem Thema präziser zu explorieren.

Eine *Beispiel* soll das veranschaulichen:

Eine Person hatte auf die Frage "Was beschäftigt Sie derzeit am meisten?" geantwortet: "Der Beruf."

Auf die Unterfrage 1 (UF 1) schilderte sie dann: "Durch Umstrukturierungen ist die Arbeitsaufteilung ungeklärt."

Zum erlebten Gefühl, wie es in Unterfrage 2 (UF 2) erhoben wurde, gab sie an: "Keine Freude, Wut, Ärger."

II.1.1 Die Kategorien: Was beschäftigt Sie derzeit innerlich am meisten?

		Norm	Klinisch
44	Personen haben nur 1 Thema genannt.	17	27
92	Personen haben 2 Themen genannt.	49	43
62	Personen haben 3 Themen genannt.	33	29
2	Personen haben kein Thema genannt.	1	1
200		100	100

Die Kategorien zu den genannten Themen, wurden aus der Durchsicht der genannten Themen sowie in Anlehnung an die Dissertation von E. Lukas (1971) vorgenommen.

Wir beziehen uns in der Auswertung auf das erstgenannte (und damit vermutlich vorherrschende Thema = Thema 1). Die Unterschiede zwischen Norm und klinischer Stichprobe (vgl. Abbildung 9) sind signifikant (Kontingenzkoeffizient, $\alpha = 0.05$; $p = 0.026$).

Norm: 1. Hauptbeschäftigung	30%
2. Familie	25%
3. psychisches und physisches Wohlbefinden	11%
4. eigenes Wohlergehen	11%
5. Beschäftigung mit dem eigenen Leben / der eigenen Person	8%
6. Beschäftigung mit Religion / Politik	7%
7. Zukunftsperspektiven	4%
8. Interesse	3%
9. fraglich / gar nichts	1%
Klinisch: 1. Familie	33%
2. psychisches und physisches Wohlbefinden	21%
3. Hauptbeschäftigung	15%
4. eigenes Wohlergehen	10%
5. Beschäftigung mit dem eigenen Leben / der eigenen Person	8%
6. Sozietät	6%
7. Beschäftigung mit Religion / Politik	3%
8. Interesse	2%
9. Zukunftsperspektiven	1%
10. fraglich / gar nichts	1%

Abbildung 9: Die thematische Kategorisierung und ihre prozentuelle Besetzung

Interpretation

Betrachtet man die genannten Themenbereiche, so fällt auf, daß insgesamt vier Themenbereiche im Vordergrund des Interesses und der Aufmerksamkeit stehen:

Hauptbeschäftigung: der Lebensbereich des Berufes, der täglichen Beschäftigung, der Arbeit.

Familie: jener Lebensbereich, der den Fokus der Beziehungen, das Eingebettetsein im Leben charakterisiert.

Physisches und psychisches Befinden: jener Bereich, in dem es um körperliches und seelisches Wohlfühlen als empfundenen Zustand geht.

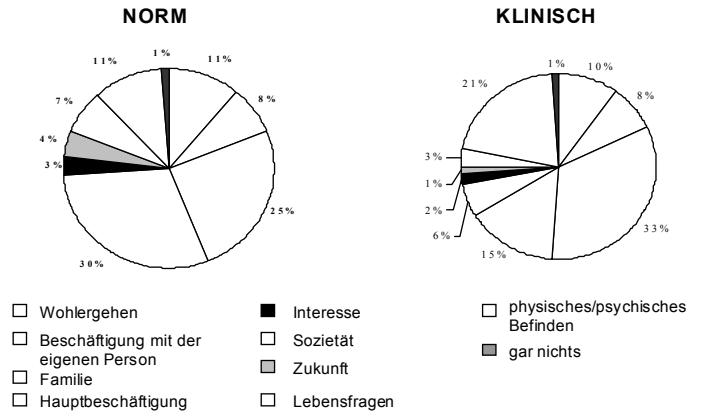


Abbildung 10: Die thematische Kategorisierung

Eigenes Wohlergehen als vierter wichtiger Themenbereich erfaßt die objektive Seite des körperlichen und psychischen Wohlbefindens: Besitz, materielle Sicherheit, Annehmlichkeiten des alltäglichen Lebens.

An weiterer Stelle folgt dann der Bereich, in dem es explizit um die Entwicklung der *eigenen Person*, um die Auseinandersetzung mit Entwicklung, Reifung, Selbstverwirklichung geht.

Die Unterschiede in den Stichproben zeigen deutlich, daß Menschen mit psychischer Störung ihre Aufmerksamkeit mehr in den Bereich Beziehungen (Familie) und Befindlichkeit lenken, während die Normbevölkerung offenbar mehr Grundsicherheit und Stabilität in diesen basalen Bereichen aufweist und daher frei ist für die Auseinandersetzung im (beruflichen) Tätigkeitsbereich.

Interessant war der Blick auf das Antwortverhalten der Subgruppen der klinischen Stichprobe.

Abbildung 11 zeigt, welche Themen in den Subgruppen der klinischen Stichprobe **nicht** genannt wurden.

Angststörungen	affektive Störungen	histrionische Störungen
<ul style="list-style-type: none"> kein „Eigenes Wohlergehen“ keine „Interessen“ 	<ul style="list-style-type: none"> keine „Zukunftsperspektiven“ keine „Lebensfragen (Politik, Philosophie....)“ 	<ul style="list-style-type: none"> keine „Beschäftigung mit der eigenen Person“ keine „Zukunftsperspektiven“ keine „Lebensfragen (Politik, Philosophie....)“ keine „Interessen“

Abbildung 11: Verteilung der fehlenden Themen in der klinischen Stichprobe

So existieren für **ängstliche Menschen** der klinischen Stichprobe ($n = 25$) die Kategorien „eigenes Wohlergehen“ und „Interesse“ nicht, ebenso bleibt für sie nichts „fraglich“. Personen mit Angststörungen sind schwerpunktmäßig in der ersten personalen Grundmotivation blockiert bzw. erschüttert. Das ist jene Dimension, wo es um Themen wie

Halt, Raum, Schutz, Gelassenheit und Vertrauen geht. Im pathologischen Störungsfall dominieren Gefühle der Ablehnung, Vernichtung, Verunsicherung und Angst. Als Coping-Strategien dienen Betonung der kognitiven Ebene, Angriff bzw. Vermeidung, Verleugnung, destruktives Verdrängen oder zwanghaftes Anknüpfen – mit anderen Worten, es wird versucht, Fakten nicht wahrzunehmen und nicht anzunehmen. Den betroffenen Menschen geht es darum, wieder Schutz, Geborgenheit, Halt und Sicherheit zu erfahren, was im subjektiven Erleben verloren gegangen ist. Der aktuelle Lebensraum wird dadurch mehr oder weniger eingeschränkt, da Gelassenheit und Offenheit fehlt. Es wird versucht alles abzusichern, somit bleibt nichts "offen" bzw. fraglich. Alles wird durch- und überdacht.

Personen der klinischen Stichprobe mit **depressiven Zustandsbildern** (n = 47) beschäftigen sich einleuchtender Weise nicht mit Zukunftsperspektiven, aber auch nicht mit Politik. Sie kommen nicht hin zu den "Dingen des Lebens", da sie sich von der Welt / dem Leben abgewendet haben. Der Störungsschwerpunkt liegt bei depressiven Menschen in der zweiten personalen Grundmotivation, also jener Dimension, wo es primär um Zuwendung, Berührung, Wärme, Bewegtheit, das Fühlen und Emotionen geht. Depressive wenden sich ab, entwerfen, ziehen sich zurück, da sie sich in ihren Sehnsüchten unbeantwortet erleben, alles eine Belastung darstellt, das Leben in seiner Vitalkraft nicht mehr erfahren werden kann. Regression versus Überfürsorglichkeit, erstickte Wut und Entwertung sind häufig aufzufindende Coping-Strategien. Es fehlt das "Ja" zum Leben und damit geht eine Wertefähigkeit verloren. Die Welt wird kalt erlebt, das Sich- Abwenden ist die einzige Antwortmöglichkeit.

Befragte der klinischen Stichprobe mit einer **histrionischen Struktur** (n = 20) lassen die Beschäftigung mit der eigenen Person, mit Zukunftsperspektiven, mit Lebensfragen (Politik, Philosophie), mit eigenen Interessen vermissen. Darin zeigt sich ein Verhaftetsein im Jetzt und in den Erwartungen der anderen, es dominiert eine starke Außenorientierung. Die in dieser Subgruppe zusammengefaßten Diagnosen weisen ihren Störungsschwerpunkt im Bereich der dritten personalen Grundmotivation auf. Die zentralen Themen dieser Dimension sind das (Hin-) Spüren, das Ansehen, ein Zu-sich-selber-Stehen, Achtung, Wertschätzung und Anerkennung. Es macht sich ein Fremdheitsgefühl der eigenen Person gegenüber breit, es besteht eine Gefühlslosigkeit und innere Ruhelosigkeit, die in Aktivismus enden kann.

Der innerer Beziehungsverlust geht mit einem Einsamkeitsgefühl, Angst vor Bewertung und vor dem Verlassen-Werden einhergeht. Dieser innere Beziehungsverlust wird durch einen stark ausgeprägten Blick für das in der jeweiligen Situation Erwünschte und Gefällige ausgeglichen, mit anderen Worten, es besteht eine Außenorientiertheit, da das Eigene nicht erfaßt werden kann und für die betreffende Person nicht oder nur schwer zugänglich ist.

Es kann vermutet werden, daß Personen störungsspezifische Themen in der Auseinandersetzung ausblenden, was lösungsbehindernd auf die Problematik wirken kann. In diesem Punkt unterschieden sich die Subgruppen am deutlichsten voneinander.

Die genannten Themen wurden vorwiegend als Problembe- reiche angesprochen, also als "Sorge um", "Problem mit", "Angst vor" u.ä. (63% aller Befragten). Erwartungsgemäß unterschieden sich jedoch hier die Gewichtung positive / negative

Thematisierung in den verschiedenen Themen, und so gab es bei den Themen "Interesse" und "Sozietät" mehr positiv besetzte Antworten und in den übrigen Themen mehr negativ besetzte Antworten.

Innerhalb der klinischen Stichprobe kann allerdings eine unterschiedliche Verteilung festgestellt werden (vgl. Abbildung 12).

ängstlich / zwänglich	80% negative Besetzung
affektive Störung	70% negative Besetzung
histrionische Störung	40% negative Besetzung
Normstichprobe	62% negative Besetzung

Abbildung 12: Verteilung der negativen Besetzung der Themen in den Subgruppen der klinischen Stichprobe und der Normstichprobe

Diese Unterschiede können dahingehend interpretiert werden, daß ängstliche Menschen sich in ihrer Unsicherheit sehr bedroht fühlen (Angst vor ...), depressive Menschen die Welt negativ und dunkel sehen (sie sorgen sich um andere und sich), während histrionische Menschen durch ihre Neigung zu Abwertung und Idealisierung (schlecht machen und beschönigen) ein ausgewogeneres Mischungsverhältnis von negativer und positiver Bewertung aufweisen.

II.1.2 Die Beweggründe (Motive) in den genannten Themen: "Was ist es genau, was Sie an diesem Thema beschäftigt?"

Mehr als die genannten Themen interessierten uns jedoch die Beweggründe in den Themen. Was ist es, was Sie (z.B. beim Thema Familie) bewegt?

II.1.2.1 Motivanalyse auf dem Hintergrund der Theorie der Grundmotivationen nach A. Längle (1992) – Gesamtstichprobe

Die Antworten der Stichprobe wurden vom Forschungsteam kategorisiert. Die Kategorisierung wurde sowohl für *UF 1 (kognitiv)* als auch für *UF 2 (emotional)* vorgenommen. Die Angaben der UF 2, also die gefühlsmäßige Besetzung der Motive, dienten der Präzisierung und Sicherung der Signierung der Zuordnungen im kognitiven Bereich. Als Leitfaden diente die bereits vorgestellte Theorie der von A. Längle beschriebenen personal-existentialen Voraussetzungen für ein sinnvolles Leben. Nach diesem theoretischen Leitfaden wurden die Antworten vier Kategorien zugeordnet, welche den vier Grundmotivationen (GM) als Voraussetzung für ein erfülltes Leben entsprechen.

Erste Kategorie (= 1. GM)

In diese Kategorie fielen alle Antworten, die sich auf existentielle Fragen des Lebens – Fragen der Sicherheit auf dieser Welt bzw. des Überlebens – bezogen. Dazu gehören Fragen der täglichen Alltagsbewältigung: finanzielle Sorgen, Wohnungssorgen, Jobängste. Vor allem aber sind das Fragen und Sorgen zur eigenen Gesundheit.

Neben den Fragen zum ganz konkreten eigenen Lebenserhalt

zählen dazu auch die sogenannten “großen” Themen, die sich auf die Gegenwart, sehr stark aber auch auf die Zukunft der politischen Sicherheit im Land bzw. auf der Welt beziehen, Sorgen um die Umwelt, die Frage, ob die Welt Bestand haben wird, Ängste vor Naturkatastrophen.

Wie aus der Beschreibung schon hervorgeht, ist das vorherrschende Gefühlspaar dieser Grundmotivation Angst versus sich sicher fühlen.

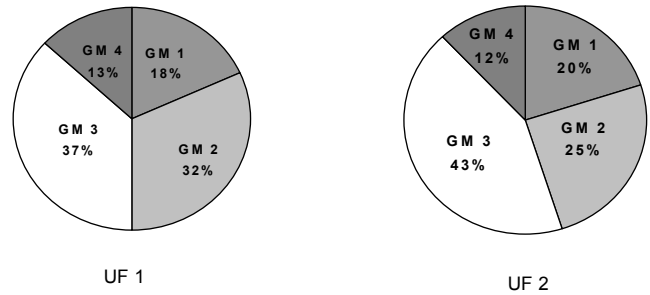


Abbildung 13: Motivverteilung der Gesamtstichprobe zu UF 1 und UF 2

Zweite Kategorie (= 2. GM)

In diesen Bereich wurden alle Angaben signiert, die mit dem Erleben von Wertvollem und den Voraussetzungen dafür zu tun haben. Solche Werte werden vor allem in Beziehungen mit Menschen, aber auch in anderen Beziehungsformen (zu Tieren, zur Natur, zu Dingen) gesucht und erfahren. Zu den Motiven, die die Menschen in Beziehungen bewegen, gehören die Sehnsucht nach Nähe, Zuneigung und Liebe. Das Erleben von Geborgenheit und Wärme entspricht den tiefsten Wünschen. Emotional umfaßt diese Grundmotivation das Spüren von Leben und Lebendigkeit, das im erfüllten, ersehnten Bereich als Freude, Liebe, Leidenschaft erlebt wird, im leidvollen aber Sorge und Trauer mit sich bringt.

Dritte Kategorie (= 3. GM)

Hier rückt die Individualität des Menschen, die Entfaltung seiner ganz ihm eigenen Persönlichkeit in Abgrenzung zu seinem Umfeld in den Blickpunkt.

Die zentrale Motivation liegt hier darin, das Eigene leben zu können und dabei Respekt, Wertschätzung und Anerkennung zu erfahren. “Selbstwert” ist das unmittelbare Ergebnis einer gelungenen Selbstentfaltung.

Dazu gesellen sich Gefühle wie Stolz auf sich, Zufriedenheit, sich bestätigt und anerkannt fühlen. Im negativen Bereich – wenn also Selbstentfaltung behindert wird – wird das durch Ärger, Wut, Neid auf andere sichtbar.

Vierte Kategorie (= 4. GM)

Diese Grundmotivation befaßt sich mit dem Streben des Menschen nach Sinn, dem zentralen Inhalt in V. E. Frankls Logotherapie. Ihr wurden in der Signierung jene Angaben zugeordnet, die sich mit der Frage und dem Erspüren des Sinnvollen in einer Situation auseinandersetzt – mit den Worten der Befragten gesprochen: “Wo soll es hingehen jetzt bzw. in meinem Leben? Ist das sinnvoll? Ist das gut für mich? – Darin gehe ich auf! Das ist mein Weg!”

In der neueren Existenzanalyse wird diese Grundmotivation quasi als Resultat der ersten drei Grundmotivationen gesehen. Wenn sich Halt im Leben, Beziehungen und die persönliche Selbstentfaltung gut entwickeln, so wird der Weg frei für das emotionale Erleben dieses Bereiches, das gekennzeichnet ist vom Gefühl der Erfüllung, vom Erspüren einer Sache als sinnvoll.

Die Ergebnisse

Es zeigt sich, daß **Themen der 3. GM** mit 37% (UF 1) und 43% (UF 2) den **Schwerpunkt** dessen bilden, was die befragten Personen bewegt (vgl. Abbildung 13).

Die Auseinandersetzung mit sich selbst, die Selbstfindung und Selbstverwirklichung in Abgrenzung zu anderen steht im Mittelpunkt. Der **zweite Schwerpunkt**, der als Beweggrund angegeben wird, ist die **2. GM**, also Motive, in denen es um Nähe, Geborgenheit und Wärme im Leben geht. Mit 32% (UF 1) und 25% (UF 2) scheinen die Menschen heute ihrer Einbettung in eine warme Umgebung deutlich weniger Bedeutung beizumessen als ihrer Selbstentfaltung.

Eindeutig **weniger Beachtung** finden **Themen der 1. GM und der 4. GM**.

Mit 18% (UF 1) und 20% (UF 2) machen die Befragten sehr deutlich, daß sie Themen der 1. GM, also Sicherheit im Leben und Themen des Überlebens, nicht sehr (nicht mehr?) bewegen. Zieht man die voranschreitenden Sicherheiten bzw. die forcierten Bemühungen darum in unserer Gesellschaft (Sicherung des Friedens, Erhöhung der Lebenserwartung, Begrenzung von Katastrophen im Vergleich zu früheren Zeiten) ins Kalkül, so wird dieser geringe Prozentsatz vielleicht verständlich. Etwas anders betrachtet könnte man sagen: Durch die relativ gute Sicherung des Lebens bzw. Überlebens braucht der Blick des Menschen nicht mehr auf diese konzentriert zu sein und wird frei für die Auseinandersetzung mit nicht so lebensnotwendigen Fragen, also Fragen der individuellen Lebensgestaltung.

Motive der 4. GM nehmen den geringsten Anteil bei den Befragten ein (13% bei UF 1 und 12% bei UF 2). Die Interpretation kann noch nicht eindeutig formuliert werden. Eine Überlegung dazu ist, daß in der Alltagsroutine vor allem die Auseinandersetzung mit Beziehungen (2. GM) und Selbstbehauptung (3. GM) die Konzentration des Menschen erfordern und dadurch Erfüllung und Sinn als bewegende Motive in den Hintergrund gedrängt sind.

Nach einer anderen Überlegung könnten die befragten Personen noch mit einer der ersten drei Grundmotivationen in problemhafter und Lösung suchender Weise beschäftigt sein, sodaß Werteverwirklichung und Sinnerfüllung nicht zum Thema gemacht werden.

Die 4. GM ist wie zuvor angeführt als Ergebnis der ersten drei Grundmotivationen zu sehen: Fühlt sich ein Mensch in seinem Leben sicher (1. GM), geborgen (2. GM) und hat er das Gefühl, sich auch seiner Person gemäß entfalten zu können (3. GM), so stellt sich praktisch als Folge das Erleben von Sinn, von Erfüllung ein. Daraus ergibt sich folgende Erklärung:

Solange eine Person mit einer Grundmotivation noch problematisch beschäftigt ist, bleibt sie im Versuch des Umgangs mit

ihren. Das Thema der Sinnerfüllung stellt sich noch nicht. Es könnte aber auch sein, daß diese Erfahrung von Sinn einfach in den positiven Beweggründen der ersten drei Grundmotivationen enthalten ist.

Die geschilderten Trends der Motive, die die Befragten beschäftigen, bestätigen sich beim zweiten und beim dritten genannten Thema. Also eine Person, deren Motive beim ersten Thema z.B. der 3. GM zugeordnet wurden, äußert auch beim zweiten und dritten Thema Beweggründe und Gefühle, die der 3. GM zuzuordnen sind. Daraus ist zu ersehen, daß eine Person ihre Motivationsschwerpunkte und die Art und Weise, wie sie sich mit ihnen auseinandersetzt beibehält, auch wenn sie mehrere Angaben zu Themen, die sie beschäftigen, machte. Genauer gesagt: wenn einer Person in ihrem Leben wichtig ist, respektiert zu werden und eine gewisse Freiheit zu genießen (3. GM), so zieht sich diese Motivation durch alle Themen durch, wenn sie über ihre Partnerschaft spricht und ebenso, wenn sie Probleme im Job äußert.

II.1.2.2 Motivanalyse nach der Theorie der Grundmotivationen nach A. Längle (1992) – Subgruppen

Subgruppen: Normstichprobe, klinische Stichprobe

Betrachten wir nun die Antwortkategorien unter der Fragestellung "Worin geht es den Menschen in der Auseinandersetzung mit z.B. Familie, ...?" (was also den Menschen in diesen Themen bewegt), so ergibt sich folgendes Bild (vgl. Abbildung 14):

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Antwortkategorien und den Grundmotivationen, das heißt, die Verteilung ist nicht zufällig (Kontingenzkoeffizient bei $\alpha = 0.05$, klinisch: $p = 0.006$; Norm: $p = 0.000$).

Die Signierung der UF 1 und 2 ergab eine sehr hohe Übereinstimmung (80%). Die Übereinstimmungen sind signifikant. Die beiden Unterfragen werden daher bei der folgenden Darstellung der Ergebnisse nur getrennt erwähnt, wenn sie sich signifikant unterscheiden.

In den Subgruppen differenziert sich das Bild des Gesamtergebnisses. Der Schwerpunkt der 3. GM im Gesamtergebnis findet in beiden Subgruppen Bestätigung. Bei der Normstichprobe liegt die 3. GM an der Spitze mit 35%, die klinische Stichprobe erreicht 39%. Allerdings sind Motive der Selbstentfaltung in der klinischen Stichprobe nur an zweiter Stelle: Bedürfnisse von Nähe und Geborgenheit, nach einer Einbettung in gute Beziehungen, sind bei dieser Gruppe noch stärker.

Beachtenswert scheint die unterschiedliche Verteilung aller vier Grundmotivationen zwischen den beiden Subgruppen: in der Normgruppe nimmt zwar die 3. GM den ersten Platz ein, es fällt aber eine relativ gute Ausgewogenheit aller Grundmotivationen auf.

NORM (in %)	GM 1	GM 2	GM 3	GM 4
1. Hauptbeschäftigung	10	7	52	31
2. Familie	12	56	24	8
3. Physisches/psychisches Befinden	80		10	10
3. Eigenes Wohlergehen	37	9	9	45
4. Beschäftigung mit der eigenen Person			87	13

Klinisch (in %)	GM 1	GM 2	GM 3	GM 4
1. Familie	9	58	33	
2. Physisches/psychisches Befinden	10	25	65	
3. Hauptbeschäftigung	7	46	27	20
3. Eigenes Wohlergehen	30	20	50	
4. Beschäftigung mit der eigenen Person	13	37	50	

Abbildung 14: Was bewegt die Menschen in den genannten Themen?

In der klinischen Gruppe dominieren die 2. GM und die 3. GM, während die beiden anderen untergeordnete Wichtigkeit haben. Vor allem auffällig: die 4. GM verfügt über einen verschwindend kleinen Anteil (vgl. Abbildung 15).

Folgende Schlüsse können daraus gezogen werden: Im Leben gesunder Menschen spielen alle Motivbereiche eine Rolle, d.h. es sind sowohl Bedürfnisse nach Sicherheit, nach Liebe, nach Sinn im Leben als auch – und dies vor allem – nach Selbstentfaltung im Bewußtsein.

Vorsichtig könnte man die Vorrangstellung der 3. GM so interpretieren, daß Menschen zur Selbstentfaltung dann besonders tendieren, wenn diese noch Anforderungscharakter besitzt, während vielleicht Themen der Sicherheit und Geborgenheit bereits gelöst sind.

In ähnlicher Weise könnte die relativ starke Präsenz der 4. GM in der Normgruppe gesehen werden. Gesunde Menschen sind relativ gut im Einklang mit all ihren Bedürfnissen und Motiven (also Motive der Sicherheit, der Geborgenheit, auch der Persönlichkeitsentwicklung), sodaß das Erleben von Sinn (nicht gleichzusetzen mit der Frage nach Sinn), das Erleben auf einem guten Weg zu sein, sich als bewegendes Motiv ins Blickfeld rückt.

Bei Personen mit einer psychischen Krankheit stehen die Sehnsucht nach Nähe und Wärme, gleich gefolgt vom Bedürfnis nach Raum und Respekt für die eigene Person im Mittelpunkt. Es liegt die Annahme nahe, daß gerade in diesen beiden Bereichen Verletzungen und Defizite erlebt werden, die die bewußte Auseinandersetzung mit ihnen fordern.

Die deutlich geringere Beschäftigung mit Themen des Halts und der Sicherheit im Leben zeigt, daß in der klinischen Stichprobe diese 1. GM nicht im Blickfeld der Befragten auftaucht. Eine Begründung dafür kann nicht eindeutig getroffen werden. Es könnte sein, daß die Themen der 1. GM, Sicherheit und Geborgenheit im Leben, die klinische Stichprobe nicht beschäftigten, weil sie mit anderen Bereichen (2. GM und 3. GM) stärker zu kämpfen haben. Es könnte sein, daß die Anliegen der 1. GM

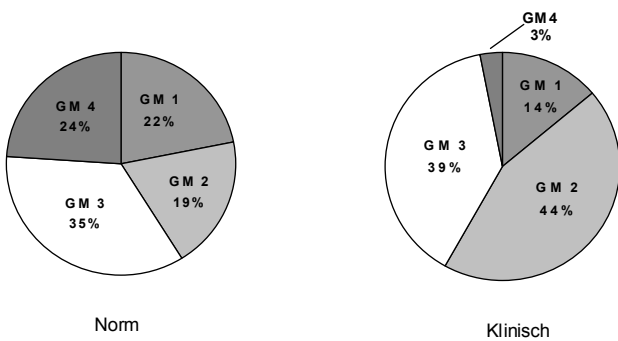


Abbildung 15: Motivverteilung in der Normstichprobe und in der klinischen Stichprobe

in dieser klinischen Stichprobe gut bewältigt sind und daher die Konzentration nicht mehr darauf gelegt wird.

Die Motivation zur Werteverwirklichung und Sinnerfüllung besteht in der klinischen Gruppe nur zu einem verschwindenden Teil. Es erhärtet sich für die klinische Stichprobe die bereits im Gesamtergebnis formulierte Sichtweise, wonach psychisch kranke Menschen eher in der Auseinandersetzung mit Motiven von Liebe und Selbstbehauptung verhaftet sind und das Erleben von Sinn noch nicht im Blickfeld liegt.

Subgruppen: Geschlecht, Alter, Familienstand, Beruf

a) Geschlecht:

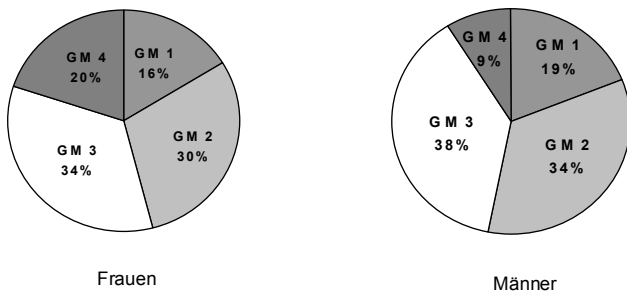


Abbildung 16: Geschlecht und Voraussetzungen zum Sinn

Männer und Frauen beschäftigen sich in ähnlicher Ausprägung mit den Motiven der Grundmotivationen. Interessant erscheint aber der deutlich geringere Prozentsatz der Männer in Werteverwirklichung und Sinnerfüllung. Die Frage, ob Männer "Sinnerfüllung" nicht thematisieren oder ob sie im Alltag der Männer nicht vorkommt, muß an dieser Stelle offen gelassen werden.

b) Alter:

Die Verteilung der vorrangigen Motive in den einzelnen Altersgruppen zeigen ein erwartetes Bild wie es das Leben in den einzelnen Lebensabschnitten unserer Gesellschaft widerspiegelt. Im **frühen Erwachsenenalter** steht das Beziehungsthema an

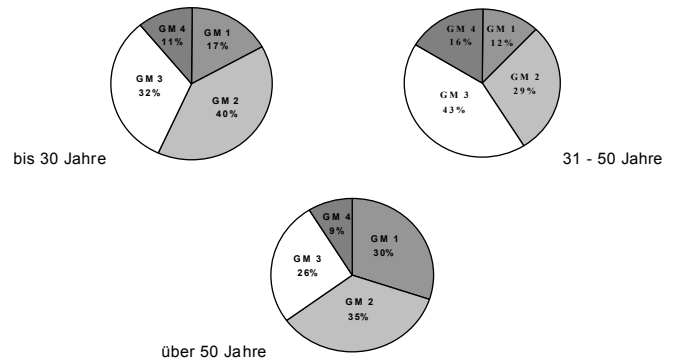


Abbildung 17: Alter und Voraussetzungen zum Sinn

erster Stelle. Es ist die **Zeit**, in der die Bindung an das Elternhaus noch groß ist und gleichzeitig neue Beziehungen und Partnerschaften gesucht und aufgebaut werden. Liebe, Erotik, Familiengründung beschäftigen diese Altersgruppe. Die Motive der 3. GM nehmen nur einen gering kleineren Anteil bei dieser Gruppe ein. Herausarbeiten der eigenen Persönlichkeit und Abnabelung von der Ursprungsfamilie gehen Hand in Hand mit den Versuchen, neue Beziehungen aufzubauen.

Im **Alter von 30 bis 50** nimmt die 3. GM unangefochten die wichtigste Stelle ein. Es ist die Zeit des Selbstbehauptung in der Gesellschaft. Eine Familie ist oft bereits gegründet, sodaß nun das Hauptaugenmerk auf die Karriere, die eigenen Interessen und die Frage "Wo soll es hingehen in meinem Leben?" gelegt wird.

Wenn die Menschen **das 50. Lebensjahr überschritten** haben, ändern sich Interessen und Motive deutlich. Nun treten das Streben nach Geborgenheit und erstmals auch nach Halt und Sicherheit in den Vordergrund. Karriere und Selbstentfaltung wurden vielleicht ausreichend befriedigt, sodaß das Bedürfnis, anderen Menschen nahe zu sein – vielleicht sich in der Familie wohl zu fühlen – wieder in den Vordergrund rückt.

Die Beschäftigung mit Sicherheit und sich dazu gesellenden Ängsten erscheinen für den letzten Lebensabschnitt verständlich, zumal viele der Befragten in dieser Phase mit Beschwerden und Krankheit konfrontiert sind.

c) Familienstand:

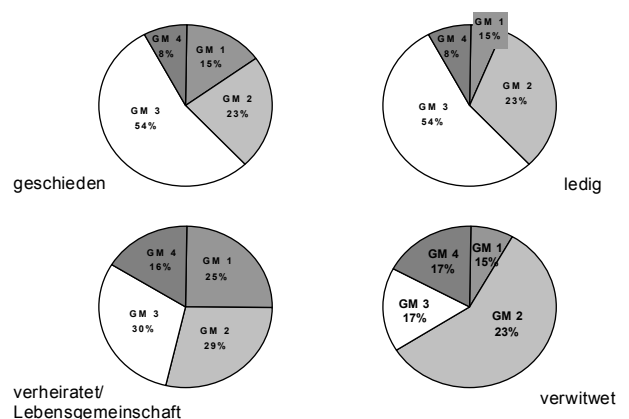


Abbildung 18: Familienstand und Voraussetzungen zum Sinn

Auch die Analyse nach Familienstand entspricht gängigen Vorstellungen.

Für Geschiedene und Ledige sind Motive der Selbstentfaltung am deutlichsten im Mittelpunkt des Interesses. Zwar spielt der Raum für die eigene Persönlichkeit auch bei Verheirateten noch eine bedeutende Rolle; doch Nähe und Wärme sind dieser Subgruppe im gleichen Ausmaß wichtig, sodaß der Eindruck entsteht, Verheiratete leben ausgeglichen zwischen Nähe (2. GM) und Abgrenzung (3. GM), während Geschiedenen und Ledige die Abgrenzung und das Leben-Können des Eigenen in den Vordergrund stellen. Vor allem bei Geschiedenen erscheint dieses Ergebnis sehr plausibel, ist doch eine Scheidung als markanter – oft leidvoller – Prozeß der Abgrenzung vom anderen zum Schutz des Eigenen zu sehen. Verwitwete weisen gegenüber den anderen Gruppen eine deutliche Spitze bei der 2. GM aus. Im Leben dieser Menschen spielt offenbar die Trauer um die verlorene Beziehung, um verlorene Wärme und Geborgenheit, eine große Rolle.

d) Beruf:

Die Auswertung nach Berufsgruppen zeigt: alle, die mitten im Leben stehen, ihren Mann bzw. ihre Frau stehen, setzen sich vor allem mit dem Motiv der Persönlichkeitsentwicklung auseinander (vgl. Abbildung 19).

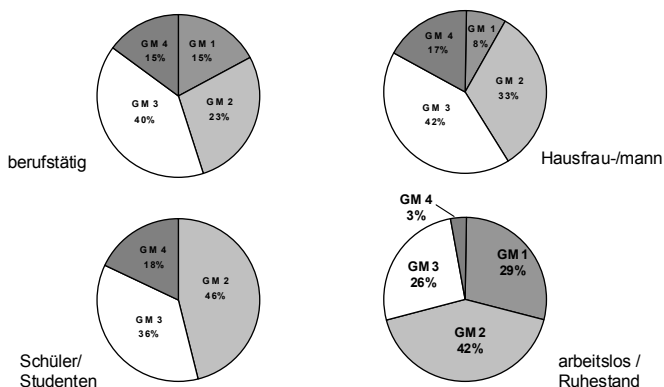


Abbildung 19: Beruf und Voraussetzungen zum Sinn

Für **Hausfrauen und -männer** gilt kognitiv der gleiche Trend; emotional (UF 2) ist ihr Erleben aber gleich stark von Gefühlen der 2. GM – Liebe, nahe sein wollen, Sorge um den/die andere(n) – geprägt.

Deutlich hebt sich von diesem Trend die Gruppe der **Arbeitslosen** und der **Pensionisten** ab; ihnen geht es vor allem um Motive der Geborgenheit, die emotional vermehrt getragen sind durch ängstliche Gefühle. Bedenkt man die ungewohnte und unsichere Situation dieser Gruppe, die aus dem Arbeitsprozeß und damit aus einer gewohnten Umgebung hinausgeworfen sind, so kann das Bedürfnis nach Dazugehören, Sich-geborgen-Fühlen und die ängstliche Einfärbung dieser Situation sehr gut nachvollzogen werden.

Etwas überspitzt könnte man abschließend sagen: für einen großen Teil der Menschen steht Persönlichkeitsentwicklung im Vordergrund. Es sind dies im Besonderen die Menschen, die heutzutage mitten im Leben- bzw. im Leistungsprozeß stehen;

30 bis 50jährige, beruflich aktive Menschen, deren Familienstand es ihnen erlaubt, sich selbst in den Mittelpunkt zu rücken.

Damit wird das von den *Medien* – und hier vor allem von der Werbung – vermittelte Bild vom jungen, leistungsfähigen Menschen, der seine Interessen verfolgt und erreicht, was er will, von unserer Stichprobe bestätigt.

II.1.2.3 Nicht theoriegeleitete Analyse – Gesamtstichprobe

Um zu überprüfen, ob die Motivverteilung tatsächlich den Antwortschwerpunkten der Stichprobe entspricht und die Kategorisierung nach vorgegebenen Kategorien einer Theorie nicht etwa eine Verzerrung der Antworten gemäß der Theorie verursacht, wurden die Beweggründe der Befragten auch einer nicht-theoriegeleiteten Analyse unterzogen, in der Kategorien nicht von vornherein gegeben waren, sondern sich während der Analyse bildeten.

Methodisch wurde mit Strichlierungs-codes gearbeitet, wie sie für qualitative Analysen angefertigt werden.

Die häufigsten als zusammengehörig erkennbaren Motive, die die Befragten bewegen, sind Fragen im Umgang und Auseinandersetzung mit **Beziehungen**. Diese Fragen teilen sich auf vier Blickrichtungen auf (nach Häufigkeit):

1. Partnerbeziehungen
2. Familie (meistens Ursprungsfamilie)
3. Kinder
4. Freunde (kleiner Anteil)

ad 1) In den **Partnerbeziehungen** beschäftigen einen großen Teil der Stichprobe (ca. 50%) Entscheidungsfragen bzw. Fragen zur zukünftigen Entwicklung der Partnerschaft: “Wie wird es werden miteinander?”, “Will ich diese Partnerschaft – passen wir?” bis hin zu sorgenvollen Formulierung: “Es könnte scheitern.”

Die zweite Hälfte der Befragten hat in der Partnerbeziehung Belastungen durch Krankheit, Seitensprung, Arbeitslosigkeit, Streit oder den Verlust des Partners zu verarbeiten, wobei hier Gefühle des Kämpfens (“Es muß doch gehen!”), des Haderns (“Warum muß das sein?”), vor allem aber der Trauer im Vordergrund stehen.

ad 2) Die Auseinandersetzung mit der **Familie** läuft in zwei Richtungen:

Einerseits steht die Sorge um die meist nicht mehr jungen und gesunden Eltern im Vordergrund: “Sie sollten mehr auf sich schauen!”, “Hoffentlich wird sie/er wieder gesund!”, “Ich hätte sie gerne nahe!” Getragen sind diese Gedanken von Hoffnung, Sorge, Ängsten und Sehnsucht nach Nähe.

Andererseits geht es – zumeist nach Gründung einer eigenen Familie – um ein neues Miteinander, um ein neues Verhältnis von Nähe und Distanz, wobei Streit und Mißverständnisse deutlich als Belastung kommuniziert werden.

ad 3) Die Motive der Auseinandersetzung mit **Kindern** richten sich nach dem Alter dieser Kinder. Junge Eltern (vor allem Mütter) beschäftigen sich mit den Fragen: "Kann ich das?", "Werde ich eine gute Mutter?", "Wie wird sich dieses Kind entwickeln?"

Später stehen einerseits Sorgen um die Lebensgestaltung und den Werdegang der Kinder im Mittelpunkt: "Er hat keine Arbeit!", andererseits Traurigkeit über die schlechte Entwicklung der Beziehung, vor allem das Fehlen von Nähe und Zeit füreinander.

ad 4) Die Auseinandersetzung mit **Freunden** kommt nur am Rande vor. Dabei geht es in erster Linie um Freude und Entspannung im Zusammensein, einen Ausgleich zum Alltag.

Die zweitgrößte Antwortgruppe beschäftigt sich mit **Beruf und Studium**. Hierbei stehen die unmittelbar bevorstehenden beruflichen Entscheidungen und Planungen im Mittelpunkt, repräsentiert durch die Fragen: "Wie wird es werden?", "Paßt das zu mir?" Bei einem Drittel der Befragten wird diese Frage durchaus in einer positiven Färbung gestellt, in der Neugier, Vorfreude bis Gespanntsein auf die Aufgaben zu erkennen sind. Zwei Drittel beschäftigen berufliche Fragen eher in sorgenvoller Weise. Diese Sorgen gliedern sich in folgende Bereiche:

- Angst vor eigenen Schwächen, vor **Nicht-Bestehen** im beruflichen Umfeld;
- **Unzufriedenheit** im Job bzw. mit der Behandlung im Beruf – z.B. sich abgewertet fühlen, in seinen Stärken nicht erkannt werden, die Tätigkeit mit der eigenen Person nicht als stimmig empfinden, die Kommunikation als unbefriedigend erleben, ...;
- **Geldüberlegungen** – z.B. Gehaltserhöhung, weniger arbeiten bei gleichem Lohn;
- **Gefühle**, die sich einstellen, werden häufig mit **Stress** beschrieben, häufig steigert sich dieses Gefühl zu Belastung bis zur Erschöpfung. Wenn über Kritik und Unzufriedenheit geredet wird, verspüren die Befragten häufig **Wut**.

Einen weiteren Antwortschwerpunkt könnte man **Umgang mit sich selbst und Selbsteinschätzung** nennen.

Ganz zentral sind hier für die Befragten die Fragen: "Wer bin ich?", "Wo stehe ich?" In diesen Fragen geht es um die Definition des **eigenen Selbstbildes** und in der Folge um die Durchsetzung der als "eigen" und wichtig erkannten Fähigkeiten und Haltungen in der Gesellschaft. Dies wird deutlich in Aussagen von: "Ich möchte meine Fähigkeiten einbringen!", "Ich möchte gesehen werden!" bis hin zu: "Ich möchte die Erwartungen erfüllen!", "Ich kann nicht Nein sagen!"

Das Ringen zwischen **Selbsttreue und Anpassung** (um beliebt zu sein und "mit dabei sein" zu können) erleben viele als Belastung, die manchmal in ein Gefühl der Minderwertigkeit und in negatives Denken kippt. Dazu gesellt sich das Problem "Alleinsein", das entweder als schwierig erlebt oder als schwierig befürchtet wird und – so ist zu vermuten – die Betroffenen trotz ihres Bestrebens zur Selbstbestimmung zur Anpassung tendieren läßt.

Insgesamt erscheint von Interesse, daß der Themenschwerpunkt "Umgang mit sich selbst und Selbsteinschätzung" vor allem (4/5 der Stichprobe) kritisch oder problematisch empfunden wird. Der Schluß liegt nahe, daß dieses Thema nur dann zum ausgesprochenen Thema wird, wenn im Umgang mit sich selbst in der Gesellschaft ein Problem besteht.

Ein vierter Themenschwerpunkt läßt sich unter der Bezeichnung **Zukunftsgedanken und Zukunftssorgen** zusammenfassen. Dieser Bereich bezieht sich vorwiegend auf die Zukunft und ist – wie schon in der Bezeichnung anklingt – sorgenvoll bis ängstlich gefärbt. Diese Ängste beziehen sich zuallererst auf das **konkrete, eigene Leben** – die tägliche Alltagsbewältigung, finanzielle Sorgen, Jobängste, Wohnungssorgen: "Komme ich mit meinem Geld aus?", "Wie wird das in der Pension?", "Werde ich meinen Job verlieren?", "... einen finden?", "Kann ich in diesem Haus bleiben?", "... mir diese Wohnung leisten?"

Daran schließen sich die "großen" Themen unserer **Gesellschaft** an: Sorge um die politische Sicherheit, um die Erhaltung des Friedens, Fragen zum Umweltschutz und Angst vor großen Katastrophen, vor allem Naturkatastrophen.

Bei einem kleinen Teil der Befragten münden diese konkreten Ängste in Fragen **philosophischer** Natur: Fragen nach dem Grund der Existenz, der Vergänglichkeit im Leben.

Weiters konnte in der Analyse ein fünfter Themenbereich herausgearbeitet werden: die Beschäftigung mit der **Gesundheit**. Hier ist in den Beweggründen der befragten Personen eine Teilung zu bemerken:

- in eine sehr kleine Gruppe, die ihre Gesundheit **genießt** und sich ein langes Leben wünscht
- und in einen sehr großen Teil von Personen, die **Sorgen** um ihr Gesundheit schildern. Diese gründen sich auf das Spüren erster Symptome, auf das Bemerkte des Alterns oder auf eine tatsächlich erlittene Krankheit. In letzterem Fall werden massive Ängste bis hin zum Erleben eines Haltverlustes und ein Ringen um Bewältigung deutlich.

Ein letzter Themenbereich bezieht sich auf den **Freizeitbereich**. Dieser wird nur selten explizit als Beschäftigungsinhalt genannt. Gefühlsmäßig steht dabei Spaß und Aktivität (vor allem beim Sport) im Vordergrund.

Das Wissen, daß Freizeitgestaltung in unserer Gesellschaft zwar einen wichtigen Stellenwert im Tages- bzw. Wochenablauf besitzt, in dieser Studie als bewegendes Thema aber kaum vorkommt, läßt – wie schon an früherer Stelle – vermuten, daß positive, gut laufende Lebensbereiche in selbstverständlicher Weise erlebt, aber nicht als "bewegend" reflektiert werden.

II.1.2.4 Vergleich theoriegeleiteter Ergebnisse und nicht theoriegeleiteter Ergebnisse

In der nicht theoriegeleiteten Analyse haben sich sechs Themenschwerpunkte ergeben:

Der Vergleich dieser Kategorien mit den **Zuordnungen** der vier Grundmotivationen (siehe Abbildung 13) zeigt eine weitgehende Übereinstimmung.

Demnach entsprechen der Signierung auf der **1. GM** die Themen "Zukunftsgedanken/-sorgen" und "Gesundheit". Bei einer Zusammenfassung dieser beiden Themen ergibt sich ein Anteil von 20% gegenüber dem theoriegeleiteten Ergebnis von 18%.

Die theoriegeleitete Signierung auf der **2. GM** umfaßte alle Angaben, in denen es um Zuneigung, Liebe, Wärme und Geborgenheit ging (32%). Dem könnten in der nicht theoriegeleiteten Kategorisierung die Motive unter der Überschrift "Beziehungen" zugeordnet werden, die 33% ausmachen.

1. Beziehungen	33%
2. Beruf/ Studium	24%
3. Umgang mit sich / Selbsteinschätzung	20%
4. Zukunftsgedanken/-sorgen	13%
5. Gesundheit	7%
6. Freizeit	2%

(Das fehlende Prozent verteilt sich auf einzelne, nicht zugeordnete Aussagen.)

Ausgehend von der Beschreibung der **3. GM** als Bereich des Selbstwertes und der Selbstentwicklung (der nach der theoriegeleiteten Analyse 37% der Motive zugeordnet wurden) entsprechen dieser in der nicht theoriegeleiteten Analyse die Kategorien "Beruf / Studium" und "Umgang mit sich / Selbsteinschätzung". Zählt man diese beiden Bereich zusammen, so ergeben sich 44%.

Die **4. GM** nimmt in der theoriegeleiteten Analyse 13% ein, in der qualitativen Analyse taucht sie eigentlich nicht auf. Lediglich 2% der Aussagen zum Freizeitbereich verweisen direkt auf die 4. GM, in der Spaß und "Erfüllung durch Erfahrung von Sinn" vornehmlich erfahren werden. Daher bot sich in der nicht theoriegeleiteten Analyse "Sinnerfüllung" nicht als eigene Kategorie an, sondern zeigte sich lediglich als untergeordneter Aspekt etwa der Kategorien "Beziehung" oder "Beruf / Studium". Wieder kann eine Interpretation dieses Ergebnisses nicht eindeutig formuliert werden.

Wenn sich die 4. GM bei *offener Fragestellung* nach bewegendem Motiven nur in untergeordneter Weise zeigt und die Art ihrer Erwähnung eine Zuordnung zu einer der anderen Grundmotivationen nahelegt, so stellt sich die Frage nach ihrem Stellenwert und ihrer Position zu den anderen Grundmotivationen. Ein Neubedenken der 4. GM innerhalb der existenzanalytischen Motivationstheorie könnte daher von Interesse sein.

Für unsere Fragestellung läßt sich also schließen:

Sinn ist *kein explizites* Thema, das die Menschen in erster Linie beschäftigt.

Das die Menschen Bewegende liegt zum Großteil im Vorfeld der Voraussetzungen von Sinn.

Es geht den Menschen mehr um die Fragen: Wer bin ich, wie bin ich und was paßt zu mir? Werde ich mich mit meinen Fähigkeiten einbringen können ins Leben? Die Reflexion dieser Ergebnisse unter dem Blickwinkel der ge-

sellschaftlichen Entwicklung stimmt mit Anton Dorffingers (2000) Überlegungen überein, daß wir in einer Zeit leben, in der die Individualität der vorherrschende Wert ist.

In zweiter Linie beschäftigen die Menschen in der Normstichprobe (bzw. von der klinische Stichprobe überholt) Themen und Fragestellungen der 2. Grundmotivation – jene Themen, die die Menschen in Beziehungen bewegen wie Nähe, Zuneigung, Geborgenheit, Liebe. In der klinischen Stichprobe stehen diese an erster Stelle, was auch auf die reduzierte Befindlichkeit und Bedürftigkeit sowie auf die Sensibilisierung auf den Beziehungsbereich durch die psychotherapeutische Behandlung zurückgeführt werden könnte.

Literatur

- Csef H (Hrsg) (1998) Sinnverlust und Sinnfindung in Gesundheit und Krankheit. Gedenkschrift zu Ehren von Dieter Wyss. Würzburg: Königshausen & Neumann
- Dorffinger A (2000) In guter Gesellschaft? Versuch über Veräußerlichung und Disziplinierung. Systemanalytische Reflexionen zu einem Teilaspekt der Untersuchung "Ist Sinn noch aktuell?" Wien: unveröffentlichte Abschlußarbeit für die fachspezifische Ausbildung in Existenzanalyse
- Frankl V E (1981) Die Sinnfrage in der Psychotherapie. München: Piper
- Frankl V E (1982) Der Wille zum Sinn. Bern: Huber, 3. Auflage
- Görtz A (1999) Fragebogen zur Lebensqualität, Teil I – Lebenszufriedenheit. Wien: Dissertation (in Vorbereitung)
- ICD 10 (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 2. Auflage
- Längle A (1991) Personale Existenzanalyse. In: Längle A (Hrsg): Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Wien: GLE-Verlag, 133-160
- Längle A (1992) Was bewegt den Menschen? Die existentielle Motivation der Person. Vortrag in Zug (CH) im Rahmen einer Tagung der GLE am 3. April
- Längle A (1995) Logotherapie und Existenzanalyse – eine begriffliche Standortbestimmung. Existenzanalyse 12, 1, 5-15
- Längle A (1997b) Modell einer existenzanalytischen Gruppentherapie für die Suchtbehandlung. In: Längle A, Probst CH (Hrsg) Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeit. Wien: Facultas, 149-169
- Längle A, Eckhardt P (2000) Test zur existentiellen Motivation (TEM). Wien: unveröffentlichte Dissertation
- Längle A, Orgler Ch, Kundi M (2000) Die Existenzskala (ESK). Göttingen: Beltz-Hogrefe
- Lukas E (1971) Logotherapie als Persönlichkeitstheorie. Wien: Dissertation am Psychologischen Institut
- Orgler C (1990) Die existenzanalytische Anthropologie als ätiologischer Erklärungsbeitrag für psychopathologische Prozesse. Wien: Dissertation
- Wirtz U, Zöbeli J (1995) Menschen in Grenzsituationen. Grenzen der Psychotherapie. Zürich: Kreuz
- Zulehner P (1994) Wie Europa lebt und glaubt. Patmos-Verlag

*Anschrift der Verfasser:
Dr. Liselotte Tutsch
Einwanggasse 23
A – 1140 Wien*

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 Abstinentsen 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 Katamnesestudie 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 Welt-bezugs" (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

Existenzanalytische Exploration für Kinder und Jugendliche

Ein Gesprächsleitfaden

Ulrike Leiss*, Elisabeth Wurst*, Marion Herle**, Barbara Polacek**, Liselotte Tutsch***

Die *Existenzanalytische Exploration für Kinder und Jugendliche zwischen 8 und 16 Jahren (EEKJ)* wird seit 1996 an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien entwickelt und erprobt. Der erste Teil des folgenden Beitrags gibt einen Überblick über die Beweggründe für die Entwicklung eines derartigen Verfahrens und Ergebnisse bisheriger test-theoretischer Untersuchungen. Die aus den vorliegenden Ergebnissen hervorgehende "work-in-progress" Version der Existenzanalytischen Exploration für Kinder und Jugendliche wird im zweiten Teil des Artikels erstmals vorgestellt.

Schlüsselwörter: Anamnese, Exploration, Kinder, Jugendliche, Personale Existenzanalyse

The article presents an *exploration for children and adolescence from 8 to 16 years (EEKJ)*, based on the Personal Existential Analysis by Längle. The exploration has been developed and empirically proven at the University hospital for children and juvenile medicine-department of psychosomatics - Vienna since 1996.

The first part of the article tries to give a general idea of the motives for the development of the discussed inventory and shows results of previous and ongoing research. The second part of the article introduces the current version of the inventory, which is the result of research done so far and should be considered as work still in progress.

Keywords: patient history, exploration, children, youth, Personal Existential Analysis

Beweggründe für die Entwicklung einer Exploration

“Rund 70% aller Diagnosen können bereits aufgrund von Anamnese und Exploration¹ gestellt werden.” (Remschmidt 1996, 34) Dieses Zitat unterstreicht die Wichtigkeit von Anamnese und Exploration zur Ermittlung relevanter Information für Diagnostik, Beratung und Therapie. Gleichzeitig bezeichnen Kritiker explorative Methoden häufig als subjektive, unsichere Verfahren. Ihnen ist insofern Recht zu geben, als es für das Kindes- und Jugendalter bislang tatsächlich kaum statistisch abgesicherte Instrumente gibt, die mehr als anamnestiche, also “harte” Fakten bezüglich eines Problems erfassen (wie etwa Biographische Inventare). Unser Bemühen liegt darin begründet, eine Exploration für das Kindes- und Jugendalter

als standardisierten Gesprächsleitfaden zu entwickeln, der test-theoretischen Gütekriterien standhalten kann.

Als Alternative zur Exploration wird im Bereich der Diagnostik von Kindern und Jugendlichen oft auf Fragebögen, projektive Verfahren oder das freie, intuitive Gespräch zurückgegriffen, allerdings scheinen diese Vorgangsweisen nicht unproblematisch.

Fragebögen setzen Motivation und vor allem verbale Fähigkeiten des Kindes/Jugendlichen voraus, um aussagekräftige Antworten zu erhalten; Antworttendenzen wie etwa soziale Erwünschtheit werden kaum berücksichtigt. So verwundert es nicht, wenn Strunz (1998) feststellt, daß Expertenurteile viel deutlicher verhaltensauffällige von nicht verhaltensauffällig klassifizierten Kindern differenzieren können, als dies aufgrund

* Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien

** Psychologisches Institut der Universität Wien

*** Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse Wien

¹Anamnese: Vorgeschichte eines Symptoms/Problems; “Abfragen” von Fakten aus der Vergangenheit bezüglich eines Symptoms/Problems.

Exploration: entscheidungsorientiertes Gespräch (zur Vorbereitung von möglichst zufriedenstellenden Entscheidungen für die weitere Betreuung), das nicht nur Fakten aus der Vergangenheit bezüglich eines Problems/Symptoms (vgl. Anamnese), sondern auch Aspekte der Gegenwart und Zukunft, Erwartungen und Vorstellungen (d.h. “normale” psychische Vorgänge) zu erheben versucht. (vgl. Westhoff & Kluck 1998, Dorsch 1994)

der verwendeten Kinderfragebögen (Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren von Seitz & Rauscher 1992; Fragebogen zur Erhebung von Streßerleben und Streßbewältigung im Kindesalter von Lohaus et al. 1996; Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen von Petermann & Petermann 1996) möglich war.

Problematisch bei projektiven Verfahren sind vor allem die große Testleiterabhängigkeit bei der Interpretation der Ergebnisse und die mangelnde Reliabilität. Im freien, intuitiven Gespräch beeinflussen schon allein die jeweilige Art und Weise der Gesprächsführung und die Schwierigkeit einer unvoreingenommenen Einstellung dem Gesprächspartner gegenüber das Ergebnis des Gesprächs. Insgesamt machen diese mangelnden Gütekriterien eine objektive, unverzerrte und zuverlässige Informationssammlung fast unmöglich.

Bei explorativen Verfahren ist dahingegen positiv anzuführen, daß durch direkte, an die befragte Person und spezifische Problematik angepaßte Fragen auch die Erfassung von Themenbereichen möglich ist, über die durch Tests, Fragebögen, projektive Verfahren oder durch Beobachtung keine Erkenntnisse gewonnen werden können. Ein weiterer Vorteil ist eine ganzheitliche Darstellung der Sachverhalte und darüberhinaus Information über Erlebnisverarbeitung, Motive und Erwartungen. Insgesamt ist es also möglich, ein differenzierteres Bild der Problematik zu erhalten.

Ziele bei der Entwicklung der EEKJ

Ziel bei der Entwicklung der EEKJ war zum einen die testtheoretische Fundierung des Verfahrens. Dieses Vorhaben konnte sehr gut auf dem Hintergrund aktueller existenzanalytischer Theorien, nämlich dem von A. Längle formulierten Konzept der personalen-existentiellen Grundmotivationen (Längle 1997a, b, 1998a, b, 1999b) und der Personalen Existenzanalyse (Längle 1993, 1999a) verwirklicht werden, da diese gute Rahmenbedingungen für ein standardisiertes und strukturiertes Vorgehen schaffen.

Die EEKJ sollte außerdem ein breit angelegter Explorationsansatz sein, um bei der Diagnosefindung keine Einengung im Denken zu bewirken und möglichst viele Ansatzpunkte für die Intervention offen zu lassen. Die Form eines vollständig ausformulierten Leitfadens wählten wir, um möglichst objektiv und unverzerrt Information erheben zu können. Trotzdem sollte das Instrument aber flexibel bleiben, d.h. anstelle eines starren Abfragens auf die Bedürfnisse des Kindes/Jugendlichen und auch auf die Möglichkeiten der Institution (vor allem räumliche und zeitliche Gegebenheiten) eingehen, was durch eine an die Thematik des Kindes/Jugendlichen angepaßte Auswahl bestimmter Themenblöcke zu erreichen versucht wurde. Ziel sollte ein möglichst praktikables Verfahren sein, also ein auch zeitlich für Kind und GesprächsleiterIn zumutbares Instrument. Weiters war uns neben der Konzeption eines möglichst kindgerechten Verfahrens hinsichtlich Gestaltung und Sprache auch das Setting in Form einer Eigenanamnese im Gegensatz zur Fremdanamnese sehr wichtig. Es kommt daher zu einem Gespräch mit dem Kind alleine; einer-

seits um dem Kind/Jugendlichen Wertschätzung sowie das Gefühl von Eigenverantwortlichkeit zu geben, andererseits weil die Sichtweise und Bewertung des Klienten/der Klientin für die Diagnosefindung und besonders für eine gezielte Planung von therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen von großer Bedeutung sind.

Überblick über die Ergebnisse bisheriger Studien

Polacek (1999) prüfte in ihrer Arbeit zur Originalfassung der EEKJ an einer Stichprobe von 240 Kindern und Jugendlichen (klinische Stichprobe: Ambulanz/Station für Heilpädagogik und Psychosomatik der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien, Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters Wien, chronisch kranke Kinder der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien; Normstichprobe: Regelschüler) unter anderem das Gütekriterium der Skalierung, also die Frage, ob die resultierenden Werte die Realität adäquat abbilden können bzw. eine Summierung der Testkennwerte zur Interpretation fair ist. Sie konnte eine Rasch-Homogenität (vgl. z.B. Kubinger 1989) für 49% der Fragen errechnen, was bedeutet, daß diese Fragen nur eine Dimension, z.B. die Fähigkeit zur inneren Stellungnahme erfassen, unabhängig von der Stichprobenzugehörigkeit (daher unabhängig vom Alter, Schultyp, Geschlecht, Einzel- oder Geschwisterkind, Verhaltensauffälligkeit, Bildungsniveau der Mutter/des Vaters, Belastung und Entwicklungsauffälligkeit). Dabei sind die Fragen der Personalen Existenzanalyse bei drei Themenbereichen durchgängig raschhomogen, zur Beantwortung der einzelnen Schritte der Personalen Existenzanalyse ist also in diesen Bereichen jeweils nur eine Fähigkeit erforderlich.

Bei den verbleibenden rasch-homogenen Items konnte eine hohe Stabilität des Instrumentes festgestellt werden. Von 56 Items zeigte sich bei 53 bei wiederholter Vorgabe nach 6 Wochen keine Änderung.

Ergebnisse zur Konstruktvalidität ergaben, daß sich nur bei einem bzw. drei (raschhomogenen) Items der EEKJ ein statistisch relevanter Zusammenhang zu den Skalen des PFK-9-14 (Seitz & Rausch 1992) bzw. der CBCL (Child-Behaviour Checklist, Achenbach 1991) zeigte. Dieser Befund scheint vor allem die unterschiedliche Art und Weise der Fragestellung in Anamnese und Exploration, Fragebogen bzw. Verhaltenseinschätzung zu verdeutlichen.

Sehr positiv können die Ergebnisse von Polacek zur Akzeptanz des Verfahrens seitens der Kinder gewertet werden. Ein Großteil der Kinder (84%) fand die Fragen interessant, außerdem verbesserte sich bei allen Kindern die Stimmung während des Interviews signifikant. Für die Nützlichkeit der EEKJ scheint die Tatsache, daß 68% der Kinder und Jugendlichen ähnliche Themen noch nie mit jemanden anderen erläutert haben, zu sprechen.

Leiss & Herle (in Vorb.) prüften die Kriteriumsvalidität des Verfahrens und fanden dabei, daß 27% aller Fragen zwischen auffälligen (klinische Stichprobe) und nicht-auffälligen (Normstichprobe) Kindern unterscheiden können. Dabei ga-

ben bei den Fragen der Personalen Existenzanalyse unauffällige Kinder insgesamt mehr sichere, spontane und eindeutige Antworten als auffällige Kinder. Weiters können unauffällige Kinder zu einem bestimmten Thema häufiger ein konkretes Beispiel nennen, Probleme bestehen bei auffälligen Kindern öfter schon länger als ein halbes Jahr, Gegebenheiten wie "Zeit mit den Eltern verbringen" oder "ein eigenes Zimmer haben" bestehen bei unauffälligen Kindern häufiger schon länger als ein halbes Jahr. Zwischen den klinischen Gruppen (chronisch somatische Krankheit, psychosomatische Krankheit, Entwicklungsstörung, emotional-soziale Auffälligkeit) konnte kein signifikanter Unterschied in der Beantwortung der Fragen gefunden werden.

Bezüglich der Fragen zu den Grundmotivationen erwiesen sich einzelne Fragen als geeignet, zwischen unauffälligen und auffälligen Kindern/Jugendlichen zu unterscheiden (am häufigsten scheinen Fragen zur dritten Grundmotivation differenzieren zu können). Zwischen den klinischen Gruppen konnten nur sehr wenige Fragen differenzieren.

Eine weitere Untersuchung zur EEKJ (Leiss 1999) beschäftigte sich mit der Evaluation der Methode hinsichtlich ihrer Berechtigung mit besonderer Ausrichtung auf eine Verbesserung des Verfahrens für die praktische Anwendung. Dazu wurden 42 praktizierende PsychologInnen um ihre Mitarbeit und Stellungnahme zu transkribierten Existenzanalytischen Explorations von 9 Kindern/Jugendlichen der Heilpädagogischen Station Hinterbrühl/Niederösterreich gebeten. Unter der Annahme, daß sie den Fall selbst weiterbetreuen müssen, sollten sie einerseits die Relevanz der Fragen bzw. deren "Verwertbarkeit" in der Praxis beurteilen, Vor- und Nachteile des Verfahrens nennen, die ethische Vertretbarkeit gegenüber dem Kind sowie die Vorgabe aus der Sicht des Kindes beurteilen und schließlich den Stellenwert der EEKJ in einer psychologischen Untersuchung einschätzen, daher auch die Frage, ob die Exploration den diagnostischen Prozeß effizienter machen kann. Eine der Hauptaussagen war, daß 80% der Fragen von mehr als 75% der PsychologInnen als wertvoll, also aussagekräftig für das weitere Vorgehen gesehen wurden. Keine der vorgegebenen Fragen wurde mehrheitlich als überflüssig gesehen. Durch die (theoriegeleitete) Exploration konnte keine Einengung der Denkweise bei der Hypothesenbildung oder Planung der Empfehlungen festgestellt werden. Die EEKJ wurde überdies als ausführliches, tiefgehendes Verfahren bezeichnet, das die Gefühlsebene betont und das Kind ganz in den Mittelpunkt stellt, was die oft kritisch betrachtete (zeitliche) Länge des Verfahrens für viele PsychologInnen rechtfertigt. Einer der häufigsten Kritikpunkte war die fehlende Möglichkeit zum Nachfragen während der Exploration. Im Gegensatz zur standardisierten Vorgabe im Rahmen der Untersuchung, mit dem Ziel für alle BewerterInnen vergleichbares Material zu erstellen, sollte die Vorgabe der EEKJ im praktischen Gebrauch daher auf jeden Fall flexibel sein und bei Bedarf Raum für Nachfragen lassen.

Aktuelle Version der Existenzanalytischen Exploration für Kinder und Jugendliche

Unter der Berücksichtigung der bisherigen Ergebnisse wurde schließlich eine neue Version der EEKJ zusammengestellt, wobei die Kriterien Rasch-Homogenität, Differenzierung zwischen verhaltensauffälligen- und unauffälligen Kindern/Jugendlichen, Verständlichkeit und Aussagekraft der Fragen sowie Antworttendenzen (Fragen mit über 80% "ja" oder "nein" Antworten wurden ausgeschlossen) die Auswahl der in die neue Form aufgenommenen Fragen bestimmten.

Die aktuelle EEKJ umfaßt (nach einer Reduzierung um fast die Hälfte der Fragen) 85 Fragen, dauert ca. 45 Minuten und beinhaltet die in **Tabelle 1** in der Reihenfolge der Vorgabe dargestellten Themenkomplexe.

Nachdem mit dem Kind² sein Zimmer oder Wohnbereich besprochen wurde, erstellen Kind und Gesprächsleiter gemeinsam einen Wochenplan (**Abbildung 1**), in dem deutlich werden soll, wie das Kind jeden Tag einer typischen Woche verbringt, was es mit wem und wie lange macht, und ob es über den Verlauf seiner Woche Bescheid weiß. Dieser Wochenplan soll Einblick in haltgebende Lebensstrukturen geben.

Tabelle 1: Themenkomplexe der EEKJ

↪ Wohnen/eigenes Zimmer	PEA
↪ Wochenplan	
↪ Schule	
↪ gemeinsame Zeit mit den Eltern	PEA
↪ Hobby	PEA
↪ Freunde	PEA
↪ Aufgaben und Regeln zu Hause	
↪ Erziehung durch die Mutter/den Vater	PEA
↪ Wohlbefinden des Kindes/ Jugendlichen	
↪ eigene Entscheidungen	
↪ Fragen zur Person des Kindes	
↪ aktuelles Problem/ Vorstellungsgrund	PEA

Ausgehend vom Wochenplan werden dann die anderen Themenkomplexe besprochen. Dabei gibt es einerseits Themenbereiche (in **Tabelle 1** mit PEA gekennzeichnet), die mit den von Längle (1993, 1999a) definierten Schritten der Personalen Existenzanalyse erfragt werden. Das bedeutet, daß das Kind zu einem Thema zuerst die Fakten beschreiben soll, anschließend werden der Eindruck (primäre Emotionalität), die innere Stellungnahme und schließlich der adäquate Ausdruck als handelnde Antwort erhoben. Es soll so der Grad der Entwicklung dieser Grundfähigkeiten personaler Begegnung erfaßt werden. Die Themen der PEA-Fragenkomplexe beziehen sich auf wesentliche Erfahrungen in den personal-existentiellen Grundmotivationen. Im folgenden werden auszugsweise zwei PEA-Fragenkomplexe zu den Themen "Hobby" und "Erziehung – Mutter" dargestellt³ (**Abb. 2, Abb. 3**).

Die einzelnen Schritte der Personalen Existenzanalyse (Fra-

² gemeint sind im folgenden Kinder und Jugendliche

³ An dieser Stelle wollen wir Mag. Kathrin Hippler für ihre Mithilfe beim Erstellen des Fallbeispiels danken!

Abbildung 1: Beispiel eines Wochenplans

ge 16c-f) werden wie im Beispiel schon während der Exploration mit 1 oder 0 beurteilt: 1, wenn die Antwort eindeutig, sicher und klar ist; 0, wenn die Antwort unsicher, vage oder unentschieden ist beziehungsweise das Kind keine Antwort gibt oder keine Handlung nennen kann.

Zwischen den PEA-Fragekomplexen werden zu den übrigen Themenbereichen Fragen gestellt, die sich auf die personalen-existentialen Grundmotivationen beziehen und somit Auskunft über die Erfüllung der Grundbedürfnisse des Kindes geben. **Abbildung 4** zeigt einige Beispiele dieser Fragen.

Über die Entwicklung der Fragen der Exploration nach aktuellen existenzanalytischen Konzepten hinaus war - wie oben angeführt - ein weiteres Ziel, die EEKJ möglichst kindgerecht und anschaulich zu gestalten. Dazu und als nonverbale Ausdrucksmöglichkeit wird das Kind während der Exploration immer wieder aufgefordert Ratings zu bearbeiten, etwa zur Stärke seines Gefühls (siehe auch **Abbildung 2** und **3**), zum Grad der eigenen Belastung oder zur Wichtigkeit von eigenen Entscheidungen. Auch soll das Kind neben einer verbalen Beschreibung seines Zimmers eine Skizze davon anfertigen.

Als einen weiteren Versuch, ein möglichst kindgerechtes Verfahren zu konzipieren, wurde "Benni" (**Abbildung 5**) entwickelt, der dem Kind die Verbalisation der primären Emotionalität erleichtern soll. Die Ergebnisse der vorangegangenen Studien zur EEKJ zeigten, daß die Frage nach der Emotionalität bzw. nach dem Verstehen der Emotionalität sehr vielen Kindern Schwierigkeiten machte. Es konnte jedoch nicht eindeutig unterschieden werden, ob die Kinder keinen Zugang zu ihren Gefühlen haben oder das Problem sprachlich begründet liegt, daher die Kinder schon mit dem Wort "Gefühl" nichts anfangen können und daher überfordert sind. Benni soll ihnen deshalb vor dem Interview zeigen, was man unter Gefühlen versteht. Auch die Verbindung zum Verstehen der Gefühle soll mit den Kindern erarbeitet werden, indem gemeinsam überlegt wird, warum es Benni so und so gehen könnte.

Für die Benni-Vorlage wurden die 8 Grundemotionen nach Plutchik 1980 (in Krech & Crutchfield 1992, 60) gewählt, nämlich Furcht, Zorn, Freude, Traurigkeit, Vertrauen, Ekel, Neugierde, Überraschung, ergänzt durch ein "mir geht's gut/ ich fühl mich wohl"-Gesicht, ein "mir geht's nicht gut/ ich fühl mich nicht wohl"-Gesicht bzw. zwei leere Gesichter für andere Gefühle und ein "weiß nicht"-Gesicht. Falls die Schwierigkeiten bei dieser Frage wirklich sprachlich bedingt waren, sollte es mit dieser Einführung eine Erleichterung bei der Beantwortung geben. Zu beachten ist dabei natürlich, daß das Kind, nachdem es Benni kennengelernt hat, nicht Benni, also fremde Gefühle nennt. Dieses Problem versuchen wir einerseits durch die Befragung der Testleiter im Anschluß an die Exploration zu kontrollieren, andererseits wird Benni nur der Hälfte der Stichprobe vorgegeben, um Vergleiche anstellen zu können. Erste Ergebnisse zeigen, daß Benni keinen Einfluß

Abbildung 2: PEA-Fragekomplex zum Thema Hobby

Erläuterungen zu Abbildung 2: Im dargestellten Beispiel kann das Kind eine konkrete Situation klar beschreiben (Frage 16c) und auch ein eindeutiges Gefühl empfinden (Frage 16d) und verstehen (Frage 16d). Das Rating im Anschluß (Rating 4- Wie stark fühlst Du das?) soll einerseits den Zugang des Kindes zum Gefühl intensivieren, und ihm andererseits die Chance geben, sich auch nonverbal ausdrücken zu können, da bisherige Ergebnisse gerade bei diesen beiden Fragen (16d) immer wieder Schwierigkeiten deutlich machten. Das abgebildete Beispiel zeigt, daß das Erlebnis vom Kind gefühlsmäßig als glücklich wahrgenommen wird, obwohl das Erwachsene aus ihrer Sichtweise wahrscheinlich anders erwartet hätten. Hinsichtlich der inneren Stellungnahme (Frag 16e) ist das Kind im Beispiel sehr unsicher und gibt nur eine vage Antwort. Zu achten ist bei dieser Frage allerdings darauf, daß in manchen Fällen die Formulierung "Was sagst Du zu...?" durch "Wie findest Du...?" oder "Wie beurteilst Du...?" ergänzt oder ersetzt werden kann, wenn das im Kontext besser paßt. Generell soll primär die Formulierung der Standardvorgabe gewählt werden, am wichtigsten muß jedoch bleiben, daß das Kind die Frage wirklich versteht. Im Zweifelsfall kann die Frage auch mit eigenen Worten erklärt und/oder nachgefragt werden. Schließlich zeigt das Kind im Beispiel keinen Handlungswunsch (Frage 16f), da alles passend scheint. Die Antwort wird zwar mit 0 bewertet, bei der Interpretation der Ergebnisse ist jedoch zwischen einer mangelnden Handlungsfähigkeit und einem fehlenden Handlungswunsch zu differenzieren.

Abbildung 3: PEA-Fragekomplex zum Thema „Erziehung-Mutter“

Erläuterungen zur Abbildung 3: Im PEA-Fragenkomplex zum Thema “Erziehung-Mutter” kann das Kind alle Schritte der Personalen Existenzanalyse eindeutig und sicher beantworten. Diesmal wird in Frage 19f auch eine Handlung genannt: das Kind hat in dieser Situation eine Handlungsidee und übernimmt auch selbst die Verantwortung dafür (“Ich mag das alleine tun.”)

Abbildung 4: Fragen zu den Grundmotivationen

Erläuterungen zu Abbildung 4: Die Fragen im dargestellten Ausschnitt beziehen sich auf die personalen-existentialen Grundmotivationen. Frage 28 und 29 etwa geben Auskunft über die Erfüllung der Bedürfnisse der ersten, Frage 30 der zweiten und dritten, die Fragen 31 bis 33 der dritten Grundmotivation.

Abbildung 5: Benni

Abbildung 6: Entwicklungsprofil

Erläuterungen zu Abbildung 6: Im dargestellten Beispiel sieht man, daß das Kind konkrete Fakten **abgesehen vom aktuellen Problem** klar und sicher darstellen kann. Beim zweiten Schritt der Personalen Existenzanalyse (primäre Emotionalität) hat es vor allem Schwierigkeiten, wenn der Themenbereich belastend ist (zB. aktuelles Problem) – auch der 3. Schritt, die innere Stellungnahme, bereitet eher Schwierigkeiten. Die Handlungsfähigkeit (4. Schritt der PEA) scheint prinzipiell gegeben, außer es besteht im jeweiligen Themenbereich (Hobby, Freunde) kein Handlungswunsch, und mit Ausnahme des aktuellen Problems. Bei seinen Handlungen übernimmt das Kind auch selbst die Verantwortung. Auffällig ist außerdem, daß das Kind im Themenbereich “aktuelles Problem” keinen Schritt der PEA eindeutig beantworten kann.

Tabelle 2: Übersicht über die Inhalte der Gesamtstudie

1) Existenzanalytische Exploration für Kinder und Jugendliche	2) Existenzanalytische Exploration für Eltern	3) Existenzanalytische Exploration für Erwachsene
Kürzung und Überarbeitung (Adaptierung) der ersten Version der <i>Existenzanalytischen Exploration für Kinder und Jugendliche</i> (Polacek, 1999)	Entwicklung einer <i>Existenzanalytischen Exploration für Eltern</i> , wobei sich die Eltern in einer Version in das kindliche Erleben einfühlen, in einer zweiten Version dasselbe aus ihrer eigenen Sicht bewerten sollen. Eventuell vorhandenes Konfliktpotential kann so verdeutlicht werden.	Entwicklung einer <i>Existenzanalytischen Exploration für Erwachsene</i> , die das Erleben bzw. die Bewältigungsstrategien der Eltern fokussiert; hier steht das Erleben des Erwachsenen und nicht das des Kindes im Zentrum.

auf die Fähigkeiten des Kindes, Gefühle wahrzunehmen beziehungsweise zu formulieren, hat. Allerdings scheint Benni für das Kind und den Testleiter gleich zu Beginn der Exploration "auflockernd zu wirken".

Die **Auswertung** der EEKJ kann schließlich einerseits qualitativ (inhaltliche Analyse der Aussagen), andererseits quantitativ erfolgen. Die Abbildung 6 zeigt das sogenannte Entwicklungsprofil, in das über alle Themenbereiche die Kodierungen der PEA-Schritte eingetragen werden, so daß schließlich deutlich wird, bei welchem Schritt der Personalen Existenzanalyse das Kind entweder durchgängig oder themenspezifisch Schwierigkeiten hat. Für die Fragen zu den Grundmotivationen ist eine Möglichkeit zur quantitativen Auswertung in Planung; diese soll Auskunft über die Erfüllung der Grundbedürfnisse des Kindes geben.

Momentan wird die vorgestellte Version an 100 Kindern, die an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde vorgestellt werden (Ambulanz für Heilpädagogik und Psychosomatik, chronisch erkrankte Kinder) sowie an 150 Kindern einer Normstichprobe erprobt. Zur externen Validierung werden anamnestiche Daten beziehungsweise Daten der durchgeführten Begabungs- und Persönlichkeitsuntersuchung mit erhoben. Parallel zur vorgestellten Studie wird im Rahmen eines größeren Projektes eine *Existenzanalytische Exploration* für Eltern/Hauptbezugspersonen sowie für Erwachsene entwickelt (Tabelle 2), in denen das Erleben und Handeln der Eltern/Hauptbezugspersonen des Kindes erfaßt werden sollen. Im Sinne einer "existenzanalytischen Familiendiagnostik" sollen sie so in den Diagnoseprozeß einbezogen werden.

Erste Erfahrungen zeigen, daß die EEKJ einen relevanten Beitrag bei der Erstellung einer existenzanalytischen (Differential-) Diagnose und bei der Planung der weiteren Betreuung des Kindes/der Familie als Beratung, psychologischen Behandlung oder Psychotherapie darstellt. Die Einbeziehung der Exploration für Eltern ermöglicht, im Gespräch mit Kindern/Jugendlichen und Eltern an konkreten Fragestellungen, die diskrepanz beantwortet wurden, anzusetzen. Dabei geht es zum einen darum, Ursachen unterschiedlicher Erlebensweisen aufzufinden, zum anderen sollen Lösungsansätze für vorliegende Probleme gemeinsam entwickelt werden. Die Vorgehensweise der PEA kann hier - da schon bekannt - exemplarisch angewendet und "zur Nachahmung" bei persönlichem oder familiärem Konfliktmanagement empfohlen werden.

Literatur:

- Dorsch F (Hrsg) (1994) Psychologisches Wörterbuch. Bern: Huber
- Frankl V (1994) Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten. Neue, erweiterte Ausgabe. Berlin: Quintessenz
- Kubinger K-D (1989) Aktueller Stand und kritische Würdigung der probabilistischen Testtheorie. In: Kubinger K-D (Hrsg) Moderne Testtheorie: ein Abriß samt neuesten Beiträgen. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Krech D, Crutchfield R-S, Livson N, Wilson jr. W-A, Parducci A (1992) Motivations- und Emotionspsychologie. In: Benesch H (Hrsg) Grundlagen der Psychologie. Band 5. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union, 51-76
- Längle A (1997a) Das Ja zum Leben finden. Existenzanalyse und Logotherapie in der Suchtkrankenhilfe. In: Längle A, Probst Ch (Hrsg) Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten. Wien: Facultas, 13-32
- Längle A (1997b) Modell einer existenzanalytischen Gruppentherapie für die Suchtbehandlung. In: Längle A, Probst Ch (Hrsg) Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten. Wien: Facultas, 149-169
- Längle A (1998a) Lebenssinn und Psycho-Frust. Zur existentiellen Indikation von Psychotherapie. In: Riedel L (Hrsg) Sinn und Unsinn der Psychotherapie. Reihenfelder: Manderla, 105-123
- Längle A (1999a) Die anthropologische Dimension der Personalen Existenzanalyse (PEA). Existenzanalyse 1, 18-25
- Längle A (1998b) Verständnis und Therapie der Psychodynamik in der Existenzanalyse. Existenzanalyse 1, 16-27
- Längle A (1999) Was bewegt den Menschen? Die existentielle Motivation der Person. Existenzanalyse 3, 18-29
- Leiss U (1999) Anamnese und Exploration im Kindes- und Jugendalter. Diplomarbeit, Universität Wien
- Leiss U, Herle M (in Vorb) Zur diskriminanten Validität des diagnostischen Interviews für psychisch auffällige Kinder und Jugendliche
- Polacek B (1999) Entwicklung eines diagnostischen Interviews für psychisch auffällige Kinder und Jugendliche. Diplomarbeit, Universität Wien
- Remschmidt H (1996) Grundlagen psychiatrischer Klassifikation und Psychodiagnostik. In: Petermann F (Hrsg) Lehrbuch psychischer Störungen im Kindes- u. Jugendalter. Göttingen: Hogrefe
- Strunz V (1998) Zur Diagnose Verhaltensstörung. Diplomarbeit, Universität Wien
- Westhof K, Kluck M-L (1998) Psychologische Gutachten schreiben und beurteilen. Berlin: Springer
- Wurst E (1998) Das auffällige Kind aus existenzanalytischer Sicht. Praxis der Kinderpsychologie u. Kinderpsychotherapie 47, 511-523
- Wurst E, Leiss U, Herle M (in Vorb a) Existenzanalytische Familiendiagnostik I
- Wurst E, Leiss U, Herle M (in Vorb b) Existenzanalytische Familiendiagnostik II

Anschrift der Verfasser:

Mag. Ulrike Leiss

Ferdinandstraße 6/1/15

A-1020 Wien

e-mail: a9303798@unet.univie.ac.at

Ao. Univ. Prof. Dr. Elisabeth Wurst

Univ.Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde

Währinger Gürtel 18-20

A-1090 Wien

e-mail: elisabeth.wurst@akh.wien.ac.at

Zufriedenheit mit Existenzanalyse

Ergebnisse einer katamnesticen Feldstudie zur Patientenbeurteilung von existenzanalytisch-logotherapeutischer Psychotherapie

Satisfaction with Existential Analysis

A catamnestic fieldstudy on quality-monitoring and patient-satisfaction in Existential-Analysis and Logotherapy

Anton-Rupert Laireiter¹, Christa F. Schir¹, Isabella Kimeswenger¹, Alfried Längle² & Joachim Sauer¹

Es wird über eine Studie zur Beurteilung der Behandlungsqualität (Qualitäts-Beurteilung) durch die Patienten und zur Erfassung der Patientenzufriedenheit mit Existenzanalyse und Logotherapie berichtet. Ausgehend von eigenen Vorarbeiten und Literaturanalysen wurde dazu ein mehrdimensionales Verfahren entwickelt, das wichtige Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität psychotherapeutischer Behandlungen und der Zufriedenheit damit (Rahmenbedingungen, Therapeut, therapeutischer Prozess, Ergebnisse) erfasst. Dieses wurde 108 PatientInnen (davon 23 Abbrecher) von 26 Psychotherapeuten mit einem Abschluss in Existenzanalyse/Logotherapie zur Bearbeitung vorgelegt. Die Patienten hatten die bereits beendete Behandlung retrospektiv zu beurteilen. Die Ergebnisse lassen insgesamt auf eine gute Qualität und hohe Zufriedenheit mit den Psychotherapien schliessen; lediglich in der Ergebnisqualität mussten einige kleinere Defizite (Lösung konkreter Probleme, Veränderung langanhaltender negativer Verhaltensgewohnheiten) festgestellt werden. Eine Analyse der Determinanten der Beurteilungen erbrachte nur einen systematischen Zusammenhang mit strukturellen Therapievariablen (Geschlecht des Therapeuten: Therapeutinnen wurden positiver beurteilt), hingegen korrelierten andere Prozess- (insbesondere Beendigungsgrund) und Ergebnisvariablen (z.B. Erfolgsbeurteilung) deutlich damit, was die konvergente Validität des Verfahrens stützt. Die Befunde werden abschliessend hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Beurteilung der Qualität der Existenzanalyse/Logotherapie diskutiert.

Schlüsselwörter: Psychotherapie, Qualität, Qualitätssicherung, Patientenbeurteilung, Patientenzufriedenheit, Existenzanalyse/Logotherapie

The present paper deals with a study on the quality of Existential Analysis and Logotherapy monitored directly by the patients (quality-rating) and their satisfaction with this kind of psycho-therapy (satisfaction-rating). Starting from an ad-hoc-instrument and an extensive review of the literature two scales for the assessment of the quality and the satisfaction focusing the most important aspects of the psychotherapeutic process (input-, therapist-, process-, methods- and outcome-variables) were developed. To evaluate the instruments 108 patients (85 finishing their therapies regularly, 23 breaking them off) having been treated by 26 psychotherapists with training in Existential Analysis were studied. The patients had to rate retrospectively the quality of their therapies as well as their satisfaction with them in two scales containing 26 Likert-typed items each. The results show high quality- and satisfaction-ratings for the therapists, the psychotherapeutic process and the methods applied. Only a few outcome-variables (e.g. solving life problems, changing longstanding negative habits etc.) resulted into lower results. In a second step systematic determinants of the ratings were explored. Only one therapist-variable (sex of the therapist: females were rated more positive and satisfying) and no patient-variable was systematically related to the ratings; both ratings however were closely related to therapeutic process- (e.g. reasons for stopping therapy) and outcome-variables (e.g. change measures) supporting the convergent validity of the instrument. At the end of the paper implications of the results for the evaluation of the process- and outcome-quality of Existential Analysis and Logotherapy are discussed.

Keywords: Psychotherapy, quality, quality-assurance, quality-monitoring, patient-satisfaction, Existential Analysis/Logotherapy

1) Institut für Psychologie, Universität Salzburg

2) Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse, GLE, Wien

1. Einleitung

1.1 Fragestellungen der Psychotherapieforschung

Die Psychotherapieforschung hat seit ihrem systematischen Beginn in den 20er Jahren eine sehr steile und intensive Entwicklung genommen. Standen anfangs eher Fragen der Grundlagenforschung im Sinne des Junktims zwischen Forschen und Heilen Freuds im Mittelpunkt, so entwickelte sich ab den 30er Jahren relativ zügig die sogenannte „*Psychotherapie-Evaluationsforschung*“ (Jandl-Jäger 1998), deren Hauptaugenmerk auf die Überprüfung der Wirksamkeit und Effekte von Psychotherapie gerichtet ist. Diese Forschungstradition ist gleichzeitig auch die am intensivsten betriebene und am stärksten diskutierte (Rudolf 1998).

Daneben hat sich ab Mitte der 40er Jahre, von interpersonal und humanistisch orientierten Psychotherapeuten ins Leben gerufen, die sogenannte „*Psychotherapie-Prozessforschung*“ entwickelt, deren Ziel die Erforschung psychotherapeutischer Prozesse unter vielfältigen Gesichtspunkten, sowie der Zusammenhang zwischen sogenannten therapeutischen Prozessvariablen und dem Ergebnis einer Psychotherapie ist. Diese sogenannte „*Prozess-Ergebnisforschung*“ wurde stimuliert durch die Erkenntnis, dass psychotherapeutische Methoden und Strategien allein nur einen Bruchteil der Varianz des Therapieerfolges erklären. Das bekannteste Ergebnis dieser Forschungstradition ist das sogenannte „*Generic Model of Psychotherapy*“ von Orlinski und Howard, das bis heute in seinen Grundzügen gültig ist (Rudolf 1998).

Neben diesen Haupttraditionen haben sich eine Reihe weiterer Schwerpunkte entwickelt, die bei der Betrachtung der Psychotherapieforschung meist übersehen werden. Für das hier vorzustellende Projekt von besonderer Bedeutung ist die „*Praxisforschung*“ wie auch die neu etablierte „*Qualitätsforschung*“, die eng mit den bisher erwähnten verwandt ist, jedoch eigenständige Ziele und Aufgaben verfolgt (Rudolf 1998; Seligman 1995).

Die Sicherstellung und ständige Verbesserung der Leistungserbringung und der Effekte des Gesundheitswesens und seiner Vertreter ist ein wichtiges Anliegen der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in den letzten Jahren geworden (Laireiter & Vogel 1998). Sie ist mittlerweile in fast allen europäischen Ländern verpflichtend, in vielen auch im Rahmen der ambulanten Gesundheitsversorgung, wozu meist auch die Psychotherapie gehört. In Österreich ist diese Verpflichtung zwar noch nicht gesetzlich vorgeschrieben, es ist aber damit zu rechnen, dass bei zukünftigen Novellierungen des Ärzte-, Psychotherapie- und Psychologengesetzes Derartiges auch hier eingefordert werden wird. Darüber hinaus gibt es natürlich eine Reihe fachinterner Überlegungen und Gründe, die dafür sprechen, dass sich die Profession mit der Sicherung der Qualität ihrer Leistungserbringung intensiv beschäftigen sollte (Laireiter 1998).

Ein wichtiger Bereich der Qualitätssicherung ist die Erfassung dessen, was als Qualität, in unserem Fall als psychotherapeutische Qualität oder Leistung, zu bezeichnen ist (= *Qualitätsmonitoring*). Bevor nicht klar ist, welcher Art diese Qua-

lität ist, wie diese Leistung also zu bewerten ist, und ob sie auch denjenigen entspricht, an die sie sich wendet, den Patientinnen und Patienten, kann man schwerlich Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung betreiben. Daher ist die systematische Erfassung der Leistungsqualität eine notwendige und wichtige Voraussetzung für den Einsatz von Methoden und Strategien ihrer Verbesserung (Satzinger 1998). Wichtig ist es daher, sowohl entsprechende Methoden zur Qualitätserfassung zu entwickeln wie auch regelmäßige Studien zu ihrer Überprüfung durchzuführen.

1.2 Qualitätssicherung und die Erfassung psychotherapeutischer Leistungsqualität

Der Qualitätsbegriff umfasst bekanntlich drei Bereiche (Laireiter 1998), die *Strukturebene*, d.h. die strukturellen Rahmenbedingungen der Psychotherapie, die *Prozessebene*, d.h. die Anwendung und Durchführung der Psychotherapie, sowohl im methodisch-technischen wie auch im zwischenmenschlichen Bereich, und die *Ergebnis- oder Outcomeebene*, d.h. die Ergebnisse von Psychotherapien. Die *Strukturqualität* der psychotherapeutischen Versorgung und von psychotherapeutischen Einrichtungen einschließlich Praxen ist über die Festlegung entsprechender Kriterien relativ leicht zu erfassen und ist darüber hinaus auch kaum Gegenstand entsprechender Forschungen. Für die Psychotherapie von größerer Bedeutung ist die Erfassung der *Prozess- und Ergebnisqualität*, da diese wesentlich durch den Psychotherapeuten selbst zu gestalten ist.

Aus diesem Grund gibt es seit Beginn der Qualitätssicherungsdebatte, das ist im deutschsprachigen Raum seit Ende der 80er Jahre, vielfältige Bemühungen, Instrumente des *systematischen Qualitätsmonitoring* zu entwickeln. Entsprechend gibt es auch bereits eine Reihe derartiger Methodensammlungen, die in der Regel multimethodaler Art sind und sowohl Therapeut wie auch Patient als Datenquellen einschließen. Viele davon sind computerisiert; allgemein werden damit Daten zu Therapiebeginn, zum Therapieverlauf und zum Therapieende erfasst, meist ist auch die Durchführung einer Katamnese möglich (vgl. z.B. Braun 1998; Fydrich, Laireiter, Engberding & Saile 1996; Grawe & Baltensperger 1998; Peseschkian et al. 1999).

Diese Verfahren sind z.T. breit evaluiert und eignen sich gut für den Einsatz in größeren Praxen und Institutionen (Grawe & Baltensperger 1998; Seipel 1998), ebenso sind sie für die Evaluation und Qualitätserfassung im Einzelfall nach einem prospektiven Design geeignet. Dennoch haben sie das Problem, sehr aufwendig und in der Alltagsversorgung in kleineren Praxen schwer einsetzbar zu sein. Es erscheint daher sinnvoll, nach ergänzenden und alternativen Möglichkeiten der Erfassung der Therapiequalität zu suchen. Eine dieser Möglichkeiten ist die Erfassung der direkten und subjektiven Beurteilung der Qualität und Zufriedenheit mit der Psychotherapie durch die Patienten selbst (Satzinger 1998). Dieser Ansatz repräsentiert einen eigenen Bewertungszugang in den modernen Qualitätssicherungskonzepten und wird üblicherweise mit dem Begriff „*Kunden- oder Patientenbefragung*“ umschrieben (Müller-Farnow & Spyra 1995; Roeb & Zobel 1995). Für die ambulante Psychotherapie gibt es dazu aber, wie ein

Literaturüberblick zeigt (Schirl & Kimeswenger 1999), bis jetzt jedoch kaum anwendbare Instrumente, sodass es notwendig erscheint, neben der Erforschung inhaltlicher Fragestellungen auch Methodenentwicklung zu betreiben.

1.3 Patientenbefragung - Konzept und Methoden

Für die direkte Erfassung der Patientenmeinung und -zufriedenheit als ein eigenständiges Element des Qualitätsmonitorings und auch der Evaluation von Psychotherapie in der Praxis sprechen eine Reihe von Argumenten:

1. Sie ist im Vergleich zu anderen Methoden relativ ökonomisch (s.o.).
2. Sie kann als eine direkte Rückmeldung des Erlebens der Therapie durch den Patienten angesehen werden und so
3. auch als unmittelbare Botschaft des Patienten an den Therapeuten in bezug auf die subjektiv wahrgenommene Behandlungsqualität verstanden werden, die durchaus zu sehr direkten Veränderungen im therapeutischen Vorgehen beitragen kann.
4. Sie dient einem weiteren allgemeinen Ziel moderner Gesundheitsversorgung, der Transparenz und der Patientenorientierung in der Behandlung und sollte auf diese Weise direkt wie indirekt zur Verbesserung der Behandlungsqualität beitragen.
5. Mit Hilfe der Patientenbefragung können wichtige Qualitätsziele verfolgt werden, u.a.:
 - Identifikation unzufriedener Klienten mit dem Ziel der Prävention von Therapieabbrüchen und negativen Therapieentwicklungen,
 - Analyse von Schwachstellen der Psychotherapie und Lokalisation ihrer Ursachen,
 - Reduktion des Risikos von Fehlbehandlungen,
 - Hinweise für differenzielle und adaptive Indikationsentscheidungen,
 - Erhöhung der Akzeptanz von Therapiemethoden durch Patienten.

Hinsichtlich der Methodik kann man *zwei Ansätze* der Patientenbefragung unterscheiden:

1. Direkte Beurteilung prozess- und ergebnisrelevanter Aspekte einer Therapie - als „*direkte Qualitätsbeurteilung*“ bezeichnbar.
2. Beurteilung der Zufriedenheit mit dem (bisherigen) Verlauf und Ergebnissen einer Therapie, häufig als „*Klienten- oder Patientenzufriedenheit*“ umschrieben (Mans 1995).

Im Vergleich zum ersten ist der zweite Ansatz sowohl konzeptuell wie auch methodisch breiter elaboriert; allerdings ist auch die erste Methode vielversprechend, da sie eine direkte Beurteilung der Therapie anhand spezifischer Kriterien ermöglicht. Aus diesem Grund werden in der vorliegenden Arbeit beide Ansätze berücksichtigt.

Begrifflich ist unter „*direkter Qualitätsbeurteilung*“ die unmittelbare Bewertung qualitätsrelevanter Aspekte einer Psychotherapie durch den Patienten (und Therapeuten, evtl. auch Aussenstehenden) nach spezifischen Kriterien zu verstehen, während die Klientenzufriedenheit als relationaler Begriff zu definieren ist („...Übereinstimmung von Erwartungen und Er-

fahrungen, von Ziel und Ergebnis, von Wunsch und Realität, von prospektiver Vorstellung und vorgefundener Wirklichkeit...“ hinsichtlich einer Behandlung oder Therapie, vgl. Mans 1995, 65). Beide Konstrukte repräsentieren also subjektive Beurteilungen der Therapie, ihres Verlaufes, des Therapeuten, ihrer Ergebnisse etc., jedoch mit einem deutlichen Unterschied in der Perspektive: Im ersten Fall werden die einzelnen Aspekte einer Therapie hinsichtlich vorgegebener Qualitätskriterien beurteilt, im zweiten in Form einer Gegenüberstellung der tatsächlich realisierten Therapie und ihrer Ergebnisse mit den Erwartungen und Zielen, die der Patient in bezug auf diese hatte bzw. hat.

Betrachtet man die Literatur, so findet man eine relativ große Heterogenität in den Inhalten, hinsichtlich derer eine Therapie in bezug auf ihre Qualität und Zufriedenheit beurteilt wird (vgl. dazu auch Raspe, Voigt & Feldmeier 1996). Geht man davon aus, dass eine Psychotherapie ein komplexes Phänomen ist, das nicht nur einen Aspekt beinhaltet (z.B. den Erfolg), und geht man weiter davon aus, dass es für die Erfassung der Qualität und die Evaluation einer Psychotherapie gleichermaßen von Bedeutung ist, nicht nur das Ergebnis sondern auch andere Aspekte, insbesondere den Prozess, die Durchführung, die Rahmenbedingungen, die Therapeut-Klient-Beziehung und den Therapeuten zu evaluieren, dann muss man beide Konstrukte als mehrdimensional konzipieren und auch mehrdimensionale Instrumente zur Patientenbefragung einsetzen. Diese Sichtweise entspricht im übrigen auch den meisten aktuellen Arbeiten zu diesem Thema (Gryters & Priebe 1994; Raspe et al. 1996; Satzinger 1998; Schmidt, Lamprecht & Wittmann 1989). Folgende *Dimensionen* werden dabei am häufigsten unterschieden (vgl. auch Jakober 1991):

- *Person des Therapeuten*: Erreichbarkeit, Ansprechbarkeit, Verständnis, Wärme, Offenheit, Kompetenz, Engagement etc.
- *Rahmenbedingungen der Therapie*: Dauer, Kosten, Erreichbarkeit des Therapeuten, Wartezeit etc.
- *Therapieprozess*: Therapeut-Klient-Beziehung, Kontinuität, Prozess, Motivation etc.
- *Behandlung/Durchführung*: angewandte Methode, technische Aspekte der Durchführung, Berücksichtigung persönlicher Wünsche etc.
- *Therapieergebnisse*: Wirksamkeit, Effektivität, Breite der Veränderungen etc.

Zur *Operationalisierung* der Konstrukte und ihrer Komponenten liegen vor allem für die Zufriedenheit relativ viele Instrumente vor (Überblick bei Schirl & Kimeswenger 1999). Für die direkte Qualitätsbeurteilung ist die Situation nicht sehr positiv. Trotz der Vielzahl an Verfahren eignen sich leider nur sehr wenige für einen Einsatz in der ambulanten Psychotherapie. Die meisten wurden für Gemeindezentren, die stationäre Psychiatrie und den extramuralen Versorgungsbereich entwickelt und können daher auf die niedergelassene Psychotherapie nur sehr begrenzt übertragen werden. Zusätzlich stammen sehr viele aus den USA und sind ohne Übersetzung und Adaptierung für die deutschsprachige Forschung nicht zu verwenden. Im deutschsprachigen Raum existiert nur ein Instrument, dessen Reliabilität und Validität als gesichert angesehen werden kann und das in mehr als einer Studie eingesetzt wurde (ZUF-

8; Schmidt et al. 1989); dieses deckt das Konstrukt allerdings nur eindimensional ab, weiter oben wurde aber die Bedeutung mehrdimensionaler Methoden hervorgehoben. Angesichts dieser Situation wurde daher beschlossen, für die Qualitätsbeurteilung durch die Patienten und die Erfassung der Patientenzufriedenheit mit der Existenzanalyse und Logotherapie (EA/LT) ein eigenes Verfahren, aufbauend auf eigenen Vorarbeiten und der Literatur zu entwickeln und zu evaluieren.

2. Empirische Analyse der Qualitätsbeurteilung und Patientenzufriedenheit

2.1 Rahmenbedingungen und Fragestellungen

Die vorliegende Studie, die ein Teil eines größeren katamnestischen Evaluationsprojektes der EA/LT ist, verfolgt folgende Aufgaben und Ziele:

1. Entwicklung eines Verfahrens zur direkten Beurteilung der Prozess- und Ergebnisqualität von Psychotherapie.
2. Entwicklung eines Verfahrens zur Erfassung der Patientenzufriedenheit mit Psychotherapie.
3. Evaluation der Verfahren und Überprüfung ihrer psychometrischen Merkmale, (dimensionale Eigenschaften, Skaleneigenschaften, Reliabilität, Itemkennwerte etc.).
4. Überprüfung der Validität der Verfahren, insbesondere im Zusammenhang mit den aus der Literatur bekannten Determinanten der Patientenzufriedenheit (Therapeuten-, Patienten- und Prozess- und Ergebnisvariablen).
5. Beurteilung der Therapiequalität und Patientenzufriedenheit der EA/LT.
6. Allgemeine Beurteilung der Nützlichkeit dieses Ansatzes für die therapeutische Praxis und für die Psychotherapieforschung.

Die Schritte 1 bis 4 und 6 dieses Unterfangens sind ausführlich in der Arbeit von Schirl und Kimeswenger (1999) dokumentiert. In der vorliegenden Arbeit sollen die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie im Hinblick auf die Frage 5 zusammenfassend dargestellt werden.

2.2 Verfahrensentwicklung

Ausgangspunkt der Verfahrensentwicklung war eine Ad-hoc-Skala, die im Rahmen eines Dokumentationssystems für Psychotherapie (*Psycho-Dok*: Laireiter, Lettner & Baumann 1998) entwickelt und an verschiedenen Patienten mit guten Erfahrungen erprobt worden war. Diese Skala ist allerdings theoretisch nur mäßig fundiert und differenziert nicht explizit zwischen direkter Patientenevaluation und Patientenzufriedenheit, außerdem werden die oben explizierten Bewertungsaspekte nicht systematisch berücksichtigt. Es wurde daher beschlossen, aufbauend auf dieser Skala und unter Berücksichtigung des Standes der Forschung zwei Instrumente zu entwickeln, die miteinander vergleichbar sind (zur Verfahrensentwicklung vgl. ausführlicher Schirl & Kimeswenger 1999):

1. Ein *Verfahren zur Beurteilung der therapeutischen Qualität* mit den Dimensionen:

- Therapeut und therapeutische Beziehung
 - therapeutisches Vorgehen und therapeutischer Prozess
 - Therapieergebnisse
2. Ein *Verfahren zur Zufriedenheitsbeurteilung* mit den Dimensionen:
 - Therapeut und therapeutische Beziehung
 - therapeutisches Vorgehen und therapeutischer Prozess
 - Rahmenbedingungen der Therapie
 - Veränderungen und Effekte

Die Abweichung von der weiter oben explizierten Struktur der Patientenbeurteilung hat vor allem ökonomische Gründe. Da in der Studie auch andere Fragestellungen untersucht wurden, musste versucht werden, die Anzahl der Dimensionen und Items anwenderfreundlich gering zu halten.

Da die Therapiebeurteilung und die Patientenzufriedenheit in der Literatur häufig global und unspezifisch erfasst werden (z.B. Schigl 1998; Seligman 1995), wurden auch in der vorliegenden Studie eine Reihe allgemeiner Items vorgegeben, die sich auf vergleichbare Bereiche beziehen:

- Globalbewertung des Erfolges der Therapie
- Zufriedenheit mit der Psychotherapie insgesamt
- Zufriedenheit mit dem Verlauf der Psychotherapie insgesamt
- Zufriedenheit mit dem Erfolg der Psychotherapie insgesamt
- Zufriedenheit mit dem Psychotherapeuten
- Weiterempfehlung des Psychotherapeuten (als indirekter Indikator)

Damit sollte auch die Validität derartiger globaler Zufriedenheitsindikatoren etwas genauer analysiert und insbesondere auch der Zusammenhang zwischen globaler und spezifischer Beurteilung überprüft werden.

Alle Bewertungs- und Zufriedenheitsitems, sowohl die allgemeinen wie auch die der beiden Skalen waren von den Probanden auf einer sechs-stufigen Likert-Skala (0: sehr unzufrieden/überhaupt nicht zutreffend - 5: sehr zufrieden/sehr zutreffend) zu bewerten. Lediglich bei einem Item (Weiterempfehlung des Therapeuten) wurden drei Abstufungen verwendet: ja (1), nein (2) und weiß nicht (3). Die Items der beiden Skalen in den jeweiligen theoretischen Dimensionen sind im Ergebnisteil in den Tabellen 8 und 9 abgebildet.

2.3 Design der Studie und Sampling

Ein zentrales Problem der Psychotherapieforschung in der Praxis ist die Kooperation mit den Psychotherapeuten und die Ausgewogenheit der Forschungsinteressen. Sind diese einseitig, kommt es leicht dazu, dass sich die Psychotherapeuten ausgenutzt und als bloße Datenknechte der Psychotherapieforscher fühlen, was letztlich negative Konsequenzen in bezug auf weitere Kooperationen nach sich zieht. Andererseits braucht aber gerade die praxisbezogene Psychotherapieforschung die Kooperation mit den niedergelassenen Praktikern, denn ohne diese ist sie gar nicht möglich. Ein Auseinanderklaffen der Schere zwischen den unterschiedlichen Wünschen ist nur zu verhindern, wenn auch auf Seiten der Praktiker Forschungsinteressen vorhanden sind, oder wenn diese durch eine systemimmanente Motivation entwickelt werden

können. Letzteres ist dann gegeben, wenn eine Fachgesellschaft, in die ein Großteil der Praktiker integriert ist, eine Studie in Auftrag gibt oder an einer solchen interessiert ist und auf diese Weise ihre Mitglieder motivieren kann. Dies war glücklicherweise bei der vorliegenden Studie der Fall. Die „*Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse*“ (GLE-Wien) trat von sich aus an die AutorInnen heran, und so war es möglich, diese Studie zu realisieren.

Ein weiteres Problem ist die Rekrutierung der Patienten, da Psychotherapieforscher nicht direkt an diese herantreten können, außer über einen Aufruf über Medien (Seligman 1995) oder neuerdings auch über das Internet. Aus diesem Grund wurde eine bereits mehrfach eingesetzte „Umwegstrategie“ verwendet, in der die Psychotherapeuten um ihre Mitarbeit und dabei um die Weitergabe des Untersuchungsmaterials an ihre Patienten gebeten wurden. In der vorliegenden Studie wurden Psychotherapeuten, die in Existenzanalyse und Logotherapie im Rahmen der GLE-Wien ausgebildet und in die österreichische Psychotherapeutenliste eingetragen sind bzw. einen vergleichbaren Status in Deutschland oder der Schweiz besitzen, um ihre Mitarbeit ersucht und durch die GLE-Wien dazu ermutigt. Von den 102 Existenzanalytikern, die mit 1.1.1998 diese Kriterien erfüllten, konnten aber insgesamt nur 26 trotz mehrfacher Intervention zur Mitarbeit bewogen werden (=25,5%; A: 23 von 82: 28,1%; CH: 2 von 5: 40%; D: 1 von 15: 7%). 17 von den verbleibenden 76 begründeten ihre Nichtteilnahme schriftlich (u.a. keine Therapieabschlüsse oder -abbrüche im Katamnesezeitraum: 9/8,8%; zu grosser Arbeitsaufwand: 3/2,9%; gesundheitliche Gründe: 2/2%; im Katamnesezeitraum nicht psychotherapeutisch tätig: 2/2%; keine Klienten, die den Kriterien entsprachen: 1/1%), von den verbleibenden 59 konnte keine Antwort erhalten werden. Die wichtigsten *Kennwerte der Therapeutenstichprobe* sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Therapeutenstichprobe - soziodemographische Parameter (N=26)

<i>Geschlecht:</i>	
Frauen	19
Männer	6
<i>Alter:</i>	
	M=40,7 Jahre; Min: 33; Max: 61
<i>Familienstand:</i>	
verheiratet	18 (69,1%)
Lebensgemeinschaft	3 (7,7%)
ledig	5 (19,1%)
<i>Quellenberuf:</i>	
Psychologen	11 (42,3%)
Mediziner	8 (30,8%)
Pädagogen	3 (11,5%)
Sozialarbeiter	1 (3,8%)
Publizisten	1 (3,8%)
kein Abschluss	2 (7,7%)
<i>Dauer/Berufserfahrung:</i>	
	M=6,6 Jahre; SD=3,9; Min: 2; Max: 15
<i>Primäre therapeutische Orientierung:</i> Existenzanalyse/Logotherapie: 100%	

Diese 26 Therapeuten, die sich zur Mitarbeit bereit erklärt hatten und denen an dieser Stelle für ihre Bemühungen noch einmal ausdrücklich und sehr herzlich gedankt werden soll,

wurden gebeten, alle *erwachsenen Patienten* (20 bis 60 Jahre) aus Ihrer Praxis zu selektieren, die im Zeitraum vom 1.1.1997 bis zum 31.12.1997 eine Therapie bei ihnen entweder *regulär abgeschlossen* oder *einseitig abgebrochen* hatten. Diese Patienten sollten nach erfolgter Aufklärung und einer schriftlichen Einverständniserklärung u.a. die Qualität und die Zufriedenheit mit ihrer Therapie beurteilen. Die Therapeuten sollten einige Angaben zu ihrer eigenen Person liefern ebenso wie Informationen zur Diagnose (nach DSM-III-R, vgl. Wittchen, Sass, Zaudig & Koehler 1989)¹ und dem Beenderstatus der Patienten. Die Anonymität der Therapeuten wie auch der Klienten wurde durch verschiedene Sicherungsmaßnahmen gewährleistet, durch einen speziellen *Code*, der sowohl den Therapeuten wie auch den Patienten klar war, war es jedoch möglich, die Therapeuten- und die Patientenfragebögen aufeinander zu beziehen.

Von diesen 26 Therapeuten wurden insgesamt 137 *Patientenfragebögen* angefordert, die sie an ihre Patienten mit einem speziellen Schreiben versehen weitergaben. Davon waren 104 Fragebögen (=75,9%) für reguläre Therapieabschlüsse und 33 (=24,1%) für einseitige Therapieabbrüche bestimmt. Die Rücklaufquote der Fragebögen ebenso wie die Stichprobenmerkmale dieser Patienten sind in den Tabellen 2 und 3 dargestellt.

Tabelle 2: Patientenstichprobe - Versand und Rücklauf (N=137)

	Versand	Rücklauf	Quote
Regulärer Abschluss	104	85	81,7%
Abbruch	33	23	69,7%
Gesamt	137	108	78,8%

Tabelle 3: Patientenstichprobe - soziodemographische Merkmale (N=108)

<i>Geschlecht:</i>	
Frauen	75 (69,4%)
Männer	33 (30,6%)
<i>Alter:</i>	
	M=37,2; SD= 11,3; Min: 18; Max: 69
<i>Familienstand:</i>	
verheiratet	42 (38,9%)
Lebensgemeinschaft	16 (14,8%)
geschieden	9 (8,3%)
verwitwet	3 (2,8%)
<i>Bildung:</i>	
Matura/Abitur	59 (54,6%)
Fachschule	24 (22,2%)
Hauptschule	23 (21,3%)
missing	2 (2%)
<i>Wohnort:</i>	
Größere Stadt (>100.000 E)	67 (62%)
Mittlere Stadt (5.000-100.000 E)	20 (18,5%)
Landgemeinden (<5000 E)	18 (16,7%)
missing	3 (2,8%)

Entgegen den Erwartungen aus anderen Studien ist die Rücklaufquote sehr hoch, was damit zu tun hat, dass die Therapeuten ihre Patienten bereits vorselektiert hatten und es damit zu keiner echten Selbstselektion der Stichprobe kam. Wie

¹ Die Begründung für die Bevorzugung von DSM-III-R gegenüber dem damals bereits im Deutschen vorliegenden DSM-IV liegt in der Tatsache begründet, dass die meisten Therapeuten DSM-IV noch zu wenig kannten und daher DSM-III-R-Diagnosen mit höherer Sicherheit abgeben konnten.

Tabelle 3 zeigt, handelt es sich bei der Stichprobe aber dennoch um eine „*typische Psychotherapie-Klienten-Stichprobe*“, die sich primär aus höher gebildeten verheirateten Frauen in mittlerem Alter aus größeren Städten zusammensetzt. Insofern kann diese Stichprobe als repräsentativ für Psychotherapie-Patienten im allgemeinen angesehen werden.

3. Ergebnisse

Um die Ergebnisse zur Patientenbeurteilung besser einordnen zu können, erscheint es sinnvoll, vor der Darstellung dieser Befunde noch einige allgemeine Daten zur Beschreibung der Stichprobe und ihren Therapieerfahrungen zu präsentieren.

3.1 Deskriptive Befunde

Die behandelten und von den Therapeuten abgegebenen *Diagnosen* sind in Tabelle 4 dargestellt. Es ist dabei zu berücksichtigen, dass pro Patient nur eine Diagnose (Hauptdiagnose) vergeben und Achse-II-Diagnosen nur dann berücksichtigt wurden, wenn diese gleichzeitig auch das therapeutische Hauptproblem repräsentierten.

Tabelle 4: Behandelte Störungen (Diagnosen nach DSM-III-R; Therapeutenangaben) (N=108)

	n	%
Angststörungen (DSM-III-R: 300.01-300.30; 309.89)	42	38,9
Depressive Störungen (DSM-III-R: 296.3; 300.40; 311.00)	32	28,7
Persönlichkeitsstörungen (DSM-III-R, Achse II)	14	13,0
Bipolare/zyklothyme Störungen (DSM-III-R: 296.6; 301.13)	5	4,6
Anpassungsstörungen (DSM-III-R: 309)	4	3,7
Somatoforme Störungen (DSM-III-R: 300.11-300.81; 307.80)	4	3,7
Dissoziative Störungen (DSM-III-R: 300.14-300.60)	3	2,8
Störungen durch psychotrope Substanzen (DSM-III-R: 291-292)	3	2,8
Essstörungen (DSM-III-R: 307)	2	1,8

Anmerkung: Keine Berücksichtigung von Komorbiditäten; keine Vergabe von Mehrfachdiagnosen; Achse II-Diagnosen nur dann vergeben, wenn diese die behandelte Störung repräsentierten

Wie die Tabelle zeigt, besitzt ein Grossteil der Patienten Angststörungen und Depressionen, in einem geringeren Ausmaß Persönlichkeitsstörungen, alle anderen Störungen (bipolare, Störungen durch psychotrope Substanzen etc.) sind nur in Einzelfällen vertreten.

Tabelle 5: Zeitraum der Therapie (Monate) (N=108)

	n	%
< 12 Monate	42	39,4
- 24 Monate	27	25,2
- 36 Monate	19	17,8
- 48 Monate	13	12,2
- 60 Monate	2	1,8
- 72 Monate	1	0,9
- ...		
- 120 Monate	2	1,8
- 138 Monate	1	0,9

Die beschriebene Patientengruppe wurde mit Existenzanalyse und Logotherapie in einem *durchschnittlichen Aus-*

maß von knapp 2 Jahren behandelt ($M=22,3$ Monate; $SD=22,1$; $Min=1$; $Max=138$ Monate). Wie die Standardabweichung aber zeigt, ist hier eine sehr große Streuung zu beobachten, entsprechend zeigen die Ergebnisse in Tabelle 5, dass ein relativ großer Anteil der Patienten weniger als ein Jahr und ein ebenso großer bis zu vier Jahren in Therapie war; den Spitzenplatz nimmt eine Person mit über 11 Jahren Therapieerfahrung ein.

Der *Zugang zur Therapie* erfolgte ebenfalls sehr typisch in mehr als 3/4 der Fälle über die Empfehlung/Vermittlung eines Freundes oder Bekannten bzw. eines Arztes. Eine gewisse Bedeutung für die Therapeutenwahl hatte auch noch das vorherige Kennen des Therapeuten, entweder aus privaten Verhältnissen oder aus Kursen und Veranstaltungen. Alle übrigen Zugangswege waren von geringerer Bedeutung (Tabelle 6). Auch dieses Ergebnis entspricht oft gemachten Beobachtungen und belegt die vielfach diskutierte Bedeutung informeller sozialer Beziehungen für die Vermittlung in Psychotherapie (Reinecker & Krauss 1994).

Tabelle 6: Zugang zur Psychotherapie (N=108) (Mehrfachnennungen)

	n	%
Empfehlung Freunde/Bekannte	48	44,4
Empfehlung/Überweisung Arzt	36	33,3
Persönlich bekannt (privat)	12	11,1
Kurse/VHS/Schule/Universität etc.	7	6,5
Telefonbuch	7	6,5
Empfehlung/psychosoziale Einrichtung	6	5,6
Klinikaufenthalt, stationäre Behandlung	5	4,6
Werbung/Anzeigen	4	3,7
Sonstiges	5	4,6

Welche Gründe hatten die Patienten nun, ihre *Therapie zu beenden*? Wie Tabelle 7 zeigt, hatten 3/4 der Stichprobe die Therapie regulär beendet.

Tabelle 7: Beendigung der Therapie; Beendigungsgründe (N=108) (Mehrfachnennungen)

	n	%
Reguläre Beendigung	104	75,9
Einseitiger Therapieabbruch	33	24,1
Gemeinsamer Entschluss	68	63,0
Entschluss des Patienten	39	33,3
Finanzielle Gründe	25	23,1
Entschluss des Therapeuten	19	17,6
Unzufriedenheit mit Therapieerfolg	12	11,1
Zeitmangel	11	10,2
Zu große Entfernung	8	7,5
Unzufriedenheit mit Therapeut	3	2,8
Sonstiges	9	8,4

Entsprechend ist das Ausmaß gemeinsamer Entscheidung sehr hoch (63%, d.h. 2/3). Neben dieser spielen aber auch noch andere Gründe eine Rolle, insbesondere der alleinige Entschluss, finanzielle Gründe, der Entschluss des Therapeuten und, was für die Qualitätsbeurteilung wichtig ist, die Unzufriedenheit mit dem Therapieerfolg in 11,1% der Fälle. Von etwas geringerer Bedeutung ist auch noch der Zeitmangel und die große Entfernung zum Therapeuten. Wie differenzielle Auswertungen zeigen, hängen die einseitigen Beendigungen sowie Beendigungen aus finanziellen und zeitlichen Gründen, wegen zu großer Entfernung und aus Unzufriedenheit eng mit

dem einseitigen Therapieabbruch durch den Patienten zusammen.

3.2 Ergebnisse zur Qualitäts- und Zufriedenheitsbeurteilung

Wie erörtert, wurden die Qualität und die Zufriedenheit jeweils über globale Items wie auch über spezifische, mehrdimensionale Skalen erfasst. Betrachtet man zunächst die globalen Beurteilungssitems, so zeigt sich, dass sich die befragten Patienten unabhängig davon, ob sie die Therapie abgebrochen oder regulär beendet haben, doch recht positiv über die Ergebnisse und auch den Verlauf ihrer Therapien äußern. Der Therapieerfolg wird insgesamt betrachtet mit einem Median von 4 als „überwiegend erfolgreich“ eingestuft, der Mittelwert ($M=3,4$; $SD=1,1$; $Min=0$; $Max=5$) liegt etwas, jedoch nicht bemerkenswert darunter, sodass insgesamt von einem deutlichen bis überwiegenden Erfolg dieser Therapien auszugehen ist. Eine detailliertere Analyse der Verteilungen hinsichtlich der einzelnen Skalenpunkte (0: überhaupt nicht erfolgreich: 1/0,9%; 1: nicht erfolgreich: 3/2,8%; 2: leicht erfolgreich: 13/12,3%; 3: etwas erfolgreich: 30/28,3%; 4: erfolgreich: 35/33,0%; 5: sehr erfolgreich: 24/22,6%) zeigt, dass es kaum Patienten gibt, die von einem äußerst geringen bzw. deutlich geringen Erfolg sprechen. Jedoch bescheinigen immerhin etwa 40% der Patienten der Therapie einen geringeren bis mittleren Therapieerfolg, was man angesichts der insgesamt sehr positiven Beurteilungstendenzen bei subjektiven Therapieevaluationen im allgemeinen (Mans 1995) doch als einen kritischen Hinweis auf eventuelle Mängel in der Ergebnisqualität dieser Therapien werten muss.

Trotz dieser kleinen Rute im Fenster äußern sich die Patienten jedoch hinsichtlich der *allgemeinen Zufriedenheit* sowohl im Gesamten wie auch in bezug auf die verschiedenen, allgemein erfassten Bereiche sehr positiv (s. Tabelle 8). Sie wird durchwegs mit einem Median über 4,0 beurteilt, was so viel bedeutet wie „überwiegend zufrieden“, einige Items liegen sogar bei „sehr zufrieden“ (5). Die positive Sichtweise der Therapie im Sinne einer hohen Zufriedenheit belegen auch verschiedene weitere *zufriedenheitsrelevante Items in der unteren Hälfte der Tabelle*, die in der Testbatterie enthalten waren. Demnach wurden bei einem Großteil der Klienten die Erwartungen an die Therapie bei weitem erfüllt, sie würden daher auch den Therapeuten durchwegs weiterempfehlen, halten ein anderes Vorgehen für keineswegs besser und sind auch mit sich selbst in ihrer Arbeit in der Therapie „ziemlich“ bis „überwiegend“ zufrieden. Wenn die Therapie abgebrochen wurde, dann erfolgte dies nur in einem geringen Ausmaß aus Unzufriedenheit mit dem Therapeuten und dem Therapieerfolg. Die zuvor erwähnte Analyse der Beendigungsgründe belegt dies, insofern auch andere Gründe, z.B. finanzielle Engpässe, Übersiedelung, schwierige Erreichbarkeit des Therapeuten etc. relativ häufig als solche genannt wurden.

Betrachtet man nun die *differenziertere Qualitätsbeurteilung* über die Qualitätsskalen (Tabelle 9), dann wird ein spezifischeres Bild sichtbar. Es wird offensichtlich, dass die sehr positive allgemeine Beurteilung der Therapien möglicher-

weise mit der außerordentlich positiven Sichtweise der ehemaligen Therapeuten zu tun hat. Diese werden auf allen Ebenen mit den höchsten Werten, bei einer außergewöhnlich geringen Varianz, beurteilt.

Tabelle 8: Globale Zufriedenheit mit EA/LT - Deskriptive Befunde (N=108)

	M	Md	SD
Global-Gesamt (=M) ^a	4,0	4,25	1,0
Therapeut	4,2	5,0	1,0
Verlauf	4,1	4,5	1,1
Ergebnis	4,1	4,0	1,1
Therapie insgesamt	4,2	4,5	1,0
Erwartungen erfüllt	4,0	4,0	1,3
Therapeut weiterempfehlen ^b	1,1	1,0	0,5
Beendigung aus Unzufriedenheit mit Therapie	2,0	2,0	0,3
Beendigung aus Unzufriedenheit mit Erfolg	1,9	2,0	0,4
Anderes Vorgehen besser	0,8	0,0	1,5
Mit sich selbst zufrieden	3,7	4,0	1,2

Anmerkungen:

^a Mittelwert gebildet aus den vier globalen Zufriedenheitsitems

^b Skala: 1: ja, 2: nein; 3: weiß nicht; alle übrigen: 6-stufig

Tabelle 9: Differenzierte Qualitätsbeurteilung - Deskriptive Befunde (N=108)

	M	Md	SD
Therapeut: (M) ^a	4,5	5,0	0,93
Verstanden gefühlt	4,3	5,0	0,94
Mit Problemen umgehen	4,3	5,0	0,88
Vertrauen zum Therapeut	4,7	5,0	0,71
Therapeut war kompetent	4,6	5,0	0,91
Über alles reden können	4,4	5,0	0,97
Miteinander gut auskommen	4,6	5,0	0,83
Über Therapeut geärgert **	0,7	0,0	1,24
Vorgehen: (M) ^a	3,9	4,0	1,28
Sich aufgehoben gefühlt	4,4	5,0	0,95
Wunsch nach Abbruch**	0,6	0,0	1,23
Sich einlassen können	3,1	3,0	1,47
Zweifel betreffend Aufwand**	1,3	1,0	1,44
Alternatives Vorgehen **	0,8	0,0	1,34
Zufriedenheit eigenes Verh.	3,8	4,0	1,22
Zukünftige Inanspruchnahme	3,8	4,0	1,31
Erwartungen erfüllt	4,0	4,0	1,25
Effekte/Veränderungen (M) ^a :	3,8	4,0	1,19
Problemlösung	3,2	3,0	1,23
Subjektives Profitieren	4,2	5,0	1,24
Stärkung Selbstvertrauen	3,9	4,0	1,20
Sicherheit im Problemumgang	3,8	4,0	1,17
Selbsterkenntnis	4,2	5,0	1,12
Stärken und Ressourcen	3,7	4,0	1,20

Anmerkungen: Instruktion: „Beurteilen Sie bitte Ihre Psychotherapie aus heutiger Sicht hinsichtlich...“ 0: stimmt nicht; - 5: stimmt vollkommen

^a Mittelwert über die Items der jeweiligen Subskala; Zur Bildung desselben wurden die negativ formulierten Items (mit „**“ bezeichnet) umgepolt

Einige weniger positive Beurteilungen gibt es hingegen im Bereich des therapeutischen Vorgehens und der therapeutischen Effekte: Dort wird etwas selbstkritisch moniert, dass sich die Patienten oft nicht richtig einlassen hätten können, und dass sie gelegentlich Zweifel daran gehabt hätten, ob sich der Aufwand auch wirklich gelohnt habe. Im Bereich der Ergebnisse zeigen vor allem die emotionalen und kognitiven Parameter hohe Werte, problem- und ressourcenbezogene Indikatoren liegen etwas darunter. Ob sich dahinter das spezifische Wirkungsgefüge der Existenzanalyse/Logotherapie verbirgt, das stär-

ker auf Selbsterkenntnis, Vermittlung von Einsichten und die Verbesserung der Befindlichkeit und des emotionalen Erlebens ausgerichtet und weniger auf Problemlösung, Bewältigung des Alltags und eigene Stärken und Ressourcen, kann hier nicht beurteilt werden. Auf jeden Fall gibt es kleine aber nicht unbedingt zu übersehende Hinweise, dass die Ergebnislage der Therapien nicht so positiv gesehen wird als dies von Therapeuten evtl. erwünscht wäre. Dies bestätigt auch eine Analyse der differenzierteren Form der Zufriedenheitsbeurteilung, wo die Beurteilung der Zufriedenheit mit den therapeutischen Veränderungen mit einem Median von 3 nur eine leichte Zufriedenheit erkennen lässt (s. Tabelle 10). Dies gilt insbesondere für die Zufriedenheit hinsichtlich der Veränderung von Lebensgewohnheiten, also von stärker eingeschliffenen und öfters vielleicht als störend empfundenen Verhaltens- und Problemmustern, ein Bereich, der sehr eng mit Problemlösung und Alltagsbewältigung zusammenhängt.

Analysiert man im nächsten Schritt die *differenzierte Beurteilung der Zufriedenheit* mit der Therapie (s. Tabelle 10), so sind einige interessante Befunde festzustellen:

Tabelle 10: Differenzierte Zufriedenheitsbeurteilung - Deskriptive Befunde (N=108)

	M	Md	SD
<i>Gesamt: (M)^a</i>	3,4	3,5	0,9
<i>Therapeut (M)^b</i>	4,4	4,5	0,8
Beziehung	4,3	5,0	1,0
Kompetenz	4,4	5,0	0,9
Engagement	4,4	5,0	0,9
Verständnis	4,6	5,0	0,8
<i>Methodik (M)^b</i>	3,4	3,5	1,1
Vorgehen	4,1	5,0	1,1
Erklärungen	4,2	5,0	1,2
Persönliche Wünsche	4,3	5,0	1,1
Hilfsmittel	3,2	3,0	1,6
<i>Rahmenbedingungen (M)^b</i>	3,3	3,4	1,0
Zeitlicher Aufwand	4,0	4,0	1,1
Ungestörtheit	4,3	5,0	1,1
Räumlichkeiten	4,5	5,0	0,9
finanzieller Aufwand	2,8	3,0	1,6
Reaktionen der sozialen Umwelt	3,1	3,0	1,4
<i>Veränderungen (M)^b</i>	3,1	3,0	1,3
„Therapie-Probleme“	3,8	4,0	1,2
Familienbeziehungen	3,7	4,0	1,1
Beziehung zu Freunden	3,6	4,0	1,2
Arbeitsplatz	3,6	4,0	1,2
Befinden	3,7	4,0	1,2
Körperliche Beschwerden	4,1	4,0	1,9
Stimmung	3,6	4,0	1,1
Selbstwertgefühl	3,7	4,0	1,2
Lebensgewohnheiten	3,3	3,0	1,3

Anmerkungen: Instruktion: „Wie zufrieden/unzufrieden sind Sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt mit...?“ 0: sehr unzufrieden - 5: sehr zufrieden

^a Gesamtmittelwert über alle Items

^b Mittelwert über die Items der jeweiligen Subskala

Zunächst ist festzustellen, dass die Gesamtzufriedenheit als Mittelung aller 22 Items (s. 1. Zeile der Tabelle) deutlich und auch statistisch signifikant unter der globalen Beurteilung der Zufriedenheit (s. Tabelle 7) liegt. Dies bedeutet, dass eine spezifischere Betrachtung der Zufriedenheit eine doch differenziertere Sichtweise der Zufriedenheit mit der eigenen The-

rapie nahelegt. Die weiteren Befunde entsprechen durchwegs der direkten Qualitätsbeurteilung und heben das dort gefundene Muster noch hervor: Das höchste Maß an Zufriedenheit wird der Person des Therapeuten gegenüber ausgedrückt, welche deutlich über den anderen Beurteilungsdimensionen liegt. Die Zufriedenheit mit dem methodischen Vorgehen, den Rahmenbedingungen, unter denen die Therapie durchgeführt wurde und vor allem mit den erzielten Effekten und Ergebnissen ist insgesamt nur durchschnittlich bis einigermaßen gegeben. Betrachtet man die Einzelitems, so fällt auf, dass es aber nur einige wenige Aspekte sind, die diese geringere Zufriedenheit erbringen, nämlich die eingesetzten (oder nicht eingesetzten) Hilfsmittel, der finanzielle Aufwand, die Reaktionen aus der Umwelt und, wie oben bereits gesagt, die Veränderung der eingeschliffeneren Lebensgewohnheiten.

Die Tatsache, dass Methodik und Vorgehen und die Effekte der Therapien insgesamt etwas kritischer gesehen werden, belegt auch eine differenzierte Auswertung der Ausprägungen der einzelnen Items (vgl. dazu ausführlicher Schirl & Kimeswenger 1999). Hier ist ein deutliches Überwiegen der drei positiven Antwortalternativen (zufrieden, überwiegend zufrieden, sehr zufrieden) gegenüber den eher negativen (nicht, wenig, kaum zufrieden) bei allen Therapeutenitems zu beobachten, während die Anzahl der „Unzufriedenen“ sowohl bei den Rahmenbedingungen der Therapie (finanzieller Aufwand: 34/38,2%; Reaktionen der Umwelt: 17/23,3%) wie auch bei den Effekten (Veränderung Lebensgewohnheiten: 20/22,7%; körperliche Beschwerden: 18/22%; Selbstwertgefühl: 17/17%; freundschaftliche Beziehungen: 16/18%, Befinden: 16/15,1%) bei einigen Items doch deutlich höher ist.

Insgesamt wird also die Person des Therapeuten sehr positiv beurteilt wie auch sehr zufriedenstellend erlebt; die Rahmenbedingungen der Therapie sowie die Methodik und das Vorgehen der EA/LT, vor allem aber ihre Ergebnisse werden hingegen zum Teil nicht ganz so positiv beurteilt, wenngleich die zentrale Tendenz natürlich auch hier deutlich im positiven Bereich liegt.

3.3 Determinanten der Patientenzufriedenheit

Eine in verschiedenerelei Hinsicht wichtige Frage ist, wodurch sich die zufriedeneren von den weniger zufriedenen Klienten unterscheiden. Durch die Analyse dieser Frage können nämlich wichtige Erkenntnisse im Hinblick auf die Determinanten der Behandlungs- und Leistungsqualität von Psychotherapie gewonnen werden, die ihrerseits sowohl für Interventionen der Qualitätsverbesserung eingesetzt wie auch für die Prävention negativer Therapieentwicklungen und Misserfolge verwendet werden können. Um diesen Aspekt ökonomisch analysieren zu können, wurden zunächst die beiden Skalen (Qualitätsbeurteilungsskala; Zufriedenheitsskala) jeweils einer Faktorenanalyse nach der Hauptkomponentenmethode mit anschließender Varimaxrotation unterzogen. Daran anschließend wurden die positiver beurteilenden und zufriedeneren und die weniger positiv beurteilenden und zufriedeneren Klienten durch Mediandichotomisierung der gewonnenen Skalen eruiert. Diese beiden Gruppen wurden dann hinsichtlich ver-

schiedener Therapeuten-, Klienten-, Prozess- und Ergebnisvariablen von Psychotherapie durch verschiedene statistische Tests (Chi-Quadrat, univariate Varianzanalysen, T-Tests, Korrelationen) miteinander verglichen.

Auf die technische Seite der ersten Schritte kann hier aus Platzgründen nicht eingegangen werden (vgl. dazu ausführlich Schirl & Kimeswenger 1999). Die Hauptkomponentenanalysen erbrachten orientiert an entsprechenden Kriterien (Screetest nach Cattell, Kaiser-Eigenwerte-Kriterium, Interpretierbarkeit etc. s. Bryant & Yarnold 1995) jeweils zwei sehr homogene (Konsistenz nach Cronbach zwischen .86 und .93; s. Tabelle 11) und gut interpretierbare Faktoren, die zum einen die Prozessqualität und zum anderen die Ergebnisqualität aus den jeweiligen Perspektiven (Qualität, Zufriedenheit) abbilden. Inhaltlich umfasst die Skala „Ergebnisqualität“ neben den entsprechenden Items der ad hoc-Skala vor allem auch einige wichtige andere Aspekte, wie die „Erfüllung der Erwartungen“, „sich auf die Therapie einlassen können“ und die „Zufriedenheit mit dem eigenen Verhalten in der Therapie“. Die Skala „Prozessqualität“ beinhaltet vor allem die Wahrnehmung des Therapeuten als kompetenten Fachmann, von dem sich der Patient verstanden fühlt, mit dem er über alles reden kann, zu dem er Vertrauen hat und bei dem er sich aufgehoben fühlt und wo die Beziehung stimmt. Dieser Faktor beschreibt also insgesamt eine sehr positive, warme, empathische und umgangsfähige Therapeutenpersönlichkeit und Beziehungsgestaltung. Die Skala „Ergebniszufriedenheit“ hat ähnliche Inhalte wie die „Ergebnisqualität“. Ähnliches gilt für die „Prozess-zufriedenheit“, die sehr stark auf die Person des Therapeuten fokussiert, jedoch auch Rahmenbedingungen und methodische Aspekte des therapeutischen Handelns beinhaltet.

Die Verteilungstatistiken dieser vier Skalen sind in Tabelle 11 dargestellt. Sie zeigen ein doch recht differenziertes Muster: Am höchsten ist die Prozesszufriedenheit, gefolgt von der Beurteilung der Ergebniszufriedenheit und der Beurteilung der Ergebnisqualität und der Prozessqualität. Die Unterschiede zwischen der Prozesszufriedenheit und den übrigen drei Skalen sind statistisch jeweils signifikant (Wilcoxon-Test: $p < .05$), diese unterscheiden sich statistisch gesehen nicht voneinander.

Tabelle 11: Skalen zur Prozess- und Ergebnisbeurteilung (N=102)

	M	Md	SD
Prozessqualität (9 Items; Cronbach's $\alpha = .87$)	3,6	3,8	0,5
Ergebnisqualität (9 Items; Cronbach's $\alpha = .91$)	3,7	4,0	1,0
Prozesszufriedenheit (9 Items; Cronbach's $\alpha = .86$)	4,4	5,0	1,0
Ergebniszufriedenheit (6 Items; Cronbach's $\alpha = .93$)	3,9	4,0	1,2

Die Mediandichotomisierung der vier Skalen erbrachte folgende Ergebnisse: *Prozessqualität*: 66/61,1% positiv vs. 42/38,9% weniger positiv Beurteilende; *Ergebnisqualität*: 60/55,6% positiv vs. 48/38,9% weniger positiv Beurteilende; *Prozesszufriedenheit*: 52/59,8% Zufriedene vs. 35/40,2% weniger Zufriedene; *Ergebniszufriedenheit*: 38/35,2% Zufriedene vs. 70/64,8% weniger Zufriedene. Auf der Basis dieser Gruppierungen wurden die folgenden Analysen gerechnet (mit Ausnahme von Korrelationen bei dimensional Variablen). Aus Platzgründen kann hier jedoch auf diese Ergebnisse nur kurz eingegangen werden (s. Tabelle 12; ausführlicher vgl. Schirl & Kimeswenger 1999).

Betrachtet man zunächst die einzelnen Dimensionen, dann zeigt sich kein offensichtlicher Unterschied im Ausmaß der Zusammenhänge zwischen Qualitäts- (24 Effekte) und Zu-

friedenheitsbeurteilungen (26 Effekte), auch nicht zwischen den beiden jeweiligen Subdimensionen. Dafür sind die Effekte im Bereich der einzelnen Determinanten relativ eindeutig. Die meisten Effekte ergeben sich für die Prozess- und Ergebnisvariablen. Bei den Therapeutenvariablen zeitigt nur das Geschlecht signifikante Effekte: Patienten, die bei Therapeutinnen eine Therapie absolvierten, beurteilen die Prozessqualität signifikant positiver als solche, die von Männern behandelt wurden und sie sind gleichzeitig auch sowohl mit dem Ergebnis wie auch mit dem Prozess der Therapie signifikant zufriedener. Bei den Klientenvariablen erbrachte nur der berufliche Status einen signifikanten Effekt: Angehörige höherer Berufs- und Einkommensschichten beurteilen das Ergebnis positiver als alle anderen, die mittlerer Einkommensgruppen jedoch schlechter als alle anderen. Die beiden übrigen Variablen (Geschlecht/Patient; Diagnose) zeigen nur schwache trendhafte Bezüge und wurden hier nur aus Informationsgründen angeführt; aufgrund des statistischen Trends sollten diese Ergebnisse nicht interpretiert werden.

Die wichtigsten *Prozessvariablen* sind neben der Zufriedenheit/Bewertung des Prozesses vor allem die Abbruchs- und Beendigungsfaktoren: Patienten, die die Therapie abbrachen, bewerten sowohl den Prozess wie auch die Effekte signifikant schlechter als die „Normalbeender“ und sind mit dem Prozess und den Ergebnissen auch signifikant weniger zufrieden. Entsprechend verhält es sich hinsichtlich des Beendigungsgrundes: Patienten, die die Therapie in gemeinsamem Einverständnis beendeten, beurteilen diese einheitlich besser, die, die sie aufgrund schlechten Therapiefortschritts, aus Zeitmangel oder aus finanziellen Gründen beendeten, sehen vor allem das Ergebnis negativer.

Der letzte Abschnitt von Tabelle 12 befasst sich mit einigen *Ergebnisvariablen*. Hier zeigen sich insofern interessante Zusammenhänge, als ergebnisbezogene Variablen deutlich höher mit der selbst beurteilten Ergebnisqualität und der Ergebniszufriedenheit korrelieren als mit den Prozessbeurteilungen, was für die differenzielle Validität der ansonsten relativ hoch interkorrelierenden Skalen und Subskalen (Schirl & Kimeswenger 1999) spricht. Die beobachteten Zusammenhänge lassen unterschiedliche Interpretationen zu: Zum einen könnte man daraus hypostasieren, dass positiv verlaufene und erfolgreiche Therapien eine positive Befindlichkeit und einen insgesamt guten Therapieerfolg bewirken, wie man natürlich auch umgekehrt annehmen kann, dass eine aktuell positive Befindlichkeit mit einer entsprechenden Bewertung einhergehen kann. Aufgrund der Gleichzeitigkeit der Erhebung der Variablen kann aus diesen Befunden kein Wirkbeleg abgeleitet werden.

Zusammengefasst wäre aus diesen Analysen abzuleiten, dass positive Therapieeffekte (hier in der subjektiven Wahrnehmung der Patienten) vor allem dann generiert werden, wenn der Therapieprozess in einer qualitativ hochwertigen Art und Weise abläuft. Interessant ist, dass im Gegensatz etwa zu den Ergebnissen von Seligman (1995) die Therapiedauer (weder zeitlich noch nach Stundenumfang) keinerlei Effekte auf die Beurteilung der Therapie und ihrer Effekte zeigte.

4. Schlußfolgerungen und Konsequenzen

Insgesamt ist aus den referierten Befunden davon auszugehen, dass die von uns untersuchten Patienten der von ihnen absolvierten Logotherapie und Existenzanalyse eine sehr hohe allgemeine Qualität in bezug auf die Durchführung der Therapie wie im Großen und

Ganzen auch in bezug auf ihre Ergebnisse bescheinigen. Weiters empfanden sie die Therapeuten insgesamt als ausgezeichnet, vor allem was ihre therapeutischen und zwischenmenschlichen Qualitäten betrifft. Auch waren sie mit der angewandten Methodik und der Durchführung der Therapien, vor allem im interpersonalen Bereich sehr einverstanden und zufrieden. Einige Schwachstellen scheint es im Bereich der therapeutischen Ergebnisse zu geben. Die Analysen weisen darauf hin, dass die Veränderung der therapeutischen Probleme und von eingeschliffenen Gewohnheiten sowie der Aufbau von Ressourcen und Stärken offensichtlich nicht in dem Ausmaß funktionierte, wie sich die Patienten dies gewünscht hätten. Allerdings reduziert dies die allgemein positive Sichtweise der Therapien nicht grundsätzlich sondern eher nur im Detail.

Damit könnte man nach diesen Befunden den 26 untersuchten Therapeutinnen und Therapeuten sehr gratulieren, wenn nicht einige allgemeine und spezifische Probleme eine Relativierung der Befunde nahelegten. Der wesentlichste Relativierungsgrund ist darin zu sehen, dass aus vielen Studien bekannt ist, dass Patienten im allgemeinen, es sei denn, sie sind wirklich stark unzufrieden mit dem, was sie in der Therapie erlebt haben, ihren Therapien eine hohe Qualität und Zufriedenheit bescheinigen. Aus diesem Grund sind fast alle Skalen und Items extrem schief in Richtung positiver Bewertungen verteilt. Herkömmlich konstruierte Skalen sind daher nicht sehr gut geeignet, Bewertungen im oberen Bereich zu differenzieren. Aus diesem Grund wird auch bei neueren Konstruktionen und Ansätzen empfohlen, den oberen Bereich durch extreme Itemformulierungen oder durch die Vorgabe eines breiteren Spektrums an Inhalten für den positiven Beurteilungspol zu strecken, um die Skalen in Richtung einer Normalverteilung zu bringen und um so auch die Verteilungstatistik ohne Probleme anwenden zu können.

Ein weiteres Problem subjektiver Beurteilungen ist, dass diese häufig die *Qualität der Beziehung zum Therapeuten* und weniger die tatsächliche interpersonale bzw. methodische und prozessuale

Tabelle 12: Ergebnis- und Prozessbeurteilung - Zusammenhänge mit Klient-, Therapeut-, Prozess- und Ergebnisvariablen (N=102)

	Prozess Qualität	Ergebnis Qualität	Prozess Zufriedenheit	Ergebnis Zufriedenheit
<i>Therapeutenvariablen:</i>				
* Alter				
* Geschlecht ^a	(F:+) *		(F:+) *	(F:+) *
* Familienstand				
* Basisberuf				
* Berufserfahrung/Jahre				
* Anzahl Klienten				
<i>Klientenvariablen:</i>				
* Alter				
* Bildungsstatus				
* Wohnortgröße				
* Geschlecht ^a		(F:+) °		
* Familienstand				
* Berufsstatus ^b		(mitt.: -; höh.: +)*		
* Beschäftigungsausmass				
* Diagnose	°	°	°	°
- Depression	(+) °		(+) °	(-) °
- Persönlichkeitsstörung				(-) °
- Angststörung		(+) °	(+) °	(-) °
<i>Prozessvariablen:</i>				
* Therapiezugang ^c	(Tel.buch+) *			
* Anzahl Stunden				
* Dauer der Therapie				
* Prozessbeurteilung ^d	(+) **	(+)*	(+)**	(+)*
* Art der Beendigung ^e	(Abbr.: -) *	(Abbr.: -)*	(Abbr.: -)*	(Abbr.: -)*
* Beendigungsgrund ^f	(gem.: +) **	(gem.: +)**	(gem.: +)**	(gem.: +)**
- Unzufriedenheit/Erfolg		(-)**	(-)**	(-)**
- finanzielle Gründe				(-)**
- Zeitmangel		(-)*		(-)*
<i>Ergebnisvariablen:</i>				
* Aktuelle Befindlichkeit	(+) *	(+) **	(+) *	(+) **
* Gesamterfolg/Therapie	(+) *	(+) ***	(+) *	(+) **
* Ergebnisbeurteilung ^g	(+) *	(+) **	(+) *	(+) **
* Weiterempfehlung/Therapt.	(+) *		(+) *	

Anmerkungen: +: positiver Effekt/Zusammenhang; -: negativer Effekt/Zusammenhang

^aF: Frauen (hier: weibliche Therapeutinnen, weibliche Klientinnen)

^bmitt.: mittlerer Status (Angestellte, Facharbeiter); höh.: höherer Status (Akademiker, Beamte)

^cTel.buch: Auswahl über Telefonbuch

^dBei Qualität: Prozesszufriedenheit; bei Zufriedenheit: Prozessqualität

^eAbbr.: einseitiger Therapieabbruch

^fgem.: gemeinsamer Entschluss

^gBei Qualität: Ergebniszufriedenheit; bei Zufriedenheit: Ergebnisqualität

° p<.10; * p<.05; ** p<.01; *** p<.001

Realität der Therapien widerspiegeln und daher nicht als alleiniges Maß der Therapiequalität verwendet werden sollten. Verschiedene Studien haben auch gezeigt, dass Patienten bei der Beurteilung ihrer Therapie und deren Ergebnissen z.T. recht stark nach der *sozialen Erwünschtheit* beurteilen. In diesem Sinn folgen sie meist einem allgemeinen *Antwortmuster*. Dies könnte auch in dieser Studie der Fall sein.

Bezogen auf die vorliegende Studie sind bei der Interpretation ebenfalls einige Punkte zu berücksichtigen. So ist die Stichprobe trotz des N=108 relativ klein, sie stammt letztlich „nur“ von 26 Therapeuten, wobei einige Therapeuten sehr viele Patienten akquiriert haben, andere sehr wenige; es ist fraglich, ob die 26 Therapeuten repräsentativ für alle Therapeuten mit einem Abschluss in EA/LT sind. Auch könnte die Art der Selektion zu einer Verzerrung der Ergebnisse beigetragen haben, denn die Patientenstichprobe ist keine Zufalls-

stichprobe, sondern eine von den Therapeuten vorselegierte. Zwar wurde durch das Vorgehen versucht Positivselektionen durch die Festlegung eines Zeitfensters und der Aufforderung alle Patienten einzubinden, die in dem vorgegebenen Zeitraum die Therapie beendet haben, möglichst klein zu halten; dennoch kann nicht garantiert werden, dass sich alle Therapeuten daran hielten. Nicht zuletzt kann auch das relativ lange Zeitfenster (1 Jahr), das vor allem aus Gründen der notwendigen Stichprobengröße so groß gehalten werden musste, die Güte der Ergebnisse beeinflusst haben. Dadurch ergab sich eine retrospektive Beurteilungsdauer, die zwischen etwa fünf und 17 Monaten variierte. Es könnte sein, dass die Beurteilung mit dem Zeitabstand variiert (Verarbeitungseffekte, Vergessen etc.). Leider wurde bei der Datenerhebung der Zeitpunkt der Therapiebeendigung nicht erhoben, sodass dieser Effekt nicht überprüft und kontrolliert werden konnte.

Insgesamt ist aus diesen Argumenten zwar das positive Ergebnis notgedrungen etwas zu relativieren und theoretisch betrachtet um einen oder zwei Skalenpunkte nach unten zu revidieren. Dies würde bedeuten, dass die wahrgenommene Qualität der Behandlung durch den Therapeuten sowie die von ihm realisierte interpersonale Beziehung von den Patienten mit den Noten gut bis sehr gut beurteilt wurden, die Durchführung der Therapie im allgemeinen und in den meisten Bereichen mit einem gut bis zufriedenstellend, der Erfolg hingegen in manchen Bereichen mit einem „gut“, in einigen hingegen jedoch leider nur mit einem „zufriedenstellend“ bis „genügend“. Weiterführende Arbeiten müssen zeigen, ob diese Interpretation gerechtfertigt ist und ob es in der Existenzanalyse und Logotherapie tatsächlich ein Ergebnisproblem hinsichtlich Problemlösung, Problembewältigung, Ressourcenaktivierung und Veränderung länger anstehender Verhaltensgewohnheiten gibt.

Literatur:

- Braun U (1998) Qualitäts-Monitoring. Ein praktikables Ergebnis-Feedback-System für die Psychotherapie. In: Laireiter A-R, Vogel H (Hrsg) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: dgvt-Verlag, 225-252
- Bryant F-B, Yamold P-R (1995) Principal components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis. In: Grimm L-G, Yamold P-R (Eds) Reading and understanding multivariate statistics. Washington DC: American Psychological Association, 99-136
- Fydrich T, Laireiter A-R, Saile H, Engberding M (1996) Diagnostik und Evaluation in der Psychotherapie: Empfehlungen zur Standardisierung. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 25, 161-168
- Grawe K, Baltensperger C (1998) Figurationsanalyse - Ein Konzept und Computerprogramm für die Prozess- und Ergebnisevaluation in der Therapiepraxis. In: Laireiter A-R, Vogel H (Hrsg) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: dgvt-Verlag, 179-207
- Gryters T, Priebe S (1994) Die Bewertung der psychiatrischen Behandlung durch die Patienten - Resultate und Probleme der systematischen Forschung. Psychiatrische Praxis, 21, 88-95
- Jakober G (1991) Patientenzufriedenheit mit stationärer Psychotherapie. Unveröff. Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Paris-Lodron-Universität, Salzburg
- Jandl-Jager E (1998) Psychotherapieforschung und psychotherapeutische Praxis. Person, Zeitschrift für klientenzentrierte Psychotherapie und personenzentrierte Ansätze, 1, 69-74
- Laireiter A-R (1998) Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Praxis: Möglichkeiten für Psychotherapeuten. Verhaltenstherapie u. Verhaltensmedizin, 19, 9-38
- Laireiter A-R, Lettner K, Baumann U (1998) PSYCHO-DOK. Allgemeines Dokumentationssystem für Psychotherapie. Tübingen: dgvt-Verlag
- Laireiter A-R, Vogel H (Hrsg) (1998) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung - Ein Werkstattbuch. Tübingen: dgvt-Verlag
- Mans E (1995) Die Patientenzufriedenheit als Kriterium der Qualitätssicherung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Das Gesundheitswesen, 57, 63-68
- Müller-Fahmow W, Spyra K (1995) Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Das Programm der Rentenversicherung und Rahmenbedingungen für den Bereich der Entwöhnungsbehandlungen. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg) Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter. Geesthacht: Neuland-Verlag, 65-99
- Peschekian N, Kick H, Scheurer H, Krömker J, Tritt K, Loew Th (1999) Positive Psychotherapie: Ein kurzzeitherapeutisches Verfahren unter Einbeziehung computergestützter Qualitätssicherung. Psychotherapie Forum, 7, 1-7
- Raspe H, Voigt S, Feldmeier U (1996) Patienten-„Zufriedenheit“ in der medizinischen Rehabilitation - Ein sinnvoller Outcome-Indikator? Das Gesundheitswesen, 58, 372-378
- Reinecker H, Krauss R (1994) Wege zur Psychotherapie. Eine Untersuchung an ehemaligen Patienten. Psychomed, 6, 36-41
- Roeb W, Zobel M (1995) Patientenbefragung als interne Qualitätssicherungsmaßnahme. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg) Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter. Geesthacht: Neuland-Verlag, 229-242
- Rudolf G (1998) Taxonomie der Psychotherapieforschung. Psychotherapie Forum, 6, 80-91
- Satzinger W (1998) Der Weg bestimmt das Ziel? Zur Rolle des Erhebungsverfahrens bei Befragungen von Krankenhauspatientinnen. In: Ruprecht T-M (Hrsg) Experten fragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen. Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. AV-Verlag
- Schigl B (1998) Evaluationsstudie zur integrativen Gestalttherapie: Wirkung und Wirkfaktoren aus katamnesticer Sicht ehemaliger KlientInnen. Endbericht zum Forschungsprojekt der Fachsektion für Integrative Gestalttherapie im ÖAGG. Wien
- Schirl C-F, Kimeswenger I-P (1999) Klientenzufriedenheit in Existenzanalyse und Logotherapie. Eine katamnestic Feldstudie. Unveröff. Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Paris-Lodron-Universität, Salzburg
- Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann W-W (1989) Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. Psychotherapie und Medizinische Psychologie, 39, 248-255
- Seipel K-H (1998) Qualitätssicherung in der Praxis. Ein Modell und seine kritische Evaluierung. In: Laireiter A-R, Vogel H (Hrsg) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: dgvt-Verlag, 335-353
- Seligman M-E-P (1995) The effectiveness of psychotherapy. American Psychologist, 50, 695-974
- Wittchen H-U, Sass H, Zaudig M, Koehler K (1989) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen - DSM-III-R - Deutsche Bearbeitung und Einführung. Weinheim: Beltz

*Anschrift des Verfassers:
Ass.-Prof. Dr. A.-R. Laireiter:
Institut für Psychologie der Universität Salzburg
Hellbrunnerstr. 34
A-5020 Salzburg
Tel: 0(043)662-8044-5122
Fax: 0(043)662-8044-5126
Email: anton.laireiter@sbg.ac.at*

Wenn die Sinnhaftigkeit des Sinns in Frage steht*

Ansätze eines „postmodern“ erneuerten Sinnverständnisses in der LT/EA
- 2. Teil

Emmanuel J. Bauer

Im ersten Teil (in EXISTENZANALYSE2/2000) wurde nach einem Blick in die Begriffsgeschichte und auf die Wandlung der philosophischen Positionen zum „Sinn“ auf den Sinnoptimismus Frankls eingegangen. Die ambivalente Situation der aktuellen Sinn-Nachfrage führte in eine Explikation der postmodernen Kritik am Sinn-Konzept und ihrer Bedeutung für die Existenzanalyse und Logotherapie.

In einem zweiten Teil werden nun die Ansätze eines „post-modern“ erneuerten Sinnverständnisses dargelegt und untersucht, inwieweit sie in der Weiterentwicklung der Existenzanalyse mitbestimmend waren.

Schlüsselwörter: Logotherapie, Sinn, Post-Moderne

In the first part (in EXISTENZANALYSE 2/2000) after a look into the history of ideas and into the changes in the philosophical tenets about 'meaning' the specific approach of V.Frankl was expounded, his optimism in regard to meaning. The ambivalent situation in the quest for meaning today leads to an explication of post-modern criticism of the conception of meaning and its relevance for Existential Analysis and Logotherapy.

Now in a second part the approaches of a 'post-modern' and renewed understanding of meaning will be exposed, and the question will be raised in how far they have contributed to the actual development of Existential Analysis.

Keywords: logotherapy, meaning, post-modernism

Eine Analyse der veritablen Postmoderne hat gezeigt, dass sie von einer tiefgreifenden Skepsis gegenüber dem Sinn-Paradigma als der philosophisch-metaphysischen Legitimation der Wirklichkeit erfüllt ist¹. Den Wert der geschichtlichen Ereignisse, der kulturellen Leistungen oder der persönlichen Lebensvollzüge und Verhaltensmuster an der Norm eines Sinns zu messen, erscheint dem postmodern denkenden und fühlenden Menschen als Einschränkung des Grundrechts auf Pluralität, Diversität, Freiheit und Autonomie der Lebensformen. Mit anderen Worten: Sinn wird verdächtigt, Komplize des überholten Systems der totalisierenden „Meta-Erzählungen“ und Einheitsgeschichten zu sein. Das schließt aber nicht aus, dass Sinn auch in postmoderner Zeit eine existentielle Wirklichkeit im menschlichen Leben darstellt. Allerdings haben sich zweifelsohne der Sinn des „sinnvollen“ Lebens und das Wesen des Sinns innerhalb der postmodernen Mentalität gewandelt. Sinn wird weniger vom Ziel (τέλος) abgeleitet, als vielmehr in der Ganzheitlichkeit des Lebens und im unverzweckten Vollzug des Daseins mit seiner je eigenen Seinstiefe gesucht.

Vor dem Hintergrund dieser Problemstellung lohnt es sich, in einem ersten Versuch der Frage nachzugehen, ob und inwiefern die LT/EA der GLE als Weiterentwicklung der Franklschen Logotherapie in post-

moderner Zeit explizit oder implizit vielleicht schon von der Postmoderne inspiriert wurde. Dabei sollen v.a. die berechtigten Forderungen der postmodernen Philosophie wie etwa die Infragestellung der Einheitsideologien, die Betonung der Autonomie und des Differenten, die Forcierung einer pluralen Denk- und Lebensordnung, die Kritik an der instrumentellen Vernunft, die Ablehnung des Ausschließlichkeits-Theorems und die Legitimität und Irreduzibilität der verschiedenen Sprachspiele Beachtung finden. Es kann nicht darum gehen, vorhandene, kontinuierlich gewachsene Denkmuster der LT/EA auf postmoderne Theoreme hinzubiegen, sondern zu prüfen, wie weit das eine oder andere der postmodernen Anliegen bereits in existenzanalytische Sichtweisen eingeflossen ist, vielleicht aber auch schon vorgängig verwirklicht war.

1. Fragmentarität und Relativität versus Dynamik aufs Ganze

Es ist nicht zu leugnen, dass die Sinnfrage von ihrer *Grundtendenz* her eine Dynamik in sich trägt, die *auf das Ganze* geht. Sie lässt sich nicht mit Teil-Antworten zufrieden stellen. Sie sucht immer wieder nach einer tieferen Le-

* Erweiterte und überarbeitete Version eines Vortrages am GLE-Kongress Wien vom 30.4.2000

1 Vgl. dazu den ersten Teil dieses Artikels, in: Existenzanalyse 17/2 (2000), 4-12

gitimation aus einem umfassenderen Kontext. Dazu neigen in besonderer Weise religiös oder philosophisch-idealistisch geprägte Menschen, die von ihrem Wirklichkeitsverständnis her gewohnt sind, Letztbegründungen in Gott oder einem Absolutum zu suchen. Das führt oft zu Spannungen, Zweifeln und Sinnkrisen. Denn die alltäglichen konkreten Werte und existentiellen Sinnmöglichkeiten haben meist den Charakter der Vorläufigkeit und Relativität. Sie sind zeit- und situationsbedingt und stellen normalerweise einen Teilaspekt im Horizont des Ganzen des Lebensentwurfs dar. Diese Tatsache der Fragmentarität kann die Unsicherheit auslösen, ob dieser konkrete Detailsinn wirklich das tragende Fundament für Letzterfüllung des menschlichen Lebens sein kann.

Diese Erfahrung des Ausgespanntseins der Sinnsuche zwischen Endlichem und Unendlichem bringt der große christliche Philosoph M. Blondel (1861-1949) in seinem Hauptwerk *Die Aktion* zur Entfaltung². Nach Blondel findet sich der Mensch immer schon im Tun vor und kann der Notwendigkeit, etwas zu tun, in keiner Weise entrinnen. Eine Entscheidung kann getroffen oder aufgeschoben werden, aber beides ist eine Entscheidung mit unabsehbaren Folgen. Der Mensch *ist allein das, was er im Leben handelnd aus sich macht*. Er erfährt jedoch bei der Verwirklichung seines faktischen Wollens immer auch seine Endlichkeit. Er stößt in jeder konkreten Aktion und jeder Befindlichkeit des Geistes und der Natur auf das in ihnen mitenthaltene Transzendente und Unendliche. Die *Wirklichkeit eines jeden Tuns* des Menschen ist immer von dem Ganzen mitbestimmt, dessen Teil sie ist. „Wir tun wirklich etwas nur *sub specie totius*.“³ Die Sinnfrage kann und muss daher immer auf zwei Ebenen beantwortet werden, einerseits im Tun selbst, im gelebten Leben (persönlicher, existentieller Lebenssinn), andererseits aber auch im Blick auf das Ganze (ontologischer Lebenssinn). Denn nur der *unbedingte Sinn*, der dem Menschen durch Offenbarung zugänglich ist, kann dem Menschen wirklich eine letzte Bestimmung geben⁴. Im Anschluss daran geht die lehramtliche Theologie daher davon aus, dass die Frage nach dem Sinn des menschlichen Lebens letztlich *nicht*

unabhängig von der Wahrheitsfrage beantwortet werden kann. In theologischer Sicht stellt sich die Frage nach der Wahrheit dem Menschen existentiell ursprünglich als Frage nach dem Sinn. So versteht auch die päpstliche Enzyklika *Fides et Ratio* (1998) das Ringen um den Sinn des menschlichen Lebens als „eine Suche, die nur im Absoluten Antwort finden kann“⁵.

2. Differenzierung zwischen existentiell und ontologischem Sinn

Nun kann und will die LT/EA keine theologischen oder christlich-philosophischen Antworten geben. Sie weiß wohl um die absolute Dimension der Sinnfrage, das eigentliche Interesse als Psychotherapie gilt aber dem je persönlichen existentiellen Sinn des Menschen. Geht es nach Frankl der Logotherapie um den „konkreten Sinn konkreter Situationen“, in die jeweils eine konkrete Person hineingestellt ist, zielt die „Logo-Theorie“ auf die Frage eines möglichen verborgenen Sinns der Welt im Ganzen und demzufolge auf den „Willen zu einem letzten Sinn“ ab⁶. Dieser entzieht sich aber ob seines absoluten Charakters dem intellektuellen Zugriff. Diese Erfahrung beschreibt Frankl an anderer Stelle in dem Gedanken vom „Über-Sinn“⁷. Über-Sinn sei ein Grenzbegriff, der als solcher für unser Denken nicht mehr fassbar ist. Er kann höchstens in einem Akt intuitiven „ahnenden Hinauslangens“⁸ eingeholt werden, d.h. in der Form des Glaubens, analog zu Kants Postulaten der praktischen Vernunft. Nach Frankl ist es daher *nicht* ausgemacht, ob die *Frage nach dem „Sinn des Ganzen“ in der Logotherapie überhaupt sinnvoll* zu stellen ist. Da der Zweck dasjenige transzendiert, das ihn als Telos intendiert (wie auch der Wert dem Akt gegenüber, der ihn intendiert, notwendig transzendent ist⁹), fällt die Beantwortung der Frage nach dem „Ziel und Zweck der Welt im Ganzen“ oder nach dem Sinn des Schicksals, das dem Menschen widerfährt, nach Frankl in die *Kompetenz des Glaubens*. Hier teilt er die Position L. Wittgensteins, der in ähnlicher Weise die Begründung des Sinns des Ganzen in die Transzendenz verweist, wenn er sagt: „Der Sinn der Welt muss außerhalb ihrer liegen.“¹⁰ Deswegen heißt für ihn an Gott zu glauben nichts anderes als anzunehmen und zu „sehen, dass das Leben einen Sinn hat“¹¹. Auch M. Horkheimer vertritt in seiner Spätphilosophie die Auffassung, dass es reine Eitelkeit wäre, einen unbedingten Sinn ohne Gott retten zu wollen. Wahrheit kön-

2 Vgl. Maurice Blondel, *Die Aktion. Versuch einer Wissenschaft des Lebens und einer Wissenschaft der Praktik*. Übers. von R. Scherer, Freiburg-München 1965 (dt.: *L'action. Essai d'une critique de la vie et d'une science de la pratique*, Paris 1893)

3 Blondel, *Die Aktion*, a.a.O., 317

4 Vgl. Peter Henrici, Maurice Blondel (1861-1949) und die „Philosophie der Aktion“, in: A. V., *Christliche Philosophie im katholischen Denken des 19. und 20. Jahrhunderts*. Hrsg. von Emerich Coreth, Walter M. Neidl und Georg Pfligersdorffer. Bd. 1: *Neue Ansätze im 19. Jahrhundert*, Graz-Wien-Köln: Styria 1987, 543-584

5 Enzyklika *Fides et ratio* von Papst Johannes Paul II. an die Bischöfe der katholischen Kirche über das Verhältnis von Glaube und Vernunft. 14. September 1998 (VAS 135). Hrsg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn 1998, n. 33. Vgl. Franz Gruber, *Wahrheit und Sinn. Zur Enzyklika „Fides et ratio“ Papst Johannes Pauls II.*, in: *ThPQ* 148 (2000) 176-184 und 288-299

6 Vgl. Viktor Frankl, *Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten*, München: Quintessenz 1994, 282f

7 Vgl. Viktor Frankl, *Ärztliche Seelsorge, Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. Vierte, vom Autor durchgesehene, verbesserte und ergänzte Auflage, Frankfurt a. M.: Fischer TB-Verlag 1987, 61ff; und Bernhard Grom / Josef Schmidt, *Auf der Suche nach dem Sinn des Lebens*, Freiburg/Brsg.: Herder 1975., 109f

8 Frankl, *Ärztliche Seelsorge*, a.a.O., 62

9 Vgl. Frankl, *Ärztliche Seelsorge*, a.a.O., 73

10 L. Wittgenstein, *Tractatus logico-philosophicus* 6.41

11 L. Wittgenstein, *Tagebücher 1914-1916*, in: *Schriften*, Bd. 1. Frankfurt a. M. 1960, 167

12 Vgl. dazu Jürgen Habermas, *Texte und Kontexte*, Frankfurt am Main: Suhrkamp 1991, 110-126 (stw 944)

ne es nicht geben ohne eine die Welt im Ganzen transzendierende Macht¹².

Die Vertreter der neueren LT/EA erkannten in diesem Sinnkonzept Frankls eine *begriffliche Undifferenziertheit* bzw. Doppeldeutigkeit, durch die man in der Konsequenz zu Recht eine sachliche Vermischung von existentieller und ontologischer Ebene befürchten musste¹³. Eine zu enge Verknüpfung dieser beiden Dimensionen und der ihr inhärierenden Ansprüche birgt aber genau jene Gefahren in sich, die die Postmoderne an den großen Meta-Erzählungen kritisiert. Es geht um die *Gefahr der Deduktion, Legitimation und Normierung* des subjektiv-existentiellen Sinns aus einem übergeordneten *Meta-Sinn*. In diesem Fall würde das Prinzip der Autonomie und Subjektivität der Sinnfindung verletzt und allen möglichen Formen einer indirekten, subtilen, vielleicht ideologisch gefärbten Fremdbestimmung Tor und Tür geöffnet. Damit steht aber auch die existentielle Verankerung des Sinns in der konkreten Person auf dem Spiel. Um diesen Fehlentwicklungen vorzubeugen, unterscheidet A. Längle dezidiert zwischen einem objektiv, transzendental und absolut bestimmten „*ontologischen Sinn*“ und einem subjektiv, situativ und relativ bestimmten „*existentiellen Sinn*“¹⁴.

3. Subjektiv-emotionale Dimension des ganzheitlichen Erlebens

Mit dieser Differenzierung soll keine Trennung dieser Bereiche postuliert werden. Die innere Offenheit des existentiellen Sinns hin auf die Dimension eines übergreifenden, subjektiv erahnten und bejahten ontologischen Sinns wird nicht geleugnet. Keiner der beiden Sinn-dimensionen wird ihre ontisch-ontologische Legitimität abgesprochen. Der *entscheidende Unterschied* liegt darin, dass die neue LT/EA einen anderen Zugang zum Sinn wählt und diesen damit ontisch-existentiell anders gewichtet und verankert. Insofern Frankl unter Werten „per definitionem *abstrakte Sinn-Universalien*“¹⁵ versteht, legt er - nach dem Muster der Kantischen Transzendentalphilosophie - der Sinnerfahrung als Bedingung der Möglichkeit letztlich allgemein gültige ethische und moralische Prinzipien zu Grunde, die subjektiv durch den unauslöschlich wirksamen Willen zum Sinn als synthetisches Apriori ergänzt werden. Längle dagegen verankert den Sinn indirekt in der *Emotionalität des Menschen*, insofern Werte als solche nicht rein kognitiv erfasst, sondern primär emotional gefühlt werden müssen, sollen sie existentiell wirksam werden. So kommt er zu dem Schluss: „Existentiell wird ein Sinn erst dann, wenn sein Wert gefühlt und empfunden wird. Vorher geht ein Wert diesen konkreten Menschen in seiner konkreten Situation (noch) nichts an.“¹⁶

Dieser neue Ansatz der Sinnerfahrung in der befreien und gelebten

Emotionalität des einzelnen Menschen kommt dem postmodernen Lebensgefühl ebenso wie der postmodernen Philosophie entgegen. Durch ihn wird der Raum für die personal-existentiellen Bedingungen der Sinnerfahrung, nämlich für die freie Werterkenntnis, das subjektive Wertfühlen und das authentische Bejahen und Ergreifen der konkreten Sinnmöglichkeiten, gesichert. Während Frankls Sinn- und Wertverständnis eine nicht zu übersehende Tendenz zum Postulativ-Appellativen und Theoretisch-Prinzipiellen aufweist¹⁷, betont das Sinn-Konzept der LT/EA spürbar stärker die *subjektiv-existentielle Dimension des ganzheitlichen Erlebens*. „Jedes existentielle Verständnis von Sinn setzt am Menschen an, an seinem Ursprung, an seiner Freiheit und an seinem Sein-Können.“¹⁸ Dadurch wird aber auch den postmodernen Forderungen nach Autonomie, Heterogenität und radikaler Pluralität entsprochen. Die postmoderne Irreduzibilität der Sprachspiele umfasst auch die Legitimität und Irreduzibilität der je individuellen Gefühlswelten. Damit muss weder die geistig-kulturelle und politische noch die existentielle Welt in völlig heterogene, einander unverständliche Welten auseinander fallen. Entscheidend ist hier wie dort, nicht nach altem Stil bloß unpersönlich dekontextualisierte Methoden und Prinzipien auf die jeweils andere Sicht oder Position anzuwenden, sondern in einem aktiven dialogischen Austausch das je Eigene zur Sprache zu bringen und sich und den anderen über das Differente Rechenschaft zu geben.¹⁹

Sinn gewinnt in diesem Ansatz nun auch mehr den Charakter der (weiter oben angesprochenen) *Erfüllung*. Das Übergewicht des strikt teleologischen Moments, das bei Frankl etwa in der Überzeugung anklingt, dass „ohne fixen Punkt in der Zukunft ... der Mensch nicht eigentlich zu existieren“²⁰ vermag, und die Tendenz, Sinnerfahrung als Leistung darzustellen und einzufordern²¹, tritt deutlich in den Hintergrund. Hier tut sich ein Weg auf, das dem Sinn innewohnende „Sollen“ von der Macht der Kantischen Pflichtethik, die wohl die Autonomie des Einzelnen betont, letztlich aber unter dem Joch einer absolut gesetzten, alle Menschen gleich vernünftig zu denken anhaltenden Vernunft steht, zu befreien. Die Gefahr der Heteronomie der Vernünftigkeit einer allgemeinen, quasi-absoluten Vernunft wird durch den Rekurs auf die Autonomie des Gewissens gebannt. Sinnerfahrung ist daher nicht zu trennen von der Authentizität des menschlichen Lebens, die aus der inneren Stimmigkeit der Person mit dem je persönlich wahrgenommenen Anspruch des Guten und Wertvollen resultiert.

Im existenzanalytischen Sinnverständnis wird nicht zuletzt der *Subjektivität der Existenz* Rechnung getragen. Man rückt davon ab, wie Scheler oder Frankl von einer überindividuellen, objektiven (platonischen!) Wertewelt auszugehen. Sinn erscheint als eine prinzipiell objektive (zumindest objektiv begründbare) Eigenschaft der Lebensmöglichkeiten und gelebten Taten eines Menschen, bleibt aber trotz-

13 Vgl. Alfried Längle, *Ontologischer und existentieller Sinn*, in: *Existenzanalyse* 12, 1 (1995) 18-21

14 Vgl. Alfried Längle, *Zur ontologischen und existentiellen Bestimmung von Sinn. Analyse und Weiterführung des logotherapeutischen Sinnverständnisses*, in: Herbert Csef (Hg.), *Sinnverlust und Sinnfindung in Gesundheit und Krankheit, Gedenkschrift zu Ehren von Dieter Wyss*, Würzburg: Königshausen & Neumann 1998, 247-258

15 Frankl, *Ärztliche Seelsorge*, a.a.O., 80

16 Längle, *Ontologischer und existentieller Sinn*, a.a.O., 20

17 Vgl. die Rede vom „absoluten Wert“ als Norm aller Werterkenntnis in: Viktor E. Frankl, *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*, Bern: Huber 1984, 223

18 Längle, *Zur ontologischen und existentiellen Bestimmung von Sinn*, a.a.O., 251

19 Vgl. Thomas Slunecko, *Vom Minimalkonsens zum Maximaldissens*, in: *Psychotherapie Forum* 1997 / 5, 219-232

20 Frankl, *Ärztliche Seelsorge*, a.a.O., 141

21 Vgl. Frankl, *Ärztliche Seelsorge*, a.a.O., 152

22 Vgl. Wilhelm Schmidt, *Philosophie der Lebenskunst. Eine Grundlegung*. (stw 1385), Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1999 (EA: 1998), hier 292-297

dem wesentlich subjektiv bestimmt. Diese grundsätzlich subjektive Bedingtheit der menschlichen Existenz betont auch W. Schmidt in seinem neuesten Buch *Philosophie der Lebenskunst* (Frankfurt 1998). Er gibt zu bedenken, dass die Welt des Menschen immer schon *eine durch die je eigene Perspektive geprägte*, d.h. eine in gewissem Maß vom einzelnen Subjekt konstruierte *Welt* ist²². Durch den je subjektiven Blick in die Welt gestaltet jedes Wesen seine Welt gemäß einer Perspektive, macht sich die Welt vertraut, eignet sie sich an und bemächtigt sich ihrer. Durch Perspektive entsteht ein Raum voller Sinn und Bedeutung. Das heißt, dass das, was mich als *Wert* anspricht und *Sinn* vermittelt, wenn ich den Wert bejahe und verwirkliche, *immer schon „meine“ Welt* ist. Nach Schmidt gibt es für den einzelnen Menschen keine absolut objektiven Werte, keine rein objektiven Sinn- und Wertgegenstände. Sinn entsteht immer in einem Miteinander von Sinn-Ablesen und Sinn-Hineinlegen, ist unabdingbar hineinverlagert in den dialogischen Austausch zwischen dem Selbst des Menschen und der Welt, die immer schon „seine“ Welt ist.

4. Personal-existentielle Bedingungen der Sinnerfahrung

Die aus der postmodernen Kritik erwachsene Forderung nach der Verankerung des Sinns in der Subjektivität des Erlebens statt in der Objektivität eines abstrakten Idealismus findet in der neuen LT/EA insofern Resonanz, als man versucht, dem Sinn-Konzept der Logotherapie ein neues anthropologisches Fundament zu geben²³. Das Hauptaugenmerk dabei gilt der Untersuchung und Freilegung der wesentlichen Bedingungen personaler Existenz. Denn da man bewusst aus den aufgezeigten Gründen beim existentiellen Sinn als der wertvollsten Handlungs-, Erlebnis- oder Einstellungsmöglichkeit in der jeweiligen Situation ansetzt, ist die *Existenzfähigkeit des Individuums* die unumgängliche Voraussetzung der Möglichkeit, Sinn konkret zu erfahren.

Die Bedeutung der Verankerung des Sinn-Konzepts in der existentiellen Dimension leuchtet mit aller Macht auf, wenn man es vor die Negativ-Folie der Missachtung der personalen Existenzbedingungen hält. Damit Sinn personal-existentiell greifen kann, muss er im existentiell-subjektiven Bereich des Menschen ansetzen. Das kann konkret nur dann gelingen, wenn gewisse personal-existentielle Bedingungen erfüllt sind. Liegen im Sinn suchenden Menschen fundamentale personale Defizite vor, greift der „Wille zum Sinn“ ins Leere und verkommt zu einem formalen Postulat. Fehlt es an den grundlegenden personalen Fähigkeiten, bleibt Sinntherapie letztlich ohnmächtig, hilf- und erfolglos.

Dieser Erfahrung versuchte A. Längle Rechnung zu tragen, indem er das Konzept der Franklschen Logotherapie auf die personal-existentialen Bedingungen der Möglichkeit von Sinnerfahrung hin untersuchte. Das Ergebnis war das *existenzanalytische Modell der „vier Grundmotivationen“*. Ihm zufolge macht es keinen Sinn, im Fall schwerer Deformationen der ersten drei Grundmotivationen therapeutisch beim Willen zum Sinn anzusetzen. Wenn die existentielle Angst zu groß, die

Ansprechbarkeit des Gemüts und die Fähigkeit, Werte zu fühlen, nicht intakt oder die eigene Identität nicht gefunden bzw. der personale Selbstwert krankhaft unterentwickelt ist, mangelt es an der „*conditio sine qua non*“, existentiellen Sinn entdecken und umsetzen zu können. Die personale Fähigkeit zur Sinnerfahrung ist eine unabdingbare Voraussetzung. Wohl fördert das Erleben von Sinnerfüllung die Entfaltung der Persönlichkeit des Menschen, Sinnerfahrung ist aber umgekehrt nur möglich, wenn eine grundsätzliche seelische Gesundheit vorliegt²⁴. Wo die personalen Akte durch eine „intentionale Hemmung“, durch psychisch bedingte Angst, Zwanghaftigkeit, Depressivität oder Hysterie gestört sind, d.h. wo die ersten drei Grundmotivationen krank sind, kann der Sinn seine dynamisierende Kraft nicht entfalten. Was nicht heißt, dass nicht auch umgekehrt die Sinnkomponente, also die vierte Grundmotivation, die *Konstituierung und Konsolidierung der ersten drei Grundmotivationen* positiv beeinflussen und auf deren Prozess eine konstruktiv-animierende Wirkung ausüben könnte. Klare Vorstellungen vom „Wozu“ und „Wofür“ können einen gewissen Halt vermitteln, depressiver Lethargie und Emotionslosigkeit vorbeugen oder sie mildern, im Fall von Selbstvertrauensstörungen stabilisierend wirken und helfen, den eigenen Selbstwert zu vertiefen.

Eine 1998 vom Deutschen Bundestag in Auftrag gegebene und von G. Hellmeister und W. Fach durchgeführte Befragung unter 200 Nutzern des sogenannten „Psychomarktes“ kann als Bestätigung dieser Erfahrung soziologisch-empirisch beigezogen werden²⁵. Die Studie ergab, dass *das weitaus häufigste Motiv* für die Inanspruchnahme von unkonventionellen Heil- und Lebenshilfemethoden (28% der Mehrfach-Nennungen) *psychische Probleme* wie Depression, verschiedene Formen der Angst und innere Unruhe waren, während die *Suche nach Sinn erst an sechster Stelle* (12,5 % Nennungen) rangierte. Dieses Ergebnis besagt m.E. nicht, dass Menschen prinzipiell nicht oder zuwenig nach Sinn suchen, sondern dass Sinnsuche und Sinnerfahrung menschlich-personale Voraussetzungen hat. Es braucht eben eine existenzfähige Person, ein personal intaktes Subjekt, um sinnhafte, sinnstiftende Werte als solche erfassen und von ihnen angesprochen und motiviert werden zu können. Ich erblicke darin eine Parallele zu dem alten scholastischen Grundsatz „*gratia praesupponit naturam*“. Nicht dass Sinn etwas Übernatürliches wäre, aber etwas Geschenkhaftes, Zugesprochenes allemal. Und Sinn braucht ein natürliches personales Fundament.

Die *eigentliche Ohnmacht* im Ringen um den Sinn liegt nach existenzanalytischer Auffassung demnach *nicht am fehlenden Angebot an objektiven Werten und Sinnmöglichkeiten, sondern an den Defiziten im Bereich der subjektiven Fähigkeit der Wahrnehmung und Rezeption der Werte*. Kurz gesagt, *an mangelhafter subjektiver Sinnkompetenz* infolge von fehlender Dialogfähigkeit. F. Ebner (1882-1931) hat in seinem sprachphilosophisch-personalen Ansatz sehr überzeugend aufgewiesen, dass personaler

23 Vgl. u.a. A. Längle, Logotherapie und Existenzanalyse - eine begriffliche Standortbestimmung, in: Existenzanalyse 12, 1 (1995) 5-15, hier bes. 12ff

24 Vgl. Grom / Schmidt, Auf der Suche nach dem Sinn des Lebens, a.a.O., 105f

25 Vgl. G. Hellmeister / W. Fach, Anbieter und Verbraucher auf dem Psychomarkt. Eine empirische Studie, in: Deutscher Bundestag, Enquete-Kommission „Sogenannte Sekten und Psychogruppen“, Neue religiöse und ideologische Gemeinschaften und Psychogruppen. Forschungsprojekte und Gutachten, Hamm 1998, 353-399; und Bernhard Grom, Faszination Esoterik. Kriterien für einen verantwortlichen Umgang, in: StZ 125 (2000) 260-274, hier 260f

Dialog nicht nur durch das (objektive) Angesprochenwerden (vom Du oder den Werten), sondern auch durch die (subjektive) Ansprechbarkeit und Sprachfähigkeit der Person konstituiert wird²⁶.

5. Sinn-Blockade am Beispiel der „para-existentialen“ Persönlichkeit

Das Problem personaler Defizite als Hindernis für Sinn-erfahrung (wie umgekehrt natürlich auch die positiv beeinflussende und fördernde Kraft des Sinnmoments) könnte an vielen einzelnen Prozessen der PEA (Personalen Existenzanalyse) aufgezeigt werden. Ich möchte hier nur *eine Form der existentiellen Sinn-Blockade* herausgreifen, die in unserer postmodern-modernen Gesellschaft sehr häufig anzutreffen ist, zugleich aber als solche kaum Beachtung findet. Es handelt sich um eine Ausprägung der Sinnkrise, die als Folge einer von C. Furnicá „para-existential“ genannten Persönlichkeitsstörung auftritt²⁷. Die „para-existential Persönlichkeitsstörung“ resultiert aus einer Blockade der personal-existentialen Grundmotivationen. Diese psychodynamisch fundierte Störung macht den Menschen unfähig, sich von sich selbst zu distanzieren, die Welt in ihrem Eigenwert zu sehen und offen auf sie zuzugehen. Selbstdistanzierung und die durch sie ermöglichte Welt-offenheit sind aber nach Längle die haltungsmäßigen Bedingungen dafür, den existentiellen Sinn finden zu können²⁸. Das zentrale Problem der para-existentialen Persönlichkeit liegt darin, dass sie es *nicht schafft, die existentielle Wende* vorzunehmen. Sie vermag nicht, die existentielle Grundhaltung aufzubringen, und *lebt somit an der Existenz vorbei* (παρά = neben, bei). Statt mit der realen Welt in einen dialogischen Austausch zu treten, *fixiert sie sich auf eine Konstruktion oder Idee von Welt*, die in die reale Wirklichkeit hineinprojiziert wird. Nicht in dieses Modell von Welt passende Elemente werden ausgeblendet. Je nach Notwendigkeit wird leichtfertig ein Ziel aufgegeben, das sich als Hindernis auf dem Weg zu den eigenen Plänen herausstellt. Oft emotional hochgerüstet durch Idealisierung wird mit großer Zielstrebigkeit und unnachgiebigem Ehrgeiz der *Sinn einzig und allein in der Verwirklichung des Modells bzw. Weltkonstrukts* gesucht. Das Paradigma, nach dem diese para-existential konstruktivistisch agierenden Menschen handeln, ist „das der *Sinngebung*, nicht der *Sinnfindung*“²⁹. Dementsprechend dominiert im Hinblick auf das Entdecken von Werten das Subjekt. Wertgebung und der erhoffte Nutzwert des Getanen stehen im Vordergrund. Im

Letzten läuft es auf eine *Sinnmissachtung*, auf eine Ignoranz des existentiellen Sinns hinaus, die früher oder später das Gefühl der Sinnlosigkeit und möglicherweise der Depression nach sich zieht.

Die paraexistentiale Haltung ist eine sehr *subtile und larvierte Form der Sinn-Blockade* und als solche auch eine gesellschaftlich eher unauffällige und salonfähige Ausprägung einer noogenen Erkrankung. Der klassische Vertreter dieser Art der Sinn-Blockade ist der *Karriere-Mensch*. Aber *auch religiöse Menschen* gehören zur Risikogruppe dieser Persönlichkeitsstörung. Die religiöse Persönlichkeit tendiert oft latent dazu, einem *Idealismus* zu fröhnen, der nicht selten fanatische Züge annimmt. Der moralische Druck, der von religiösen Idealen und Normen ausgeht, gepaart mit einem falschen Gehorsamsverständnis, kann zu ängstlichem und zwanghaftem Verhalten führen. Unter diesen Voraussetzungen büßt der Mensch aber die Fähigkeit ein, unvoreingenommen und weltoffen die Wirklichkeit wahrzunehmen, Werte zu fühlen, frei zu entscheiden und mutig zu handeln. Damit ist aber auch der Zugang zur personal-existentialen Welt des Sinns eingengt oder gänzlich blockiert. Die Problematik einer religiös-ethisch motivierten para-existentialen Persönlichkeitsstruktur hatte der Sache nach auch F. Ebner vor Augen, als er vor den *Gefahren des ethisch-religiösen Idealismus* warnte. Diese Form des neuzeitlichen Subjektivismus verführe den Menschen dazu, sich bloß im Reich der (toten) Ideen zu bewegen und von Idealen zu träumen, statt sich real auf das konkrete (menschliche oder göttliche) Du einzulassen und der Wirklichkeit zu begegnen³⁰. Religion darf sich aber seiner Meinung nach nicht in leeren Worten und frommen Phantasien erschöpfen. Sie muss ein realer und persönlich-individueller Vollzug des menschlichen Geistes werden. Religiöse Modelle und Vorstellungen allein sind „immer nur Schale, nicht der Kern der Religiosität - oft auch eine kernlose Schale“³¹. In diesem Fall degeneriert Religion zu einer bloß „äußerlichen Gebärde“ und zu „offiziellen Kulthandlungen“, die keinen Sinn haben. Der auf diese Art religiöse Mensch geht an der einzig erfüllenden Form der Religiosität, an der personal-existentialen Gottesbeziehung, an der realen und personalen Begegnung von Ich und Du, vorbei und bleibt leer.

Anschrift des Verfassers
Univ.Doz.Dr. Emmanuel J. Bauer
Toscaninihof 1
A-5020 Salzburg

26 Vgl. Ferdinand Ebner, Das Wort und die geistigen Realitäten. Pneumatologische Fragmente. Fragm. 1, in: Ders., Schriften. Hrsg. von Franz Seyr. Bd. 1: Fragmente, Aufsätze, Aphorismen. Zu einer Pneumatologie des Wortes, München: Kösel 1963, 75-342, hier 86; ders., Versuch eines Ausblicks in die Zukunft, in: Ders., Schriften, Bd. 1, a.a.O., 719-908, hier 753; und Notiz-2.3.1921, in: Ders., Schriften. Bd. 2, 267

27 Vgl. Cristian Furnicá, Die „paraexistential“ Persönlichkeitsstörung, in: EA 16 (1999/H.1) 13-17

28 Vgl. A. Längle, Das Ja zum Leben finden. EA und LT in der Suchtkrankenhilfe, in: A. Längle / C. Probst (Hg.): Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten. Erweiterter Tagungsbericht 1/1993 der GLE, Wien 1997, 13-32, hier 21f

29 Furnicá, a.a.O., 14

30 Vgl. Ferdinand Ebner, Fragment aus dem Jahre 1916 mit einem Nachwort (1931), in: Ders., Schriften. Hrsg. von Franz Seyr. Bd. 1: Fragmente, Aufsätze, Aphorismen. Zu einer Pneumatologie des Wortes, München: Kösel 1963, 1015-1051

31 Ebd., Fragment aus dem Jahre 1916 mit einem Nachwort (1931), a.a.O., 1023

Die Existenz-Skala (ESK)

Ein existenzanalytisches Diagnostikum für Forschung und Praxis

Christine Orgler

Mit der Existenz-Skala (ESK), die nach über 10 Jahren Entwicklungs- und Erprobungszeit im Jahr 2000 nun veröffentlicht wurde¹, liegt erstmals ein testtheoretisch-wissenschaftlich fundiertes Instrument vor, das grundlegende Konstrukte der existenzanalytischen Anthropologie und therapeutischen Theorie empirisch zu erfassen vermag. Ihr Anwendungsbereich liegt neben Forschung und klinischer Diagnostik auch in gesundheitspsychologischen und pädagogischen Bereichen.

Beschreibung der ESK

Die ESK unterscheidet sich grundsätzlich von Persönlichkeitsfragebögen und Befindlichkeitsfragebögen und ist kein Leistungstest.

Die ESK ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen zu eigenen personalen und existentiellen Kompetenzen, d.h. sie mißt den Umgang, den die Person mit sich pflegt und mit ihrer Welt, in der sie steht. Sie mißt keine richtigen Lösungen, sondern befragt den Probanden bezüglich seiner "personal-existentiellen Fähigkeiten" zur Bewältigung von zumeist alltäglichen Lebenssituationen.

Personale Fähigkeiten werden in der Franklschen Anthropologie weder als zustandsgebundene "states" noch als persönlichkeitsbedingte, zeitlich stabile "traits" aufgefaßt.

Der Test zielt auf eine Tiefendimension ab und mißt eher auf einer Prozeßebene, daher kann er mit persönlichkeitstheoretischen Begriffen nur marginal beschrieben werden. Er ist ein absolutes Novum unter den psychologischen Tests, es ist uns kein Test bekannt, der einen solchen Meßbereich anpeilt.

Die ESK ist theoriegeleitet entwickelt worden, besteht aus 4 Subskalen mit 46 Items. Die Aussagen beziehen sich auf die personal-existente Dimension, die Frankl als noetische Dimension beschrieb. Sie ist ein Superkonstrukt und ermöglicht den Umgang mit persönlichkeitsbedingten Anlagen und situativen Einflüssen und die Aus-

einandersetzung mit psychophysischen Gegebenheiten.

Zwei anthropologische Grundfähigkeiten sind die Selbstdistanzierung und die Selbsttranszendenz.

Selbstdistanzierung ist die Fähigkeit, sich einen inneren Spielraum zu verschaffen und ermöglicht das Gefühl der aktiven Auseinandersetzung entgegen dem Gefühl des Ausgeliefertseins.

Selbsttranszendenz ist die Fähigkeit des sich Ausrichten-Könnens und sich Einlassen-Könnens. Daraus ergibt sich die dialogische Beziehung zu sich und zur Welt. Acht Aussagen bilden die Subskala Selbstdistanzierung und vierzehn die Subskala Selbsttranszendenz. Die Ausprägungen dieser Skalen bilden das P-Maß für "Personalität".

Weitere Eckpfeiler der personal-existentiellen Dimension sind Freiheit und Verantwortung. Freiheit in der Gestaltung - im Ausfindigmachen der Wahlmöglichkeiten, die zur persönlichen Entscheidung führen und Verantwortung als persönliches Antwortgeben auf jede Situation, das im Handeln Ausdruck bekommt.

Die Testwerte der Subskalen Freiheit mit 11 Items und Verantwortung mit 13 Items bilden das E-Maß für "Existentialität".

Die Summe aller Items ergibt das Gesamt-Maß (G-Maß)

Die Existenzskala ist ein voll standardisierter Aussagenkatalog und hat als solcher Itemformulierungen, Itemreihenfolge und Antwortkategorien fest-

gelegt. Die Testauswertung ist objektiv. Der Test ist geschlechtsunabhängig. Es liegen Alters- und Bildungsnormen vor.

Die Reliabilität, die innere Konsistenz, Cronbach- α für die Eichstichprobe ist mit $\alpha=.93$ (N=1028) und für die klinische Stichprobe mit $\alpha=.95$ (N=60) hoch. Für die Subtests wurden Reliabilitätskoeffizienten von $\alpha=.70$ bis $\alpha=.83$ für N=1028 ermittelt und für die Patientenstichprobe $\alpha=.82$ bis $\alpha=.86$ (N=60).

Einsatzbereiche der ESK

Für die Existenzanalyse und Logotherapie ist die ESK ein objektivierendes Instrument für theoretische und praktische Zwecke.

- Empirische Validierung der Anthropologie, Existenzlehre und Nosologie.
- Die ESK ist ein existenzanalytisches Diagnostikum für die psychotherapeutische Tätigkeit. Das Ausfindigmachen der individuellen Störbereiche (P-Maß, E-Maß) hat eine praktische Relevanz für Diagnose und Therapie.
- Die Entfaltung und der Einsatz der personalen Ressourcen stellt ein Coping bei Krankheit und nach schweren Belastungen (life-events) dar.
- Die ESK kann als Screening-Instrument für soziologische und gruppenpsychologische Untersuchungen und prophylaktisch in Pädagogik und im Rahmen der Gesundheitspsychologie eingesetzt werden.

¹ Längle A., Orgler Ch., Kundi M. (2000) Existenz-Skala. Göttingen: Beltz Test

Wissenschaftliche Untersuchung der ESK seit 1990

Das Interesse in Fachkreisen im In- und Ausland führte dazu, daß die ESK bereits in mehrere Sprachen übersetzt wurde und von vielen Kollegen in Europa, Amerika und Australien erprobt und für praktische und wissenschaftliche

Zwecke eingesetzt wurde.

Seit Mai 2000 liegt eine ausführliche Handanweisung für die ESK (Längle, Orgler 1988; 1990) vor, die im Hogrefe-Verlag (Beltz Test GmbH Göttingen) 2000 publiziert wurde. Diese Tatsache kann für weitere wissenschaftliche Forschungen und Fragestellungen hilfreich

sein.

Daß die ESK im Forschungsbereich schon vielfältig Anwendung fand, soll nachfolgende Aufstellung der Forschungsergebnisse in Kurzform nach Erscheinungsjahr dokumentieren.

Die Originalarbeiten liegen zum Großteil in der GLE auf.

Überblick über die Forschungsergebnisse

A. Die ESK und ihre Zusammenhänge mit anderen psychologischen Konstrukten (Tests) bzw. Vergleiche verschiedener Bevölkerungsgruppen

Autor	Population	Untersuchte Variablen	Ergebnisse
Orgler (1990)	N=1028 (Eichstichprobe)	ESK, PIL, Depressions Skala; EPI	ESK-Variablen sind mit hoher Ladung auf einen Faktor vereint ESK-PIL: Hohe Korrelation bzw. Faktorladung .39, da Sinnfrage Anteile der geistigen Dimension erfaßt ESK-Depr.: Hohe Ladung der Subskala ST=.62 spiegelt Wichtigkeit der ST für die seelische Gesundheit wider ESK-Neurotizismus: Der Neurotiker entzieht sich der Freiheit (Ladung -.35) und Verantwortung (Ladung -.49) mit Haltung und Handlung (Frankl) ESK-Extraversion: Faktorladung .99 – eigenständiges Konstrukt Existenzerfüllung ist von Extraversion unabhängig
Orgler (1990)	N=1028	Mittelwertsvergleich zwischen Personen unterschiedlicher Zufriedenheit mit dem eigenen Schicksal (Skala 1-5)	Alle Gruppenunterschiede innerhalb P- und E-Maß sind signifikant
Orgler (1990)	N=1028	Mittelwertsvergleich zwischen Personen unterschiedlicher Zufriedenheit mit der eigenen Lebensgestaltung (Skala 1-5)	Alle Gruppenunterschiede innerhalb P- und E-Maß sind signifikant
Orgler (1990)	Klinische Gruppe N=60, „unbehandelte Depressive“ N=188, Normalpopulation N=840	ESK und Mittelwerte und Gesamtergebnis der ESK und ihrer Subskalen	In allen Dimensionen der ESK zeigt sich, daß sich die unbehandelten Depressiven kaum von der klinischen Gruppe unterscheiden, jedoch signifikant von der Normalpopulation
Orgler (1990)	N1=199 - 1. Quartil Gesamtwert unter 196 N2=389 - über den Mittelwert (x=214) Unterschied auf 1%-Niveau in der Depressivitätsskala	Life event und Depressivitätsskala nach Zerssen, ESK	Personen, die ihre personale Ressourcen zum Einsatz bringen, haben auch nach schweren lebensveränderten Ereignissen signifikant geringere Depressionswerte
Orgler (1990)	N=190 Personen; Werte für das P-Maß im 1. Quartil x=87 s=18.4 N=36 Personen, Werte für das P-Maß im 4. Quartil x=122 s=12.6	P-Maß und E-Maß der ESK	Unter Belastung ist ein hohes P-Maß Voraussetzung für ein hohes E-Maß

FORUM

Autor	Population	Untersuchte Variablen	Ergebnisse
Petersdorfer (1991)	N=106 Pflegende von unheilbar Kranken (95 Frauen, 11 Männer) zwischen 20a bis 40a	ESK, eigener Fragebogen für Pflegende	Hoher ESK Wert = Schutz vor dem Gefühl des Alleingelassenseins r = -.64
Eckhardt (1992)	N=128 (73 Frauen, 55 Männer) zwischen 18a und 75a	ESK, Selbstwertfragebogen (Werterleben/Grundmotivationen)	Korrelationen Selbstwertskala/ESK-Gesamtwert r=.78 Subskalen r=zwischen .59 und .78
Kohlhofer (1992)	N=105 stationär und ambulante Patienten mit Diagnose „schizophrene Psychose“ bzw. „schizoaffektive Psychose“ Normstichprobe	ESK, Depressionsskala, EPI, State-Trait-Angstinventar (STAI- Spielberger dt. Version)	Gegenüber der Normstichprobe signifikant geringere Werte in allen Dimensionen, und „schizophrene Patienten“ erreichen signifikant geringere Werte als Patienten mit „schizoaffektiver Psychose“
Simon-Haas (1992-unveröffentlichte Abschlußarbeit)	Unfallverletzter Schädel-Hirntraumapatient	ESK, Sinnerfassungsmethode	Hilfestellung für den Therapieeinstieg
Köhler (1993)	N=42 drogenabhängige Jugendliche (23 Mädchen, 19 Burschen) zwischen 13a und 18a	ESK	Deutlich geringere Werte als in der Eichstichprobe, allerdings sind auch Aspekte des Alters zu berücksichtigen
Halasz (1993)	N=51 psychosomatisch Erkrankte (32 Frauen, 19 Männer) zwischen 20a und 50a N=41 Gesunde	ESK, Mittelwerte von organisch Kranken (N=24) und funktionell Kranken (N=27)	Psychosomatisch Erkrankte weisen in allen Dimensionen der ESK geringere Werte auf als Gesunde
Karazman et al. (1995a)	N=56 Fahrer in einem öffentlichen Nahverkehrsunternehmen in München	Pathogene Risiko-Konstellationen, Arbeitshaltung und ESK	Die ESK erwies sich dabei als reliables Diagnostikum
Karazman (1995b)	N=1074 Ärztinnen und Ärzte	24 Items der ESK	Die Ausprägung der existentiellen Dimension ist unabhängig von Anstellung bzw. Selbständigkeit, aber Arbeitslose haben eine Tendenz zu schlechteren Werten
Emge (1995)	N=228 mit vier Konsumationsgruppen eines Alkoholentziehungsheimes bzw. Alkoholentzugsstation eines Psychiatrischen Krankenhauses	ESK, Streßverarbeitungsbogen SVF (Janke 1984)	Personen mit steigendem Alkoholkonsum haben zunehmend geringere Werte in allen Dimensionen der ESK
Röder (1995)	N=25 Topmanager	Bedeutung der ESK für das Coaching, als Dialoginstrument, als Diagnoseinstrument und als Prognoseinstrument	Die ESK eignet sich in den Bereichen Dialog, Diagnose, Prognose im Rahmen eines Coachingprozesses
Wohllaib (1996)	N=48 Diplomanden (26 Frauen, 22 Männer) Studienrichtung Technik und Psychologie	ESK, Hardiness Konzept nach Kobasa (Control, Challenge und Commitment), Befindlichkeits-skalen (BFS) von Abele Brehm (1986) und Affect Balance Scale (ABS) von Bandure et al. 1987	Signifikante Zusammenhänge hinsichtlich Hardiness-Aspekts Control und ESK – hohe Ausprägung der personalen Ressourcen gehen mit geringen Abhängigkeits- und Hilflosigkeitsempfindungen einher. Deutlich negative Zusammenhänge zwischen der ESK und der Skala „negativer Affekt“ aus der BFS
Wurst, Maslo (1996)	N=210 in gehobener beruflicher Position (56,4% Frauen, 43,6% Männer) zwischen 18a und 70a	TPF von Becker 1989, ESK Life-events (positiv: N=162 / negativ: N=46) und ESK	Insgesamt zeigt sich abgesehen von der Skala Selbstdistanzierung (0,32), wie die personale und existentielle Fähigkeit in einem mittleren Ausmaß korrelieren (0,61 - 0,70) Bei positiven life-events wird signifikant höhere Freiheit erlebt - Signifikanzniveau=5%

FORUM

Autor	Population	Untersuchte Variablen	Ergebnisse
Wurst, Maslo (1996)	N=210 in beruflich gehobenen Positionen (56,4% Frauen, 43,6% Männer) zwischen 18a und 70a	ESK, Alter, Geschlecht, Ausbildung, derzeitige Berufstätigkeit, Familienstand, Kinder	Keine Unterschiede zeigen sich in den Variablen Alter und Anzahl der Kinder. Ein höherer Ausbildungsabschluß führt durchwegs zu signifikant höheren Werten in allen Dimensionen. Im Gegensatz zur Eichstichprobe zeigt sich ein Effekt des Familienstandes. Personen mit Partner zeichnen sich durch höhere Personalität aus als ohne Partner
Wurst, Maslo (1996)	N=210 in gehobener beruflicher Position (56,4% Frauen, 43,6% Männer) zwischen 18a und 70a	ESK und TPF (Becker 1989)	Korrelation der ESK mit vier Subskalen der seelischen Gesundheit zeigt, daß die existentielle Erfüllung leidet, wenn Bewältigungskompetenzen abnehmen bzw. umgekehrt gehen Bewältigungskompetenzen zurück, wenn die personalen Fähigkeiten abnehmen
Bucher, Rothbucher (1996)	N=400 Religionslehrer zwischen 21a und 64a	ESK	In allen Subskalen etwas über der Norm liegende Werte. Annahme, daß Religionslehrer ihre Personalfähigkeiten stärker einsetzen als der Bevölkerungsdurchschnitt
Bichl (1996)	N=47 zwei Gruppen: N=20 unter dem Median N=27 über dem Median	ESK; IMS (intrinsisch motiviertes Erleben)/ Flow-Erleben Csikszentmihaly (1991)	Personen mit über dem Median (74 Rohwert-Punkte) liegenden ST-Werten sind signifikant intrinsischer motiviert und verbringen mehr Zeit in einer intrinsisch motivierten Gefühlslage SD ist signifikant höher
De Landaboure, De Hernandez (1996)	N=12 neurotische Patienten und N=10 allgemein psychisch kranke zwischen 20a und 50a	argentinische Version der ESK	Psychisch Kranke haben deutlich geringeren Score als die neurotische Stichprobe
Nacif (1996)	N=88 Jugendliche zwischen 12a und 20a in einer der ärmsten Gegenden Südamerikas	ESK; Mittelwertsvergleich zwischen niedrigem (N=18) und mittlerem (N=15) sozioökonomischen Niveau	Gesamtwert deutlich unter Normstichprobe; Mittelwertsdifferenz ist signifikant, kein Geschlechts- und Altersunterschied
Nindl (1997)	N=105 Lehrer	ESK und Burnout (Gamsjäger 1994) und MBI (Maslach, Jackson 1986)	Mangelnde existentielle Erfüllung kann bei aktiven Lehrpersonen als Prädiktor für Burnout angesehen werden
Rainer (1997)	N= 46 Alkoholranke eines psychiatrischen Krankenhauses	ESK	Die Patienten erreichten in allen Dimensionen der ESK geringere Durchschnittswerte als die Eichstichprobe
Jarosik, Münt (nicht publiziert-1997)	N= 77 stationär aufgenommene Alkoholranke	ESK	Die Ergebnisse sind verglichen mit oben genannter Studie besser
Struckl-Vogljäger (1997)	N=60 an Brustkrebs erkrankten Frauen (Durchschnittsalter bei 55a)	ESK, Bildungsgrad und Zufriedenheit mit dem Schicksal, Depression	Nur in der Subskala F signifikante Abweichung von der Norm
Floquet (nicht publiziert-1997)	N=155 Schülerinnen der Krankenpflegeschule zwischen 16a und 18a	ESK, Subskala TPF (Verhaltenskontrolle) FPI (Offenheit, Emotionalität, Erregbarkeit, Soziale Orientierung), SVF (Streßverarbeitungsfragebogen von Janke et al. 1984)	Es ergab sich kein Zusammenhang mit der Variable Verhaltenskontrolle, schwachen negative Korrelation mit Selbsttranszendenz, negative Korrelationen mit Emotionalität des FPI Geringe Zusammenhänge ESK und Offenheit /Erregbarkeit
De Landaboure, Kasmierszak, Mussini (1997)	N=50 zwischen 16a und 19a Highschool-Schüler	SD, ST, F, V	Niedriger Selbsttranszendenzwert, wird ge- deutet als Impulsivität bei fehlender Abstimmung auf Umwelt und Mitwelt

FORUM

Autor	Population	Untersuchte Variablen	Ergebnisse
Eibensteiner (1998)	N=13 querschnittgelähmte Personen (2 Frauen, 11 Männer) zwischen 18a und 51a	ESK, physische und psychische Belastung	Die Mittelwerte der ESK in der Rehabilitationsphase zeigen ein weitgehend normales Bild, die ESK erweist sich dabei als valides Instrument für die Copingforschung
De Landaboure (1998)	N=50 neurotische Patienten in Buenos Aires	Mehr als zwei neurotische Symptome und ESK	Die signifikante Minderung der Werte betrug beim P-Wert 94%, beim E-Wert 82% und beim G-Wert 92% In der Neurose ist die existentielle Erfüllung vermindert. Aber 8% der Patienten weisen einen normalen Wert in der ESK aus, was darauf hinweist, daß trotz der Neurose existentielle Fähigkeiten erhalten bleiben bzw. wieder erworben werden können und die Lebenserfüllung nicht beeinträchtigen
Weghaupt (1998)	N=180 (26 Frauen, 125 Männer) Insassen in 5 Justizanstalten in Wien und Niederösterreich	ESK und Logotest (Lukas 1986)	Signifikante Korrelation auf 1% Niveau zeigt auf, daß neben dem Grad der inneren Erfüllung die Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz miterfaßt wird, zum Beispiel in der Extremsituation der Kostbarkeitscharakter des Lebens besonders deutlich wird
Fischer (1998-unveröffentlichte Diplomarbeit Univ. Wien)		Zusammenhang zwischen personalen Fähigkeiten und Erfolgserleben bzw. Berufszufriedenheit im Krankenpflegeberuf	
De Acosta (1998)	N=28 (15 Frauen, 13 Männer) zwischen 17a und 58a in einem Gefängnis in Buenos Aires – Drogendelikte	ESK	Die niedrigsten Werte fielen auf die Fragen 32, 43, 44 – Subskala SD. Diese auffallenden Ergebnisse beschreiben die Situation eines Gefängnisses treffend – Erfüllung der eigenen Wünsche hat Vorrang, Eintönigkeit der Umgebung, Fremdbestimmung
Scherler et al. (1998)	Studenten der Sozialwissenschaften: Finnen N=157 (22 Frauen, 35 Männer) zwischen 18a und 55a, Türken N=228 (188 Frauen, 47 Männer) zwischen 18a und 40a	ESK; EPI ; Selbstwertfragebogen – Rosenberg(1965)	Sehr signifikanter Zusammenhang zwischen beiden Skalen. Interkultureller Vergleich: hochsignifikanter Unterschied in SD, P und G; Finnen hatten höhere Werte
Vogel (unveröffentlichte Diplomarbeit 1999)		Einfluß von Persönlichkeitsmerkmalen auf Berufserfolg und Arbeitszufriedenheit bei Kindergärtnerinnen	

B. Anwendung der ESK in Wirksamkeitsstudien zur existenzanalytischen Psychotherapie

Autor	Population	Untersuchte Variablen	Ergebnisse
Tutsch, Drexler, Luss, Orgler (2000)	N=100 Normstichprobe Männer und Frauen verschiedenen Alters N=100 Männer und Frauen, klinische Stichprobe; Patienten mit krankheitswertigen Störungen Kontrollgruppe: N=32 (ländliche Bevölkerung)	Halbstandardisiertes Interview für die Sinnfrage, ESK, TEM (Längle, Eckhardt 2000), Life-event-scale, Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (Görtz 1999)	Lebenszufriedenheit: deutliche Unterschiede zwischen den Stichproben Life event: klinische Stichprobe hat deutlich mehr Belastungen ESK: signifikante Unterschiede im P- und E-Maß zwischen Norm und klin. Stichprobe TEM - ESK und Lebenszufriedenheit korrelieren hoch Die Sinnfrage haben sich jene Personen noch nie gestellt, die sehr zufrieden mit dem Leben bzw. mit sich selbst sind. Sie haben hohe Werte im P- und E-Maß

FORUM

Autor	Population	Untersuchte Variablen	Ergebnisse
Görtz et al. (i.v.)	N=174 Suchtpatienten im stationären Setting, existenzielle Psychotherapie	ESK	Nach sieben Wochen Psychotherapie Steigerung um 14 Punkte im Gesamtmaß, nach einem weiteren halben Jahr im Anschluß an die Therapie Steigerung um insgesamt 22 Punkte. Effektstärken von 0,51 in der Verantwortung nach 7 Wochen, nach einem halben Jahr Effektstärken von 0,78 im E-Maß, 0,74 im Gesamtmaß
E.Andritsch, H.Andritsch, Görtz, Längle, Probst, Steinert (GLE Effizienzstudie seit 1993)	N=195	DSM III-R, ESK, Beschwerden (Kieler Änderungssensitive Symptomliste KASSL von Zielke 1979), aktuelle Lebenssituation und Befindlichkeit (Skala zur Erhebung der aktuellen Lebenssituation), Erleben und Verhalten (Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV von Zielke und Mehnert 1978), Einschätzung des Therapieverlaufs durch Therapeut, Klient, nahestehende Bezugsperson des Klienten (Fragebogen zum Therapieverlauf)	Signifikante Veränderungen zwischen Therapiebeginn und Therapieende in allen Subskalen der KASSL im Sinne einer Symptomreduzierung und bei allen Subskalen der ESK im Sinne einer Steigerung der personalen Fähigkeiten
Längle et al. (2000)	N=174 existenzanalytisch behandelte Suchtpatienten, N=57 Patienten anderer Therapierichtungen (Individualtherapie, Familientherapie, Verhaltenstherapie) im stationären Setting	ESK	Steigerung der Selbsttranszendenz nach 7 Wochen existenzanalytischer Psychotherapie signifikant höher, in allen anderen Skalen tendenziell höher als in anderen Psychotherapiemethoden; Steigerung in der Freiheit in anderen Methoden nach 7 Wochen signifikant höher

Literatur

- Bichl A (1996) Intrinsische Motivation und flow-Erleben. Beziehung zu ausgewählten Gesundheitsaspekten. Unveröff. Diplomarbeit der Grund- und Naturwissenschaftlichen Fakultät der Univ. Wien
- Bucher A-A, Rothbucher H (1996) Zur psychischen Befindlichkeit der Religionslehrerinnen. In: Bucher A-A (Hrsg) Religionsunterricht: Besser als sein Ruf? Empirische Einblicke in ein umstrittenes Fach. BK-Wien, Tyrolia Verlag, 132 ff
- De Acosta A-M-K (1998) Significación cuantitativa y cualitativa de la Escala Existencial de A. Längle y C. Orgler en pacientes clínicos y en grupos de riesgo. Buenos Aires, Conferencia Segundas Jornadas de Logoterapia del Mercosur, 3.9.1988
- De Landaboure N-B, Ordonez E, Taboada A.(1994) Escala Existencial de A. Längle y C. Orgler. Un instrumento técnico para el abordaje preventivo, diagnóstico y terapéutico. Buenos Aires: Fundacion Argent. V.E. Frankl
- De Landaboure N-B (1998) Significación cuantitativa y cualitativa de la Escala Existencial de A. Längle en pacientes clínicos y grupos de riesgo. Segundas Jornadas de Logoterapia del Mercosur
- De Landaboure N-B (1999) Significación cuantitativa y cualitativa de la Escala Existencial de Längle en pacientes clínicos y grupos de riesgo. In: Logo (Buenos Aires) 15, 28, 39-42
- Devic-Grskovic S (1992) Primjena Egzistencijske Skale u Lijecenju Alkoholizma. Diplomski Rad. Zagreb: Medicinski Fakultet Sveucilista u Zagreb
- Eckhardt P (1992) Selbstwert und Werterleben aus existenzanalytischer Sicht. Die Konstruktion des Selbstbeurteilungsfragebogens. Unveröff. Diplomarbeit, Univ. Wien
- Eibensteiner K (1998) Die Lebensproblematik des Querschnittgelähmten existenzanalytisch und logotherapeutisch betrachtet. Abschlußarbeit der GLE. Wien: Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse
- Emge S (1995) Alkoholabusus und Belastungsverarbeitung vor dem Hintergrund existenz-analytischer Betrachtungen. Unveröff. Diplomarbeit, Univ. Wien
- Endler H (1998) Existenzielle und personale Fähigkeiten als Prädiktoren der Berufszufriedenheit. Unveröff. Diplomarbeit, Univ. Wien
- Görtz A, Längle A, Rauch J (in Vorb) Wirksamkeit existenzanalytischer Psychotherapie im stationären Setting
- Halasz A-M (1993) Psychosomatik und Existenzanalyse. Über die Bedeutung der Sinnorientierung bei psychosomatischen Erkrankungen. Unveröff. Diplomarbeit, Univ. Wien
- Karazman R (1995) Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten. Internationales Kooperationsprojekt an der Technischen Universität Berlin
- Karazman R (1996) Das Syndrom ,Widerwillen gegen die Arbeit' - Existenzielle Krisenprozesse in der Arbeitswelt und psychobiologische Auswirkungen. Aus: Hutterer-Krisch: Psychotherapie in Prophylaxe und Prävention. Wien: Springer, 221-239
- Karazman R, Geißler H, Kloimüller I, Winker N (1996a) Betriebliche Gesundheitsförderung für älter werdende Arbeitnehmer. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
- Köhler I (1993) Logotherapeutische und

- existenzanalytische Ansatzpunkte in der akzeptierenden Drogenarbeit. Unveröff. Projektarbeit zum universitären Lehrgang zur Suchtberatung. Schloß Hofen Lochau, Vorarlberg
- Kohlhofer T (1992) Schizophrenie - ätiologische Erklärungsmodelle, Überprüfung der existentiellen Dimension. Unveröff. Diplomarbeit, Universität Wien
- Lajunen T, Makkonen H (1993) The structure of Existential Scale. Helsinki: Unpublished manuscript
- Längle A (1988a) Wende ins Existentielle. Die Methode der Sinnerfassung. In: Längle A (Hrsg) Entscheidung zum Sein. Viktor E. Frankls Logotherapie in der Praxis. München: Piper, 40-52
- Längle A, Görtz A, Rauch J, Haller R (2000) Effektivitätsstudie zur Existenzanalyse und explorativer Vergleich mit anderen Psychotherapiemethoden im stationären Setting. Existenzanalyse 17, 3, 17-29
- Längle A, Orgler Ch (1987) Die Existenzskala. Fragebogen. Wien: Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse
- Längle A, Orgler Ch (1996) Die Existenzskala - inhaltliche Interpretation der Testwerte. Wien: Existenzanalyse 13, 2, 44-50
- Längle A, Orgler Ch (1999) The Existence Scale. Paper in preparation for publication
- Längle A, Orgler Ch, Kundi M (2000) Existenzskala. Göttingen: Beltz Test
- Luss K (1996) Schizophrenie und Personale Grundmotivationen. Unveröff. Abschlußarbeit der GLE. Wien: Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse
- Nacif R-L (1996) Adolescencia y vacío existencial, Tests de Licenciatura, Univ. del Aconcagua, Fac. Psicológica, Mendoza
- Nindl A (1997) Zwischen existentieller Sinnerfüllung und Burnout. Eine empirische Studie mit LehrerInnen aus existenzanalytischer Perspektive. Unveröff. Diplomarbeit, Paris-Lodron-Univ. Salzburg
- Orgler Ch (1988) Die existenzanalytische Anthropologie als ätiologischer Erklärungsbeitrag psychopathologischer Prozesse. Der existenzanalytische Fragebogen. Wien: unveröff. Diplomarbeit der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Univ.
- Orgler Ch (1990) Die existenzanalytische Anthropologie als ätiologischer Erklärungsbeitrag psychopathologischer Prozesse. Die Existenz-Skala - eine Validierungsstudie. Wien: unveröff. Dissertation der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Univ.
- Petersdorfer U (1991) Die Sinnproblematik in der Behandlung unheilbar Kranker. Eine Untersuchung der Sinnstrukturen beim pflegenden Personal. Unveröff. Diplomarbeit, Univ. Wien
- Potuschak I (1998) Personale Kriterien der Berufszufriedenheit bei Volksschullehrerinnen. Unveröff. Diplomarbeit, Univ. Wien
- Rainer M (1997) Die existentielle Seite der Alkoholkrankheit. Eine existenzanalytische Untersuchung an Alkohokranken. In: Längle A, Probst Ch (1997) Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten. Wien: Facultas, 39-50
- Röder S (1995) Existenzskala und Coaching. Eine Untersuchung im Top-Management. Unveröff. Abschlußarbeit der GLE. Wien: Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse
- Scherler H-R, Lajunen T, Gülgöz S (1998) A comparison study of Finnish and Turkish university students on the existential scale. In: Intern. Journal of Logotherapy and Existential Analysis 6, 2, 30-43
- Simon-Haas H (1992) Die Arbeit mit einem unfallverletzten Schädel-Hirn-Trauma-Patienten in der existenzanalytischen und logotherapeutischen Beratung. Unveröff. Abschlußarbeit der GLE. Wien: Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse
- Steinert K (in Vorb) Wie wirksam ist existenzanalytische Psychotherapie? Eine Effektivitätsstudie zur Existenzanalyse
- Struckl-Vogljäger E (1997) Zurück zum Leben finden. Ein Erfahrungsbericht über die psychotherapeutische Arbeit mit Krebsbetroffenen unter Berücksichtigung einer existenzanalytischen Untersuchung an Brustkrebskranken Frauen. Abschlußarbeit der GLE. Wien: Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse
- Tutsch L, Drexler H, Luss K, Orgler Ch (2000) Ist Sinn noch aktuell: Studie gefördert von der Stadtplanung Wien, GLE-Wien. Existenzanalyse 17, 3, 4-16
- Vogel E. (1998) Einfluß von Persönlichkeitsmerkmalen auf den Berufserfolg und die Arbeitszufriedenheit bei Kindergärtnerinnen. Unveröff. Diplomarbeit, Univ. Wien
- Wohllaib E (1996) Ein Vergleich zwischen dem Hardiness-Persönlichkeitstyp nach Kobasa und dem Einsatz personaler Ressourcen nach Frankl sowie deren Zusammenhang zum subjektiven Wohlbefinden. Abschlußarbeit in Existenzanalyse und Logotherapie
- Wurst E (1995) Seelische Gesundheit - Personalität - Existentialität. Ein empirischer Beitrag aus existenzanalytischer Sicht. Unveröff. Abschlußarbeit der GLE. Wien: Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse
- Wurst E, Maslo R (1996) Seelische Gesundheit - Personalität - Existentialität. Ein empirischer Beitrag aus existenzanalytischer Sicht. In: Zeitschr. Klin. Psychol., Psychiatrie u. Psychotherapie 44, 2, 200-212

*Anschrift der Verfasserin:
Dr. Mag. Christine Orgler
Einwanggasse 23
A- 1140 Wien*

Seroxat

A new beginning in application of Frankl's work to emerging issues in psychotherapy*

Kovacs George

Recent interest in Frankl's system of thought, supported by Längle, paves the way for its critical and fruitful appropriation in psychotherapy and existential analysis.

On the occasion of V. E. Frankl's death on September 2, 1997, many scholars from a diversity of disciplines recognized and celebrated the lasting and substantial nature of his work in bringing the dignity and uniqueness of the individual's search for meaning into psychology and especially into the realm of psychotherapy (Lazarte, 1997, p.11; Gerwood, 1998, p.674).

The search for and the questioning of meaning in living ought to be understood more radically than sorting out human expectations from and about life. This search requires, according to Frankl, to "think of ourselves as those who were being questioned by life, daily, hourly", to "take responsibility", to "fulfill a task" in living (Noble, 1997, p.15). Thus discernment of meaning, as grounded in the essential capacity of the human person for self-transcendence, consists of becoming aware of a possibility against the background of reality in all situations of life, even in the midst of seeming meaningless (nihilism) and in facing degradation (Frankl, 1947, p. 15; Frankl, 1987, pp.278, 279; also pp. 265, 266).

The psychological claims and philosophical assumptions basic to meaning-centered psychotherapy seem to coalesce into a metaphysical system; one may discern a "spirit of *idealism*" in Frankl's understanding of logotherapy and existential analysis (Längle, 1998, p. 264). Recognition of such a possibility, based on an objective, critical study of Frankl's body of writings, brings about a more substantial, fruitful appropriation of his thought. Längle, in his sympathetic and discerning book *Viktor Frankl: Ein Porträt*, initiates and gives a sense of direction to such undertaking;

it is a thorough, scholarly, and insightful presentation of Frankl's life, personality, and work, with valuable suggestions for rethinking and further enrichment of his legacy.

It is time to take seriously Frankl's persistent claim that logotherapy is not a closed system, that it is open to its own development and to collaboration with other forms of psychotherapy. Is Frankl's central notion of self-transcendence as the main quality of human existence a genuine interpretation of the existential notion of being-in-the-world, of its openness toward life and reality, as, e.g., in Heidegger, Scheler, Jaspers, and Buber? Are there imprints of Frankl's personality, of his strong sense of responsibility, of his distancing from emotional life, as well as of his final faith commitments, on logotherapy, on interpretations of his view of the search for meaning? Can personal biography, self-experience, the discernment of dreams, and the sense of our bodily identity contribute to the development of meaning-focused psychotherapy, to a more comprehensive grasp of the life of meaning, and to existential analysis? The answers to these questions, as Längle indicates, ought to be given in the affirmative, especially in light of twentieth century philosophy and psychology (Längle, 1998, pp. 248-282). They give a new sense of direction and urgency to research, to the worthy appropriation of Frankl's lasting insights into the question of meaning in human living. This work demands serious attention to the assessment of the relationship between the claims and methodological aspects of phenomenology and logotherapy grounded in existential analysis (Kovacs,

1982, pp. 43-45).

Renewed effort in applying Frankl's ideas becomes imperative for two reasons. First, it is essential to detach his claims regarding the status of the search for meaning in living from its metaphysical and idealistic, thus ultimately ideological, presuppositions and background. This would lead to a deeper, more authentic grasp of his psychological and psychotherapeutic insights, as well as to a more critical assessment of their philosophical foundations, e.g., of their indebtedness to Scheler's theory of the acting person and to the existential notion of the transcendental openness of human subjectivity, of existence. Second, the art of healing through meaning ought to unearth the ways meaning may be found through education, counseling, and diverse methods of existential analysis; it needs to recognize as well that meanings inhabit feelings and emotions, that meanings are mediated by the body and the entire life (history) of the self, not merely by acts of the will and the intellect. These issues emerge as more significant in helping others to find meaning in their lives; they belong to the theory and practice of psychotherapy, in fact, to the concern with meaning in contemporary culture and society.

References:

- Frankl VE (1947) *Zeit und Verantwortung*. Wien: Deuticke
- Frankl VE (1987) *Logotherapie und Existenzanalyse*. München: Piper
- Gerwood J B (1998) The legacy of Viktor Frankl: an appreciation upon his death. *Psychological Reports* 82, 673-674
- Kovacs G (1982) Phenomenology and logotherapy. In: Wawrytko S (Ed) *Analecta Frankliana: the Proceedings of the First World Congress of Logotherapy* (1980). Berkeley, CA: Institute of Logotherapy Press, 33-45
- Längle A (1998) *Viktor Frankl - ein Porträt*. München: Piper
- Lazarte O (1997) Viktor Frankl: ein Psychiater unserer Zeit. *Existenzanalyse* 14, 3, 13-15
- Noble H B (1997) Dr. Viktor E. Frankl of Vienna, psychiatrist of the search for meaning, dies at 92. *Existenzanalyse* 14, 3, 13-15

Dr. George Kovacs
Department of Philosophy
Florida International University
University Park
Miami, Florida 33199

* Adapted and reproduced with permission of publisher from:

Kovacs, G. A new beginning in application of Frankl's work to emerging issues in psychotherapy. *Psychological Reports*, 1999, 85, 945-946

© Psychological Reports 1999

HELMUT REMSCHMIDT (Hrsg)

Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung

Stuttgart: Georg Thieme Verlag 2000, 477 Seiten, 3. neu bearb. und erw. Aufl.

Ich möchte meiner Buchbesprechung ausdrücklich meinen persönlichen Erfahrungshintergrund vorausschicken: Ich bin seit etwa 10 Jahren als Klinische und Gesundheits-Psychologin in verschiedenen Bereichen der Pädiatrie tätig und habe in dieser Zeit meine Ausbildung zur Existenzanalytikerin absolviert. Ich arbeite daher nicht primär mit manifest psychiatrisch erkrankten Kindern, begegne ihnen aber fallweise unter dem Deckmantel somatischer Symptome.

Remschmidt gilt als aktueller Klassiker der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Er ist Autor der multiaxialen Diagnostik für Kinder (1994), die in der klinischen Arbeit den Blickwinkel von der rein somatischen Perspektive auf eine ganzheitliche Sichtweise des Patienten erweitert hat. Die vorliegende Auflage des Lehrbuchs gibt einen umfassenden Überblick über die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie ist gegliedert in eine Einführung zur Entwicklung und Entwicklungspathologie, stellt kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik dar und beschreibt 27 Störungsbilder, die für dieses Alter charakteristisch sind. Den Abschluß bilden Therapiemöglichkeiten und forensische Aspekte.

Der **biologische bzw. medizinische Schwerpunkt** des Buchs ist deutlich:

- Medizinisches Fachvokabular wird nicht erklärt (z.B. Tragus- und Mastoiddruckschmerz, S. 39).
- Bei der Darstellung der kindlichen Entwicklung fehlt die moderne Säuglingsforschung, die von Psychoanalytikern entwickelt wurde, völlig.
- Unter den Co-Autoren finden sich 13 MedizinerInnen und 4 PsychologInnen, andere Disziplinen fehlen. (Nur 2 der 17 Autoren sind Frauen.)

Überdies sind manche Fakten veraltet oder falsch wiedergegeben, z.B. Neugeborene seien ab 1000-1200g Geburtsgewicht lebensfähig (S. 4). Das kleinste Frühgeborene, das ich gesehen habe und das auch überlebt hat, wog 422g! Oder daß diätetische Maßnahmen metabolische Störungen bei Hypothyreose verhindern (S. 109) – diese Erkrankung wird medikamentös behandelt. Histidinämie führt *nicht* zu Intelligenzminderung. Zusammenhänge zwischen Phenylketonurie (PKU) und Autismus habe ich in 10 Jahren Arbeit mit diesen Patienten nie sehen können.

Auch im Kapitel **Diagnostik** überwiegt die Darstellung moderner Apparatediagnostik (evozierte Potentiale, CT Computertomographie, MR Magnetresonanztomographie, PET Positronen-Emissions-Tomographie, zerebrale Angiographie).

Bei der psychologischen Diagnostik hingegen fehlen neue Verfahren, die dem testtheoretischen Forschungsstand entsprechen (z.B. AID Adaptives Intelligenzdiagnostikum, VOT Hooper Visual Organization Test) oder computergestützte Verfahren (z.B. TOVA Test of variables of attention, Wiener Testsystem von Schuhfried). Dafür findet man veraltete, nicht mehr aufgelegte Diagnostika (z.B. HAWIVA Hannover-Wechs-

ler-Intelligenztest für das Vorschulalter).

Wieder wird das Säuglingsalter vernachlässigt: Frühe Beziehungsdiagnostik (z.B. Zeanah-Interview) bzw. multiaxiale Diagnostik für 0- bis 3jährige (ZTTDC 1994) werden nicht erwähnt (siehe auch Handbuch der Kleinkindforschung, Keller 1997).

Der Hinweis auf den hohen Stellenwert **interdisziplinäre Zusammenarbeit** in Diagnostik und Therapie bleibt leider theoretisch. Körperkoordinationsstörungen würde ich nicht nur mittels Psychodiagnostik erfassen, sondern auch von einer Ergotherapeutin beurteilen lassen (S. 59), Sprech- und Sprachstörungen sind meines Erachtens Fachgebiet der Logopäden und nicht der Ärzte (S.162). Das Kapitel über Ergotherapie ist drei Seiten kurz, wurde von einem Arzt (Remschmidt selbst) verfaßt und mit eher alten Literaturangaben (1979 bzw. 1989) zur "Beschäftigungstherapie" versehen. Hier verfallen die Autoren trotz merkbarer Bemühungen zur Kooperation in die alte Schule der Medizin: Ärzte können alles bzw. müssen alles können/entscheiden, auch wenn sie überfordert sind.

Noch ein "Ismus" wird bei den Therapievorschlügen zu den einzelnen Störungen deutlich: Fast alle Erkrankungen werden als erlernt dargestellt, sodaß **verhaltenstherapeutische Trainingsprogramme** zur Therapie empfohlen werden. Das erscheint mir besonders bedenklich bei Störungen der Nahrungsaufnahme und der Ausscheidungsfunktionen in früher Kindheit (S. 130), die oft Symptome einer Beziehungsstörung sind bzw. beim Hinweis, daß auch Spieltherapie, ein klassisch analytischer Ansatz, als lerntheoretisch fundiertes Verfahren etabliert wird (S. 357). Daß Remschmidt bei den allgemeinen Gesichtspunkten der Therapie zuerst den Grundsatz der Spezifität nennt, steht sehr im Widerspruch zur Omnipräsenz der Verhaltenstherapie, für die mit ihrer empirischen Fundierung argumentiert wird.

"Daran erkenn' ich den gelehrten Herrn:

Was Ihr nicht tastet, steht Euch Meilen fern,
was Ihr nicht faßt, das fehlt Euch ganz und gar,
was Ihr nicht rechnet – glaubt Ihr – sei nicht wahr."

(Mephisto in Goethes Faust)

Psychotherapie nur mit medizinisch-wissenschaftlichen Kriterien zu evaluieren, greift zu kurz. Beziehungsarbeit mit Methode, aber auch mit Individualität läßt sich schwer mit Zahlen messen oder berechnen.

Die Dominanz dieser "Ismen" (Biologismus, Behaviorismus) ist für mich erschreckend. Es hat mich beim Lesen betroffen, teilweise auch aggressiv gemacht, das Leid von jungen Menschen derart verkürzt, ohne nähere Beziehung oder tiefergehendes Verstehen dargestellt zu finden. Möglicherweise entspricht diese Sichtweise auch einem zeitgeistigen Trend, den Kontakt mit Kindern mehr als *Er*-ziehung denn als *Be*-ziehung zu leben!?

Insgesamt gibt das Buch einen umfassenden Überblick über die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der begrüßenswerte Versuch einer ganzheitlichen Sichtweise der Patienten und ihrer Erkrankungen bleibt aber rudimentär. Therapeutische Ansät-

ze drohen aufgrund des Bedürfnisses der Autoren nach wissenschaftlichen Beweisen auf lerntheoretische Verfahren reduziert zu werden.

Monika Tiefenthaler

ELISABETH LINDNER / KURT WAWRA

BEZIEHUNGSCOACHING

Wien: Emilia Verlag 2000, 168 Seiten, ATS 252,- / DM 36,- / CHF 28,-

Wider die Halbherzigkeit in der Liebe

Der ständig steigenden Zahl der Trennungen und Scheidungen steht ein ebenso wachsendes Angebot an Beziehungsliteratur gegenüber. Nicht leicht für Betroffene, im Bücherdschungel die passende Lektüre zu finden, nicht leicht für Fachleute, noch etwas Interessantes aufzustöbern, ist doch schon so viel über dieses Thema gesagt und geschrieben worden.

Mit "Beziehungcoaching" ist dem Therapeutenpaar E.Lindner/K.Wawra ein Sachbuch gelungen, das den schwierigen Spagat schafft, gleichzeitig ein klärendes, hilfreiches Buch für Laien und eine anspruchsvolle, anregende Lektüre für Fachleute zu sein.

Psychotherapeutische Heimat der Autoren ist die Logotherapie und Existenzanalyse Viktor E. Frankls. In seinen Büchern betonte Frankl stets die grundsätzliche Freiheit des Menschen, welche er als die Fähigkeit definierte, zu den Gegebenheiten des Lebens Stellung zu beziehen. Jeder Mensch habe die Möglichkeit und das Bestreben, sein Leben innerhalb des eigenen Rahmens wertorientiert und sinnvoll zu gestalten. Diesem Grundverständnis fühlen sich Lindner und Wawra in ihrem Buch verpflichtet. "Beziehungcoaching" ist denn auch kein Ratgeber, sondern lädt ein zur persönlichen Auseinandersetzung und zur aktiven Beziehungsgestaltung. Thematisch spannt das Buch den Bogen über den gesamten Beziehungshorizont. Grundsätzliche Überlegungen zu den zentralen Begriffen des Beziehungslebens - Liebe, Freiheit, Treue, Selbsttreue - finden sich ebenso wie eine ausführliche Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität und der Wichtigkeit einer funktionierenden sexuellen Kommunikation.

Einen breiten Raum widmen die Autoren dem Thema der Paarwerdung und dem "präventiven Beziehungcoaching". Sie laden ein, sich im Vorfeld oder im Anfangsstadium einer Beziehung Gedanken über die eigenen Vorstellungen und Lebenspläne zu machen und diese dann zu kommunizieren, um spätere Konfliktfelder mit dem Partner zu vermeiden.

Schwerpunkt des präventiven Beziehungcoachings ist die Schulung der Beziehungsfähigkeit, und ihr Einsatz ist bei den wichtigsten Schnittstellen des Beziehungslebens angezeigt: bei der Partnerwahl, im Übergangsstadium von der Verliebtheit zur Liebe und bei geplanten Lebensveränderungen.

Für Therapeuten anregend und interessant ist der vierte Abschnitt des Buches, in welchem die Autoren ihr paartherapeutisches Konzept vorstellen. Ihr Ansatz ist lösungsorientiert und darauf ausgerichtet, die Kommunikationsfähigkeit des Paares wiederherzustellen. Anhand von Fallbeispielen erläutern sie ihre Interventionstechniken, die durch Einfachheit und Effizienz bestechen.

Es ist nicht die Zielsetzung jeder Paartherapie, daß die Partner wieder zueinander finden. Lindner und Wawra treten ein für Selbsttreue, Echtheit und Aufrichtigkeit in Beziehungen. Beziehungcoaching kann auch bedeuten, einem Paar bei der Loslösung voneinander zu helfen.

Der letzte Teil des Buches behandelt die Themen Trennung und Dreiecksbeziehungen. Er beinhaltet Hilfestellungen, um sich wirklich entscheiden und sich von Zwischenlösungen verabschieden zu können. Das existentielle Grundverständnis der Autoren kommt hier nochmals besonders zum Ausdruck: Trennungsfähigkeit wird als Teil von Beziehungsfähigkeit gesehen und ist eine echte Leistung, beinhaltet sie doch die Fähigkeit, mit Gefühlen von Angst und Schuld umzugehen. "Beziehungcoaching" zeichnet sich aus durch Einfachheit, Klarheit und Praxisbezogenheit, es ist lebensnahe und doch mit philosophischem Tiefgang geschrieben. Ausgehend von den gängigen Konfliktfeldern des Beziehungslebens handelt es von grundlegenden Menschheitsthemen: von der Spannung zwischen Freiheit und Bindung, Verantwortung und Schuld, sowie von der Schwierigkeit sich einlassen und sich verabschieden zu können. Mit einem Wort: es ist ein äußerst lesenswertes Buch.

Mag. Judith Fink

NEUE ARBEITEN AUS DER EXISTENZANALYSE UND LOGOTHERAPIE

In dieser Rubrik wollen wir den großen Fundus an Bearbeitungen existenzanalytischer Themen bekanntmachen. Es sollen sowohl in anderen Medien veröffentlichte wissenschaftliche Arbeiten zur Existenzanalyse als auch die Abschlußarbeiten zur Beratungs- und Therapieausbildung vorgestellt werden. Gleichzeitig möchten wir Sie auf das nun vorliegende *Gesamtverzeichnis mit Stichwortregister aller bis September 2000 vorliegenden Abschlußarbeiten*, inklusive Diplomarbeiten und Dissertationen, die als Abschlußarbeit anerkannt wurden, hinweisen. Es ist, wie das Publikationsverzeichnis der GLE, über unser Sekretariat zu beziehen.

ABSCHLUSSARBEITEN

Existenzanalytische Elternarbeit

Mag. Margit Holzer-Aufreiter

In der vorliegenden Arbeit wurde basierend auf der Weiterentwicklung der Existenzanalyse ein Erziehungskonzept für Eltern entworfen.

Im Hauptteil finden sich neben einer Darstellung der Theorie der existenzanalytischen Erziehung konkrete Beispiele angewandter Elternarbeit. Die Ausführungen schließen mit einem Fallbeispiel, in dem die Therapeutin zur Anwältin ihres jugendlichen Klienten wird und dadurch dessen Mutter wieder an ihre Erziehungskompetenz anbindet.

Schlüsselwörter:

existenzanalytische Pädagogik, angewandte Elternarbeit, Erziehungskompetenz

Logotherapie und Existenzanalyse in der Postmoderne

Chancen und Gefährdungen sinnvoller Lebensgestaltung in der postmodernen Gesellschaft aus Sicht der LT und EA

Rainer Huy

Wir leben in der postmodernen Gesellschaft. Postmoderne bezeichnet die radikale Pluralität der gesamten Lebenswirklichkeit als Grundverfassung unserer Gesellschaft. Pluralisierung und die damit verbundene Individualisierung ermöglichen eine bisher nicht gekannte autonome Lebensgestaltung. Es ist eine zentrale Überzeugung der Logotherapie und Existenzanalyse, daß es Sinn nur im Plural, d.h. personen- und situationsbezogen gibt. Die Individualisierung und Pluralisierung von Lebenslagen kommen deshalb dem logotherapeutischen Ansatz sehr nahe, weil dem einzelnen, losgelöst von vormaligen kollektiven Sinnmustern, ein authentisches Leben und Sinnerfahrung ermöglicht werden. Die Vielfältigung von Optionen allein ist allerdings noch kein Garant für gelingendes Leben, sondern verlangt von jedem einzelnen ausreichende Kompetenz im Umgang mit Pluralität. Aufgabe der Logotherapie und Existenzanalyse unter den Bedingungen der Postmoderne kann sein, sich ein Bild von den Vernetzungen von Individuum und Gesellschaft zu verschaffen, um dann auf ihrem anthropologischen Hintergrund und durch spezifische Vorgehensweisen sinnerfülltes Leben zu befördern.

Schlüsselwörter:

Individualisierung, Logotherapie und Pluralisierungskompetenz, Pluralisierung, Vernetzung von Individuum und Gesellschaft

Der innere Dialog

Grundlagen – Formen – Methoden

Mag. Karin Steinert

Nach einer kurzen Einführung in die anthropologischen Grundlagen der Existenzanalyse werden allgemeine Aspekte des inneren Dialogs erörtert und vom Monolog abgegrenzt sowie die Gleichzeitigkeit von Dialog mit der äußeren Welt und innerem Dialog reflektiert. Im Anschluss daran folgt eine Auseinandersetzung mit der Frage der "inneren Stimmen" und ihrer Funktion als innere Objekte. Damit verbunden ist eine Differenzierung zwischen Über-Ich ("Öffentlichem Ich") und Gewissen und eine Abgrenzung dieser beiden moralischen Instanzen von Verstand und Vernunft.

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf dem Versuch, die unterschiedlichen Formen des inneren Dialogs zu beschreiben. Dazu werden jeweils verschiedene Methoden für die psychotherapeutische Praxis vorgestellt (Arbeit mit dem Selbstkonzept, Arbeit mit Träumen und Imaginationen, Arbeit mit dem inneren Kind, Arbeit mit dem inneren Team, Trauerarbeit).

Schlüsselwörter:

Existenzanalyse, Dialog, Methoden, Person

Existenzanalytisches Arbeiten mit sexuell mißbrauchten Kindern

Mag. Annelies Strolz

Zu den neu erforschten Zugangsweisen und Möglichkeiten der Behandlung traumatischer Erfahrungen bei Kindern wird jene hinzugefügt, die aus existenzanalytischen Grundannahmen zur personalen Entfaltung entwickelt wurde (Grundmotivationen). Grundlegende Theoreme und Weiterentwicklungen der Existenzanalyse und Logotherapie und Problembereiche sexuell mißbrauchter Kinder werden dabei erörtert.

Schlüsselwörter:

Existenzanalyse, Grundmotivationen, sexueller Mißbrauch, Trauma

Musik und die personalen Grundmotivationen

Musik-Erleben und Seins-Erfahrung in der psychiatrischen Rehabilitation
Ulrike Ziering

In dieser Arbeit werden die therapeutische Wirkung von Musik und ihre Einsatzmöglichkeiten aus existenzanalytischer Sicht dargestellt.

Einleitend wird die Auffassung von (psychiatrischen) Patienten wiedergegeben, was für sie Musik "ist", um in vielfältiger Weise deutlich zu machen, wie "wert-voll" Musik sein kann. Die Grundelemente der Musik – vor allem der Rhythmus als "Verankerung in der Zeitlichkeit" und der Klang als "Träger des Gefühls" – werden in ihrer Bedeutung für die Person beschrieben und mit den Personalen Grundmotivationen in Beziehung gesetzt.

Aktive und rezeptive Methoden der Musiktherapie in der psychiatrischen Rehabilitation (Singen, Musik hören, Improvisation) werden vorgestellt.

Die Bedeutung des Rhythmus als haltgebender und strukturierender Faktor – gleichsam ein Sinnbild des Da-Seins – wird hervorgehoben.

Auf dieser Basis wird es möglich, sich von Musik innerlich berühren zu lassen, über Musik Berührendes zum Ausdruck zu bringen und Beziehung aufzunehmen zu sich und zur Welt.

Schlüsselwörter:

Existenzanalyse, Musik, Personale Grundmotivationen, psychiatrische Rehabilitation, musiktherapeutische Methoden

DIPLOMARBEIT

"Depressive Kinder?"

Versuch eines existenzanalytischen Ansatzes für die Pädagogik
Andrea Kunert

Es ist das Anliegen dieser Arbeit, eine möglichst umfassende Darstellung der kindlichen Depression zu geben, was Diagnose, Symptome, Ursachen etc. betrifft.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt aber im Aufzeigen der praktisch-therapeutischen Arbeit mit depressiven Kindern, da der Ansatz vieler wissenschaftlicher Arbeiten zu diesem Thema im klinischen Bereich liegt.

Es wird versucht, aus menschlich-existentieller Sicht die Therapie mit depressiven Kindern zu beschreiben und sie erstmals auch in zwei Fallbeispielen existenzanalytisch zu betrachten. Für den Psychotherapeuten kann dies sowohl eine genauere Kenntnis des depressiven Zustandsbildes als auch eine konkrete Hilfestellung in der therapeutischen Arbeit bedeuten.

Den Pädagogen will diese Arbeit Mut machen, bei verhaltensauffälligen Kindern auch an die Möglichkeit eines depressiven Hintergrundes zu denken und deshalb Unterstützung zuzuziehen, zur Erleichterung aller Betroffenen.

Abschließend wird nochmals darauf hingewiesen, wie wich-

tig die Zusammenarbeit von allen Bezugspersonen des Kindes ist, sie können einander hilfreiche Unterstützung geben und dadurch das Kind besser verstehen. Offen ist die Frage, ob Depressionen bei Kindern und Jugendlichen "restlos ausheilen" oder ob depressive Krisen in späteren Jahren verstärkt wiederkommen. Die Antwort darauf bedarf einer Langzeitforschung und könnte ein möglicher Ausgangspunkt für eine Fortsetzung dieser Arbeit sein.

PUBLIKATIONEN

Märchen machen Mut.

Ein Werkbuch zur Werterziehung und Persönlichkeitsentfaltung von Kindern.

Brigitta Schieder

Zahlreiche Märchengestalten zeigen Kindern Lösungsmöglichkeiten für schwierige Lebensumstände und ihre eigenen Konflikte. Brigitta Schieder legt dar, wie Märchen die Persönlichkeit von Kindern stärken und entwirft eine Fülle von kreativen Umsetzungsvorschlägen für Kindergarten und Grundschule wie Malen, bildnerisches Gestalten mit verschiedensten Materialien, Singen und Musizieren, Tanzen oder Rollenspiel. (Vgl. EXISTENZANALYSE 17 (2)/2000, 39)

München: Don Bosco Verlag 2000

DISSERTATIONEN - USA

Dem Thema dieser Ausgabe "Forschungen in der Existenzanalyse" gemäß, wollten wir auf englisch-sprachige Arbeiten aus dem Umkreis der Existenzanalyse hinweisen, nämlich auf einige Dissertationen aus dem amerikanischen Raum, entnommen der Zeitschrift "The International Forum for Logotherapy" Nr. 23, 1, 2000, p. 53-58

Bartos, Mitzi Kohatsu. [Pepperdine University; PsyD] (1995) *An intermittent, continuous, and integrated psychotherapy for borderline personality disorder.* Dissertation Abstracts International-B, 56(12), 7038.

Described a 3-component model for the treatment of borderline personality disorder. Logotherapy served in the integration of the components.

Gaudet, Lisa C. [California School of Professional Psychology – San Diego; Ph.D.] (1996). *Treatment of posttraumatic stress disorder: A synthesis of the theories of V. Frankl and M. Horowitz.* Dissertation Abstracts International-B, 57(12), 7725.

Incorporated logotherapy of trauma into Horowitz's information processing model of PTSD. Provided an in-depth, qualitative, single-case study.

Gerwood, Joseph Garry [The University of Toledo; Ph.D.] (1995). *The Purpose-in-Life test: A comparison in elderly*

people by relational status, work, spirituality, and mood. Dissertation Abstracts International-A, 57(01), 100.

Relational status (lived alone vs. with someone) and employment (worked, volunteered, or retired) were not significant predictors of PIL scores. Spirituality and depression showed moderate to strong correlations with PIL.

Kowalkowski, Sally Rose [Loyola University of Chicago; Ph.D.] (1998). *Values in psychotherapy: A philosophical analysis of the normative assumptions in Freud's psychoanalysis, Sullivan's interpersonal theory of psychiatry and Frankl's logotherapy.* Dissertation Abstracts International-A, 58(12), 4686.

Explored implicit philosophical assumptions of the philosophies of Frankl, Freud, Sullivan. Explored each philosophy's normative force for individuals who seek treatment.

Miles, Tony Allen [California School of Professional Psychology – Berkeley/Alameda; Ph.D.] (1997). *Gay and bisexual men living with human immunodeficiency virus (HIV): The relationship among purpose in life, death anxiety, and life changes.* Dissertation Abstracts International-B, 58(05), 2691.

Examined relationships among purpose in life (PIL), death anxiety, and HIV-related life changes for gay and bisexual men with HIV. Did not find predicted significant relationships between PIL and death anxiety, or between death anxiety and HIV-related life changes.

Sayles, Martha L. [The University of North Carolina at Greensboro; Ph.D.] (1994). *Adolescents' purpose in life and engagement in risky behaviors: Differences by gender and ethnicity.* Dissertation Abstracts International-A, 55(09), 2727. Showed an inverse relationship between purpose in life (PIL) and risky behaviors (e.g., alcohol, tobacco, drinking and driving, hard drug use) in adolescents.

Tengan, Andrew [Pontificia Universitas Gregoriana (Vatican); Ph.D.] (1995). *Search for meaning as the basic human motivation: A critical examination of Viktor Emil Frankl's logotherapeutic concept of man.* Dissertation Abstracts International-C, 59(02), 194.

Argued that a religious foundation underpins logotherapy and the search for meaning is in effect a search for God.

Ulvila, Karen Marie [California School of Professional Psychology – San Diego; PsyD.] (1996). *Homicide survivors and the search for meaning: A qualitative study.* Dissertation Abstracts International-B, 57(02), 1490.

Qualitatively analyzed four interviews, using logotherapy as a guideline, to assess how homicide survivors found meaning within the experience of losing someone to murder.

Weber, Jeffrey Phillip [Northern Arizona University; Ed.D.] (1996). *Meaning in life and psychological well-being among high school freshmen and seniors.* Dissertation Abstracts International-B, 57(04), 2912.

Found a positive relationship between meaning in life and well-being among high school freshmen and seniors.

Neue Bücher in der GLE-Bibliothek

Amann G, Wipplinger R (Hrsg) (1997) *Sexueller Mißbrauch. Überblick zur Forschung, Beratung und Therapie.* Ein Handbuch. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

Bauer Emmanuel J (1989) *Das Denken Spinozas und seine Interpretation durch Jacobi.* Frankfurt: Peter Lang

Lucien I (1993) *Die unerhörte Botschaft der Hysterie.* München: Ernst Reinhard Verlag

Schottky A (1997) *Die Bedeutung der Kindheit für das erwachsene Leben.* Sinntal: RDI Verlag

Stumm G, Pritz A (Hrsg) (2000) *Wörterbuch der Psychotherapie.* Wien / New York: Springer

REZENSIONSBÜCHER

Ambühl H (Hrsg) **Psychotherapie der Zwangsstörungen.** Stuttgart: Thieme

Beiglböck W, Feselmayer S, Honemann E (Hrsg) **Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung.** Wien/ New York: Springer

Dienelt K **Pädagogische Anthropologie. Eine Wissenschaftstheorie.** Köln: Böhlau

Heuft G, Senf W **Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo.** Stuttgart: Thieme

Hoffmann N, Schauenburg H (Hrsg) **Psychotherapie der Depression.** Stuttgart: Thieme

Hofmann P, Lux M, Probst Ch, Steinbauer M, Taucher J, Zapotoczky H-G (Hrsg) **Klinische Psychotherapie.** Wien/New York: Springer

Huber E **Schlank durch Selbstbewusstsein.** St. Pölten: NP-Buchverlag

Larbig W, Tschuschke V (Hrsg) **Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse.** München: Ernst Reinhardt

Riemann F **Grundformen der Angst.** München: Ernst Reinhardt

Rudolf G **Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage.** Stuttgart: Thieme

Schmidbauer W **Mythos und Psychologie.** München: Ernst Reinhardt

Senf W, Broda M (Hrsg) **Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie.** Stuttgart: Thieme

Tunner W **Psychologie und Kunst. Vom Sehen zur sinnlichen Erkenntnis.** Wien/New York: Springer

Walden J, Grunze H **Bipolare affektive Störungen. Ursachen und Behandlung.** Stuttgart: Thieme

KASSENVERTRAG

Vertragsverhandlungen zwischen der WGKK und dem WLP abgeschlossen

Am 25. April d. J. hat der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVST) in der Verbandskonferenz die notwendige Mehrheit für den damals vorgelegten Vertragsentwurf nicht erhalten. Seit diesem Zeitpunkt besteht das Bestreben, auf Länderebene zu verhandeln. Derzeit gibt es in Kärnten, Steiermark, Salzburg und Vorarlberg noch keine Lösungen. In Niederösterreich gibt es bereits Verhandlungen, in Oberösterreich konnte eine Zwischenlösung erreicht werden und im Burgenland wird es wahrscheinlich eine Verlängerung von einer bereits bestehenden Vereinslösung geben. In Wien gibt es Verhandlungen zwischen der WGKK und dem BÖP, der Ärztekammer, dem Wiener Landesverband für Psychotherapie und der Psychoanalytischen Dachgesellschaft. Der Verein für ambulante Psychotherapie, der vom Bundesverband Österreichischer Psychologen gegründet wurde, hat am 10. Oktober 2000 einen Vertrag mit der WGKK abgeschlossen. Mit dieser Vereinstätigkeit (insgesamt 30.000) Stunden soll bereits mit 1. Dezember d. J. begonnen werden. Am 6. November d. J. verhandelte der WLP mit der WGKK über eine Lösung, mit der am 2. Jänner 2001 gestartet werden könnte. Am 28. November d. J. fand in der WGKK eine Vorstandssitzung statt, in welcher der Lösung für den WLP (bzw. der Wiener Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung) zugestimmt wurde. Der Vertrag gibt

vorerst für zwei Jahre. Für diese Zeit steht anfangs ein Kontingent von 40.000 Stunden zur Verfügung, welches später auf 60.000 erhöht werden soll. Die bisherige Situation, nämlich S 300,— Zuschuß/Stunde bleibt unverändert erhalten. Es wird keine Wahl-

psychotherapeuten geben, sondern die Wiener Lösung wird einigen KollegInnen, die die entsprechenden Kriterien (Kriterien nachzulesen in: WLP Nachrichten 6/2000) erfüllen, die Möglichkeit geben, einigen ihrer PatientInnen für den Preis von S 650,—/Stunde Psychotherapie auf Krankenschein anzubieten.

Zusammenfassung aus OÖLP Telegramm, September 2000 und WLP Nachrichten, Jg 8, 6/2000.

PSYCHOTHERAPIEMESSE "SEELIGES WIEN"

Am 28. Oktober 2000 fand die zweite Inootherapiemesse - die vom Wiener Berufsverband für Psychotherapie veranstaltet wurde - stand diesmal unter dem Motto: "Reden Sie mit PsychotherapeutInnen! Fragen Sie das, was Sie schon lange erfahren wollten!" Über 3000 BesucherInnen nutzten dieses Angebot. Auch die GLE war mit einem eigenen Messestand vertreten. Am Vormittag waren vor allem Schulklassen anwesend. Sie interessierten sich für grundsätzlichen Fragen wie zum Beispiel: Welche Therapiearten gibt es? Was ist eigentlich eine Gesprächstherapie? Was ist Logotherapie und Existenzanalyse? Wie finde ich einen Therapeuten? Um die Mittagszeit füllte sich die Halle zunehmend. Die Besucher konnten Vorträge mit den Themen "Wege aus Angst und Depression", "Lebensfreude im Alter", "Psychosomatische Erkrankungen", "Hilfe bei Lebenskrisen" und "Was ist frauenspezifische Psychotherapie" besuchen. Am

GLE-Stand wurden die Fragen bereits individueller und differenzierter. Zum Beispiel: Hilft Therapie noch in meinem Alter? Wäre Existenzanalyse und Logotherapie bei meiner Erkrankung (in diesem Falle Schizophrenie) eine geeignete Therapieform? Welche Literatur würden Sie mir als Einstieg empfehlen? Könnten Sie mir den Unterschied zwischen Existenzanalyse und Logotherapie erklären? Gibt es schon die Therapie auf Krankenschein? Was ist das Typische an einer existenzanalytischen Therapie? Viele Fragen bezogen sich ganz konkret auf eine Therapie- bzw. Beraterausbildung sowie auf Angebote, die auch für Laien zugänglich sind. Aufgrund des großen Interesses am existenzanalytischen/logotherapeutischen Gedankengutes wird die GLE auch im kommenden Jahr an der Informationsmesse für Psychotherapie vertreten sein.

C. Klum

AUS DEM PSYCHOTHERAPIEBEIRAT

Weiterbildungsverpflichtung für Psychotherapeuten

Das Bundesministerium hat die fachspezifischen Vereine gebeten, einen Hinweis bezüglich der **Verpflichtung zur Fortbildung** an die Mitglieder zu veröffentlichen. Im folgenden sind Auszüge aus dem 6. Rundschreiben des Ministeriums an die Fachspezifikavereine zusammengefasst, die Ausmaß und Verpflichtung zur Fortbildung betreffen. Die vollständige "Fort- und Weiterbildungsrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten" ist im Psychotherapie Forum veröffentlicht.

Die in § 14 Absatz 1 Psychotherapiege-

setz, BGBl. Nr. 361/1990, vorgesehene Verpflichtung zur Fortbildung wurde durch die Fort- und Weiterbildungsrichtlinie unter Ziffer I.2. als Verpflichtung zu einem "regelmäßigen Besuch von Fortbildungsveranstaltungen in der Dauer von mindestens neunzig Stunden im Zeitraum von drei Jahren" näher ausgeführt.

"Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen geht davon aus, dass als Mindeststandard der Besuch der beschriebenen Fortbildungsveranstaltungen über einen Zeitraum von jeweils drei Jahren

beginnend mit dem der Eintragung in die Psychotherapeutenliste folgenden Kalenderjahr zumindest im Ausmaß von neunzig Fortbildungseinheiten (von je zumindest fünf- undvierzig Minuten) durch entsprechende Teilnahmebestätigungen nachzuweisen ist."

"Wie im Rahmen des 5. Rundschreibens bereits angekündigt, behält sich das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen vor, die Einhaltung der Verpflichtung zu regelmäßigem Besuch in- oder ausländischer Fortbildungsveranstaltungen unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Versorgung ab sofort anhand von aus der Psychotherapeutenliste nach Zufallskriterien ermittelten Stichproben zu überprüfen."

MITTEILUNGEN

Neue Ausbildungsgruppen

WIEN **LOGOTHERAPIE UND EXISTENZ-ANALYTISCHE BERATUNG**
Leitung: Dr. phil. Helene Drexler
Beginn: 18./19. November 2000
Information: GLE Wien, Tel.: 9859566, Fax: 9824845 bzw. Fr. Dr. Drexler, Einwangg. 23/10, 1140 Wien, Tel.: 8941405

WIEN **EXISTENZANALYTISCHES FACH-SPEZIFIKUM**
Leitung: DDr. Alfried Längle u. Dr. Silvia Längle
Beginn: 6./7. Oktober 2001
Infotage: 15.2. und 4.4.2001 von 18-20 Uhr
Information: GLE Wien, Tel.: 9859566, Fax: 9824845 email: gle@existenzanalyse.org

GRAZ u/o KÄRNTEN **EXISTENZANALYTISCHES FACH-SPEZIFIKUM UND/ODER LOGOTHERAPIE UND EXISTENZ-ANALYTISCHE BERATUNG**
Leitung: Dr. Christian Probst
Beginn: 10./11. Februar 2001
Information: Institut für Existenzanalyse und Logotherapie Graz, Neutorgasse 50, 8010 Graz, Tel.: 0316/815060

VORARLBERG **EXISTENZANALYTISCHES FACH-SPEZIFIKUM UND/ODER LOGOTHERAPIE UND EXISTENZ-ANALYTISCHE BERATUNG**
Leitung: Dr. Christoph Kolbe
Ort: Dornbirn
Beginn: Sommer 2001 (Wochenendkurs)
Information: siehe Hannover

BERLIN **LOGOTHERAPIE UND EXISTENZ-ANALYTISCHE BERATUNG**
Leitung: Günter Funke, Susanne Jaeger-Gerlach
Beginn: 27./28.01.2001 Aufnahmewochenende
Information: Berliner Institut für Existenzanalyse und Logotherapie, Lietzenburgerstr. 39, D-10789 Berlin, Tel./Fax: 030/2177727

HANNOVER **LOGOTHERAPIE UND EXISTENZ-ANALYTISCHE BERATUNG**
Leitung: Dr. Christoph Kolbe
Beginn: Februar 2001 (Wochenendkurs)
Infotage: nach Absprache
Information: Norddeutsches Institut für Existenzanalyse und Logotherapie Borchersstraße 21, D-30559 Hannover Tel.: 0049-511-51 79 000 Fax: 0049-511-52 13 71 eMail: institut@existenzanalyse.com homepage: www.existenzanalyse.com

Neue Mitglieder

Frau Dr. Iris DORNER, Bludenz (A)
Herr Dr. Markus JURANEK, Telfs (A)
Herr Mag. Werner KAPFERER, Obsteig (A)
Frau Dipl.Ing. Walburga KÖCHL, Völs (A)
Frau Christa MAYR, Weerberg (A)
Frau Roswitha MAYR, Neuhofen (A)
Herr Mag.theol. Wolfgang MÜLLER, Frastanz (A)
Herr Lukas WAGNER, Bodensdorf (A)

Wir freuen uns, wieder neue Mitglieder in der GLE begrüßen zu können! Wir verstehen dies auch als einen Willensausdruck, die Arbeit der GLE zu fördern und mitzutragen. Wir möchten hiermit allen Mitgliedern und Ausbildungskandidaten der GLE danken, daß sie sich daran beteiligen, unsere Gesellschaft zu einem lebendigen Körper zu entfalten.

Ausgetretene Mitglieder der GLE

Frau Anke BÖTTCHER-POETSCH, Hamburg (D)
Frau Christine IGELBRINK, Osnabrück (D)
Frau Elisabeth LINDNER, Wien (A)
Herr Stefan KORNAU, Recklinghausen (D)
Frau Hanna KASPAR, Berg (D)
Herr Martin SCHADT, Tägerwilen (CH)
Frau Uta SCHROEDER, Hamburg (D)
Frau Alexandra STUDER, Dornbirn (A)

Praxiseröffnungen

Wien **Mag. Steinert Karin**
Eduard Sueß-Gasse 10
1150 Wien
Tel.: 0699 101 82468
email: steinert_karin@hotmail.at

Wien **Mag. Doris Fischer-Danzinger**
Einwanggasse 23/1
1140 Wien
Tel: 0664 6368365
email: doris.fischer@vienna.at

Mistelbach **Ulrike Ziering**
Praxisgemeinschaft
Bahnstraße 1 A
2130 Mistelbach
Tel.: 0676 4966543

MITTEILUNGEN

Kontaktadressen der GLE

Österreich

Graz Institut für Existenzanalyse und Logotherapie Graz,
Leitung: Dr. Christian und Michaela Probst,
Neutorgasse 50, A - 8010 Graz
(Tel.: 0316 / 81 50 60)

Salzburg Dr. Patricia Gruber, Mondseerstraße 81,
A-5204 Straßwalchen (Tel./Fax: 06215 / 58 46)
Mag. Anton Nindl, Thumegger Bezirk 7/1,
A-5020 Salzburg (Tel./Fax: 0662 / 83 19 03)
Dr. Inge Schmidt, General Albori Straße 24/6,
A-5061 Elsbethen (Tel.: 0662 / 82 21 58)

Wien Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse,
Vorsitzender: DDR. Alfred Längle,
Eduard Sueß-Gasse 10, A-1150 Wien
(Tel.: 01 / 985 95 66, Fax: 01 / 982 48 45,
email: gle@existenzanalyse.org)

Deutschland

Berlin Berliner Institut für Existenzanalyse und Logotherapie, Leitung: Günter Funke und Susanne Jaeger-Gerlach,
Lietzenburger Straße 39, D - 10789 Berlin
(Tel./Fax: 030 / 217 77 27)

Göppingen Dipl. theol. Erich Karp, Meisenweg 11,
D-73035 Göppingen (Tel.: 07161 / 641 - Klinik am Eichert, email: ekpl@aol.com)

Hannover Norddeutsches Institut für Existenzanalyse Hannover, Leitung: Dr. Christoph Kolbe, Borchersstr. 21,
D-30559 Hannover (Tel.: 0511 / 51 79 000,
Fax: 52 13 71, email: drkolbe@existenzanalyse.com,
homepage: www.existenzanalyse.com)

München Gesellschaft f. Existenzanalyse u. Logotherapie in München e.V., Vorsitzender: Dr. Walter Winklhofer,
Wertherstraße 10, D-80809 München
(Tel./Fax: 089 / 30 86 253)
Stud. Dir. Wasiliki Winklhofer, Wertherstraße 9,
D - 80809 München (Tel./Fax: 089 / 30 87 471)

Ratingen Dr. Wilhelmine Popa, Görlitzerweg 1,
D - 40880 Ratingen (Tel.: 02102 / 47 08 18)

Freiburg Dr. Christian Firus, Am Eichbächle 13,
D-79110 Freiburg (Tel.: 0761 / 89 73 432)

Veitsbronn Diakon Karl Rühl, Heide 49, D-90587 Veitsbronn
(Tel.: 0911 / 75 45 78, Fax: 0911 / 75 45 43,
email: Rühl-Veitsbronn@t-online.de)

Schweiz

Bern Internationale Gesellschaft für Existenzanalytische Psychotherapie Schweiz, Vorsitzende: Dipl. Psych. Brigitte Heitger-Giger, Mezenerweg 12,
CH-3013 Bern (Tel.: 031 / 33 24 205,
email: brigitte.heitger@bluewin.ch)

Unterägeri SINNAN - Institut für Existenzanalyse und Logotherapie, Leitung: Dr. Beda Wicki und Christine Wicki-Distelkamp, Weststraße 87,
CH-6314 Unterägeri (Tel./Fax: 041 / 750 52 70)

Kroatien

Zagreb Dr. Krizo Katinic, Kneza Borne 1, 41000 Zagreb, Kroatien (Tel: 41 / 48 39)
Dr. Milan Kosuta, Sermageoa 17, 41000 Zagreb, Kroatien (Tel.: 41 / 23 91 93)

Tschechien

Prag PhDr. Dana Krausova, Piskova 1955, 15500 Prag, Tschechien (Tel.: ++420 / 2 / 651 25 15
Fax: ++420 / 2 / 67 07 24 10,
email: slea@volny.cz)

Rumänien

Arad Dr. Cristian Furnica, Gheorghe Popa 7/App. 2,
2900 Arad, Rumänien (Tel.: ++40 / 57 / 25 13 78)
Timisoara SAEL-Centru LUMINA, Str.Eugen De Savoia 22,
1900 Timisoara, Rumänien (Tel.: ++40 / 62 92 796)

Finnland

Helsinki Dr. Heimo Langinvainio, Riihitje 3 A 1,
SF-00330 Helsinki 33

Australien

Adelaide Dr. Christopher Wurm, Sera House, 33
Dequetteville Terrace, Kent Town, SA 5067,
Australien (Tel.: ++61 / 8 / 83 64 01 41,
Fax: ++61 / 8 / 83 31 38 14,
email: cwurm@health.on.net)

Mexiko

Mexiko City Dr. Alejandro Velasco, Emmanuel Kant No. 37-5,
Col. Nueva Anzures, C.P. 11590, Mexico, D.F.,
(Tel./Fax: ++52 / 5 / 203 10 58)

IMPRESSUM

Medieninhaber, Herausgeber und Hersteller:

GESELLSCHAFT FÜR
LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE (Wien),
GESELLSCHAFT FÜR
EXISTENZANALYSE UND LOGOTHERAPIE in München e.V.
INTERNATIONALE GESELLSCHAFT FÜR
EXISTENZANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE SCHWEIZ

„Existenzanalyse“, vormals „Bulletin“ der GLE, ist das offizielle Organ der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse und erscheint 3x jährlich.

Die GLE ist Mitglied der Internationalen Gesellschaft für Psychotherapie (IFP), der European Association of Psychotherapy (EAP), des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP), der Internationalen Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V. Stuttgart, der Wiener Internationalen Akademie für Ganzheitsmedizin, der Martin-Heidegger Gesellschaft e.V. und des Verbandes der wissenschaftlichen Gesellschaften Österreichs (VWGÖ).

Die GLE ist nach dem österreichischen Psychotherapiegesetz als Ausbildungsinstitution zum Psychotherapeuten gemäß dem Psychotherapiegesetz anerkannt.

Veröffentlichte, namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht immer die Meinung der Redaktion wieder.

© by Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse.

Chefredaktion: Dr. S. Längle

Redaktion: C. Klun, Mag. K. Steinert, DDR. A. Längle

Alle: Eduard Sueß-Gasse 10, A - 1150 Wien

Tel.: 01/9859566, FAX Nr. 01/9824845, e-mail: gle@existenzanalyse.org

Satz: Arthur Längle

Druck: Druckerei Glos, Prag

TERMINE

FORT- UND WEITERBILDUNGS AKADEMIE 2001

Separates Programmheft mit verschiedenen Angeboten wird gesondert versendet bzw. ist über die GLE anzufordern.

KONGRESSE-SYMPOSIEN

Hannover, 30.3.-1.4.2001

Jahrestagung der GLE Methoden der Existenzanalyse und Logotherapie

Info und Anmeldung: Sekr. der GLE Wien

Vorträge:

Dr. Christoph Kolbe, Hannover

Gesundheit als Fähigkeit zum Dialog – Zum Personverständnis der Existenzanalyse und Logotherapie – Öffentlicher Vortrag

DDr. Alfred Längle, Wien

Bedeutung und Stellenwert von Methodik in Beratung und Therapie im Verständnis der Existenzanalyse – Zur Verhältnisbestimmung von Phänomenologie und Methodik

Mag. Christine Wicki-Distelkamp, Unterägeri

Charakteristika spezifisch existenzanalytischer Methoden und ihre Unterscheidung zu adjunktiven Methoden

Dr. Silvia Längle, Wien

Existenzanalytischer Methodenüberblick und Indikationsstellungen

Mag. Anton Nindl, Salzburg

Methodik der Krisenintervention

Prof. Dr. Friedhelm Lamprecht, Hannover

Die Methodik des EMDR zur Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen

Prof. Dr. Jürgen Kriz, Osnabrück

Zum Stellenwert der Existenzanalyse im Kontext der Psychotherapieschulen

Dr. Liselotte Tutsch, Wien

Teamsupervision aus existenzanalytischer Sicht

Susanne Jaeger-Gerlach, Berlin

Die Sprache des Körpers – Körperarbeit und Körpertherapie als Unterstützung einer Therapie des Wortes

Dr. Jana Bozok, Wien

Die Arbeit mit adjunktiven Methoden in der Existenzanalyse – am Beispiel „malen“

Workshops:

Dr. J. Bozok, H. Dorra, Dr. H. Drexler, Mag. U. Janout & Mag. D. Fischer-Danzinger, E. Karp, C. Klun & S. Pointner, S. Jaeger-Gerlach, Dr. S. Längle, Dr. K. Luss, Mag. A. Nindl, Dr. C. Orgler, Dr. W. Popa, M. Probst, R. Stachura, Dr. L. Tutsch, Mag. C. Wicki-Distelkamp, Dr. Walter Winklhofer, Wasiliki Winklhofer

VORLESUNGEN

Graz, SS 2001

Zur Entstehung, Diagnose und Therapie der Neurosen aus existenzanalytischer Sicht

Univ.-Ass. Dr. Christian Probst und Univ.-Ass. Dr. Hans Zeiringer
Blockveranstaltung. Die Vorlesung ist für das Propädeutikum anrechenbar.

Ort: HS der psychiatr. Universitätsklinik

Auskunft: Sekretariat der Univ.-Klinik f. Psychiatrie, Tel.: 0316/385-3612

Graz, SS 2001

Einführung in die Existenzanalyse und Logotherapie

KFU-Graz, Seminar, geblockt, 2 x 4 Std., Univ.-Ass. Dr. Hans Zeiringer

Zeit und Ort: nach Übereinkunft

Informationen: Univ.-Ass. Dr. Hans

Zeiringer, Tel.: 0676/3766068

Wien, SS 2001

Existenzanalyse klinischer Bilder

Vorlesung, 1-Std., A.o. Univ. Prof. Dr. C. Simhandl, Lektor DDr. A. Längle

Ort: GLE, Eduard Sueß-G. 10, 1150 Wien

Zeit: 3. und 5.4.01, jeweils 14.30 bis

19.00 Diese Lehrveranstaltung ist für das Propädeutikum anrechenbar.

Salzburg, SS 2001

Psychohygienische Aspekte der Beratung in religionspädagogischen Handlungsfeldern aus existenzanalytischer Sicht

Vorlesung, 2-Std., Univ. Prof. Dr.phil.

Heinz Rothbucher

Zeit: nach Übereinkunft

Fribourg (CH), SS 2001

Bedeutung und Aspekte einer personalen Pädagogik aus der Sicht der Existenzanalyse V. Frankls

Univ. Prof. Dr.phil. Heinz Rothbucher

Zeit: 12.2.01 (14.00-17.00); 13.2.01 (9.00-

12.00 u. 14.00-17.00); 14.2.01 (9.00-

12.00 u. 14.00-16.00)

ALLGEMEINE FORTBILDUNG

Hannover, Frühjahr 2001

Authentisch lehren, leiten und moderieren

Grundlagenseminar 1: Authentisch lehren

Leitung: Dr. Christoph Klobe

Termine: 24.-25.11.00, 26.-27.1.01; 27.-

28.4.01; 18.-18.5.01; 24.-26.8.01

Zeit: Freitag 17.00-21.00 Uhr, Samstag

10.00-18.00 Uhr

Info und Anmeldung: Norddeutsches

Institut für EA, Borchersstr. 21, D-30559

Hannover Tel.: 0511/5179000, Fax: 0511/

521371

Hannover, Frühjahr 2001

Sinnorientierte Persönlichkeitsentwicklung

für Menschen in sozialen und pädagogischen Berufen sowie Interessierte

Leitung: Helmut Dorra

Info und Anmeldung: Norddeutsches

Institut für EA, Borchersstr. 21, D-30559

Hannover Tel.: 0511/5179000, Fax: 0511/

521371

Ratingen, 10.-12.12.2000

Existentielles Bilderleben (Thema: Befremdliche Heimat - Heimatliche Fremde)

Leitung: Dr. Wilhelmine Popa

Zeit: Fr 17.00 Uhr bis So 14.00 Uhr

Info und Anmeldung: Tel.: +49/2102/

470818 (abends nach 21.00 Uhr)

Ratingen, 26.-28.1.2001

Existentielles Bilderleben (Thema: Räderwerke - Kraftwerke - Menschenwerke)

Leitung: Dr. Wilhelmine Popa

Zeit: Fr 17.00 Uhr bis So 14.00 Uhr

Info und Anmeldung: Tel.: +49/2102/

470818 (abends nach 21.00 Uhr)

Hannover, Februar 2001

Grundkurs zur Einführung in die Existenzanalyse und Logotherapie

Leitung: Helmut Dorra

Info und Anmeldung: Norddeutsches

Institut für EA, Borchersstr. 21, D-30559

Hannover Tel.: 0511/5179000, Fax: 0511/

521371

Wien, 7.4.2001

Mit Leib und Seele

veranstaltet von den PsychotherapeutInnen des 2. Bezirks

Zeit: 9.00 bis 18.00 Uhr

Info: Emma Huber, Tel.: 2166247

Hannover, Frühjahr 2001

Sinnorientierte Persönlichkeitsentwicklung

für Menschen in sozialen und pädagogischen Berufen sowie Interessierte

Leitung: Helmut Dorra

Info und Anmeldung: Norddeutsches

Institut für EA, Borchersstr. 21, D-30559

Hannover Tel.: 0511/5179000, Fax: 0511/

521371

SELBSTERFAHRUNGSGRUPPEN

Straßwalchen, nach Vereinbarung

Selbsterfahrungsgruppe für

PropädeutikumskandidatInnen

Leitung: Dr. Patricia Gruber

Ort: Praxis, Salzbürgerstraße 29/4,

5163 Mattsee

Zeit: 14.00-16.30 Uhr

TERMINE

Anmeldung: schriftlich (Adresse s.o.) oder tel. unter 0664/1439246 oder 06215/5846

Wien, nach Vereinbarung Existenzanalytische Selbsterfahrungs- gruppe - "Spurensuche"

Leitung: Susanne Pointner

Ort: GLE Wien

Info und Anmeldung: Tel.: 0664/1300279

Wien, nach Vereinbarung Selbsterfahrung für AusbildungskandidatInnen

Leitung: Dr. Helene Drexler

Ort: Einwanggasse 23/10, 1140 Wien

Info und Anmeldung: Tel.: 894 14 05

Wels, nach Vereinbarung Selbsterfahrung für AusbildungskandidatInnen

Leitung: Mag. Ursula Janout

Ort: Richard Wagnerstraße 3, 4600 Wels

Info und Anmeldung: Tel.: 07249 / 47 292
od. 0664 / 540 71 61

SUPERVISION

Wien, nach Vereinbarung Offene Supervisionsgruppe für Berater und Ausbildungskandidaten

Leitung: Dr. Silvia Längle

Ort: Praxis, Ed. Sueß-G. 10, 1150 Wien

Zeit: Samstags, 9.00-14.00 Uhr

Anmeldung: Tel.: 985 95 66 (GLE)

Straßwalchen, nach Vereinbarung Supervisionsgruppe für Berater und Ausbildungskandidaten

Leitung: Dr. Patricia Gruber

Ort: Praxis, Salzburgerstraße 29/4,
5163 Mattsee

Zeit: 14.00-17.30 Uhr (ca. 3-wöchig)

Termine auch in Wochenend-Blöcken

Anmeldung: schriftlich (Adresse s.o.) oder
tel. unter 0664/1439246 oder 06215/5846

Wien, nach Vereinbarung Supervision für das Praktikum des Fachspezifikums

Leitung: Dr. Jana Bozok

Ort: Praxis, Währinger Str. 156, 1180
Wien

Zeit: 9.00-17.00 Uhr

Anm.: Tel.: 470 42 35, Fax: 470 42 36

Wien, nach Vereinbarung Supervisionsgruppe für Ausbildungskandidaten

Leitung: Dr. Christine Orgler

Ort: Einwanggasse 23, 1140 Wien

Anmeldung: Tel.: 89 41 406

Wien, am Di. und Fr. jeder 3. Woche Supervisionsgruppe für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen Zielgruppe: LehrerInnen, PsychotherapeutIn-

nen und PsychotherapeutInnen in Ausbildung,
die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten,
sowie in psychosozialen oder pädagogischen
Arbeitsfeldern tätige Personen.

Leitung: Mag. Andrea Kunert

Ort: Praxis, Maria Treu G. 6/9, 1080
Wien

Zeit: 18.00-20.00 Uhr

Anmeldung: Tel.: 02231 / 66 840 oder
40 80 620

Dornbirn, nach Vereinbarung Einzel- und Gruppensupervisionen für Kandidaten und Absolventen

Leitung: Dr. Christoph Kolbe

Anmeldung: Norddeutsches Institut für
EA, Borchersstr. 21, D-30559 Hannover

Tel.: 0511/5179000, Fax: 0511/521371

Bludenz, nach Vereinbarung Supervisionsgruppe und Einzelgespräche für Ausbildungskandidaten

Leitung: Dr. Christine Orgler

Anmeldung: Tel.: 01 / 89 41 406

Innsbruck, nach Vereinbarung Offene Supervisionsgruppe für Ausbildungskandidaten und Absolventen

Leitung: Dr. Elfe Hofer

Anmeldung: Herzog Sigmundstr. 7,
6176 Völs, Tel.: 0676 / 528 92 96

Göppingen, nach Vereinbarung Neue Supervisionsgruppe für den Süddeutschen Raum geplant

Anfragen: Erich Karp, Meisenweg 11,
D-73035 Göppingen, Tel.: 07161 / 641
(Klinik am Eichert)

Düsseldorf, nach Vereinbarung Einzel- und Gruppensupervisionen für Ausbildungskandidaten und Absolventen

Anfragen: Dr. Wilhelmine Popa,
Görlitzerweg 1, D-40880 Ratingen,

Tel. und Fax: 02102 / 47 08 18

Hannover, nach Vereinbarung Einzel- und Gruppensupervisionen für Kandidaten und Absolventen

Leitung: Dr. Christoph Kolbe

Anmeldung: Norddeutsches Institut für
EA, Borchersstr. 21, D-30559 Hannover
Tel.: 0511/5179000, Fax: 0511/521371

Weitere Supervisionstermine in den
Instituten für Existenzanalyse und in
der GLE Wien auf Anfrage.

JOURS FIXES

Wien, 4.12.2000

37. Forschungsgespräch der GLE

Geschlossene Veranstaltung.

Voranmeldung erforderlich.

Zeit: 20.00 Uhr.

Weiterer Termin: 12.2.2000

Salzburg, erster Mittwoch im Monat Existenzanalytischer Arbeitskreis

Alle der Existenzanalyse und Logotherapie
Nahestehenden sind herzlich eingeladen.

Ort: Thumegger Bezirk 7, 5020 Salzburg

Zeit: nach Vereinbarung

Info: Mag. A. Nindl

Tel. und Fax: 0662 / 83 19 03

Graz, erster Dienstag im Monat Jour fixe für LogotherapeutInnen am Grazer Institut für EA und Logotherapie

Ort: Neutorgasse 50, 8010 Graz

Zeit: 19.00-21.00 Uhr

Info: Tel.: 0316 / 81 50 60

Je nach Vereinbarung finden Themen- bzw.
Fallsupervisionen statt.

Innsbruck, 24.01.2001 Jour fixe für Existenzanalyse und Logo- therapie

Ort: Innsbruck, Adamgasse 30

Zeit: 20.00 Uhr

Weiterer Termin: 7.3.01

Kontaktadresse: Dr. Elfe Hofer,

Herzog Sigmund Straße 7, 6176 Völs,

Tel.: 0676 / 528 92 96

Raum Hannover, nach Vereinbarung Existenzanalytischer Arbeitskreis

Information: Helga Grasshoff

Hachtingweg 11a, D-30916 Isernhagen FB,

Tel.: 05139 / 87 843

Raum Nordrhein-Westfalen, nach Verein- barung

Wer hätte Interesse an einem existenzanaly-
tischen Arbeitskreis, in dem naheliegende
Themen der EA/LT besprochen werden
könnten? Wo, wie, wie oft, mit wem - alle
diese Fragen sind offen. Termin wird bei
Treffen individuell vereinbart.

Kontaktperson: Ursula Handelsmann,

Bonifatiusstraße 85, D-47441 Moers

Tel.: 02841 / 57917 (priv.), 0203 / 61568

(Beratungsstelle - Anrufbeantworter)

WEITERE ANKÜNDIGUNGEN

München, 13.-17. März 2001

**13. Weltkongress of the World Association
for Dynamic Psychiatry**

**The Relevance of Groups for Illness,
Health and Healing**

Info: Organisationscommittee, Goethestraße
54, D-80336 München

Tel.: 0049/89/536974; Fax: 0049/89/
5328837

email: lfi-muenchen@dynpsych.de

*Am Grazer Institut arbeiten derzeit regelmäßig **11 PsychotherapeutInnen**. Das Team setzt sich aus jeweils mehreren Vertretern der Berufsgruppen FachärztInnen für Psychiatrie, ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, klinischen PsychologInnen und PädagogInnen zusammen.*

*In den 11 Jahren seines Bestehens hat sich das Grazer Institut sowohl zu einem **Therapie-** als auch zu einem **Aus- und Fortbildungszentrum für Existenzanalyse und Logotherapie** im Süden Österreichs mit folgenden Schwerpunkten und Angeboten entwickelt:*

- **Psychotherapie**
- Psychotherapie mit **Kindern und Jugendlichen**
- Psychotherapie bei geriatrischen und **gerontopsychiatrischen Fragestellungen**
- Psychotherapeutische Medizin bei **schweren klinisch-psychiatrischen Krankheitsbildern**
- **Paartherapien**
- **Familientherapien**
- Regelmäßige **Vorlesungen an der Karl-Franzens-Universität Graz**
- Seminare und Vorträge in der **Erwachsenenbildung** in Zusammenarbeit mit dem Bildungshaus St.Georgen am Längsee (Kärnten)
- Seminare und Vorträge in der **beruflichen Fort- und Weiterbildung für PädagogInnen** im Bereich Schule und Kindergarten
- **Ausbildung** der GLE Wien in **Existenzanalyse und Logotherapie** für Psychotherapie und für Logotherapie und Existenzanalytische Beratung. Derzeit besteht je eine Ausbildungsgruppe in Graz und in St.Georgen am Längsee. Der Beginn einer weiteren Ausbildungsgruppe in Graz ist für Feber 2001 geplant.
- **Supervisionsgruppen** für Existenzanalyse und Logotherapie
- **Einführungs- und Informationsveranstaltungen** bezüglich Ausbildung in Existenzanalyse und Logotherapie finden regelmäßig im Bildungshaus St.Georgen am Längsee und am Grazer Institut statt.
- **Jour fixe** für ExistenzanalytikerInnen und LogotherapeutInnen an jedem 1. Dienstag im Monat von 18.30-21.00Uhr. Je nach Vereinbarung finden Themen- und Fallsupervisionen statt. Wie die rege Nachfrage zeigt, hat sich unser Jour fixe in den 10 Jahren seines Bestehens als Möglichkeit, mit KollegInnen in Dialog und Austausch zu kommen, bewährt.

Informationen und Anmeldung:

Institut für Existenzanalyse und Logotherapie
A-8010 Graz, Neutorgasse 50
Telefon: +43 / 316 / 81 50 60, Mo.-Fr. 9.00-12.00 Uhr
Fax: +43 / 316 / 83 24 429 oder +43 / 316 / 58 63 38

Ankündigungen für das Studienjahr 2000 / 2001

WEITERBILDUNG IN LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE (einjährig)	Beginn: 23-25.3.2001	Existenzanalytische Motivationstheorie, Phänomenologie und Existenzanalyse der Krankheitsbilder 6 Wochenenden <i>Leitung:</i> G. Funke, S. Jaeger-Gerlach
	Beginn: 25.-27.5.2001	Sinn-, Werte- und Personlehre der Existenzanalyse und Logotherapie 6 Wochenenden <i>Leitung:</i> G. Funke, S. Jaeger-Gerlach
SEMINARE	19.-20.1.2001	Kindheitsjahre - Schicksals(prägende) Jahre? <i>Leitung:</i> Renate Stachura Fr. 16.00-20.00 Uhr Sa. 10.00-18.00 Uhr
KURSUS	6.1.2001	Bewegung, Berührung, Sprache: Aus der Mitte leben jeweils Sa. 14.00-17.30 Uhr <i>Leitung:</i> Susanne Jaeger-Gerlach
	17.2.2001	
	3.3.2001	
	7.4.2001	
EINFÜHRUNG IN DIE EXISTENZANALYSE UND LOGOTHERAPIE	9.-10.3.2001	Sinnorientierte Persönlichkeitsbildung 6 Seminarblöcke insgesamt Fr. 18.00-21.15 und Sa. 10.00-19.30 Uhr <i>Leitung:</i> G. Funke, S. Jaeger-Gerlach
	18.-19.5.2001	
	8.-9.6.2001	
AUSBILDUNG	Beginn: 25.-27.5.2001	Logotherapie und existenzanalytische Beratung und Begleitung <i>Leitung:</i> G. Funke, S. Jaeger-Gerlach

Information und Anmeldung:

Berliner Institut für Existenzanalyse und Logotherapie
Lietzenburger Straße 39, 10789 Berlin
Telefon: 030/217 77 27 Fax: 030/219 68 492
email: info@existenzanalyse-berlin.de homepage: www.existenzanalyse-berlin.de

NORDDEUTSCHES INSTITUT
für
Existenzanalyse  HANNOVER

Ankündigungen für das Studienjahr
2000 / 2001

NEUE
AUSBILDUNGSGRUPPE

**Ausbildung in Logotherapie und existenz-
analytischer Beratung** in Hannover, H 8
Leitung: Dr. Christoph Kolbe
Ausbildungsbegleitung: Helmut Dorra
Beginn: Frühjahr 2001

EINFÜHRUNG IN DIE
EXISTENZANALYSE
(VORTRÄGE)

13.12.2000

Wie wir mit Entschiedenheit leben können
Referent: Helmut Dorra
Ort: Norddeutsches Institut, Hannover

06.01.2001

End-lich leben
Referent: Helmut Dorra
Ort: LVHS Freckenhorst / Münster

15.-18.02.2001

**Vertiefungsseminar zur Einführung in Logo-
therapie und Existenzanalyse für Mitar-
beiter und Mitarbeiterinnen der Telefonseelsorge**
Referent: Dr. Christoph Kolbe
Ort: Göttingen

16.-17.03.2001

**Erziehung ist Beziehung
Von Wegen und Möglichkeiten durch Werte zu
stärken**
Referent: Dr. Christoph Kolbe
Ort: HVS Stephansstift, Hannover

19.05.2001

Wie wir mit Entschiedenheit leben können
Leitung: Helmut Dorra
Ort: LVHS Freckenhorst / Münster

5. NORDDEUTSCHES SYMPOSIUM

24.-25.11.2000

Persönlichkeitsstörungen
Leitung: Dr. Christoph Kolbe
Referent: DDr. Alfried Längle
Ort: HVS Stephansstift, Hannover

Information und Anmeldung:

Norddeutsches Institut für Existenzanalyse, Borchersstr. 21
30559 Hannover Telefon: 0511/5179000, Fax: 0511/521371
email: institut@existenzanalyse.com, homepage: www.existenzanalyse.com

INTERNATIONALE GESELLSCHAFT für Existenzanalytische Psychotherapie

SCHWEIZ

Angebote und Termine 2001

JOURS FIXES immer am 1. Donnerstag im Monat, abwechselnd in Luzern, Bern und Wil,
Beginn jeweils um 18.30 Uhr

Luzern	Bern	Wil
8. Februar	8. März	11. Jänner
3. Mai	7. Juni	5. April
6. September	11. Oktober	5. Juli
29. November		8. November

Luzern: Winkelriedstraße 5, Info bei Fr. C. Wicki, Tel/Fax: +41-41-750 52 70

Bern: Pfarreizentrum Dreifaltigkeit, Dreifhaus, Säli 3

Info bei Hrn. W. Nafzger, Tel: +41-31-371 14 68, Fax: +41-31-371 14 52

Wil: Praxis Hr. D. Müller, Poststraße 6a, Info bei Hrn. M. Erne, +41-71-923 82 71

JOURS FIXES in Basel 29. Jänner, 9. April, 18. Juni jeweils um 18.00 Uhr
Information bei Frau Z. Camachova, Tel: +41-61-413 12 22

**Alle sind zur Teilnahme herzlich eingeladen
Anmeldung ist nicht erforderlich**

GRUPPENSELBSTERFAHRUNG Interessenten melden sich bitte bei Hrn. B. Wicki

GRUPPENSUPERVISION Interessenten melden sich bitte bei Fr. C. Wicki oder bei
Fr. B. Heitger

Weitere Informationen bei:

B. Heitger,
Mezenerweg 12, Ch-3013 Bern,
Tel.: +41-31-33 24 205

TERMINE

LAUFENDE AUSBILDUNGSGRUPPEN

FACHSPEZIFIKUM

WIEN 15b	INNSBRUCK 2	INNSBRUCK 3	LOCHAU 2	PRAG 2
26.2.-2.3.01	08.-10.12.00	23.-25.02.01	26.-27.01.01	06.-07.01.01
28.-31.05.01	27.-28.01.01	28.4.-1.05.01	03.-05.03.01	03.-04.02.01
24.-28.09.01	24.-25.03.01	19.-20.05.01	16.-18.03.01	03.-04.03.01
26.-29.11.01	24.-27.05.01	23.-24.06.01	04.-06.05.01	24.-27.05.01
25.2.-1.3.02	29.6.-1.07.01	22.-23.09.01	03.-08.07.01	23.-24.06.01
WIEN 17a	LOCHAU 1	Weitere Ausbildungsgruppen finden in Moskau, Klausenburg, Arad und Temesvar statt.		
13.-14.01.01				
24.-25.02.01	07.-10.03.01			
24.-25.03.01				
19.-20.05.01				

EXISTENZANALYTISCHE BERATUNG

WIEN 16c	GRAZ 4	KÄRNTEN 1	BERLIN B5	BERLIN B6
13.-14.01.01	20.-21.01.01	16.-17.12.00	12.-14.01.01	26.-18.01.01
24.-25.02.01	03.-04.02.01	27.-28.01.01	16.-18.03.01	23.-25.02.01
24.-25.03.01	17.-18.03.01	03.-04.03.01		30.3.-1.4.01
05.-06.05.01	07.-08.04.01	21.-22.04.01		11.-13.05.01
09.-10.06.01	26.-27.05.01	19.-20.05.01		22.-24.06.01
		23.-24.06.01	MÜNSTER 2	28.-30.09.01
WIEN 17c	BERN	29.-30.09.01	08.-10.12.00	
16.-17.12.00	15.-20.01.01	20.-21.10.01	02.-04.02.01	HANNOVER 7
17.-18.02.01	07.-12.05.01	17.-18.11.01	23.-25.03.01	
17.-18.03.01	01.-06.10.01	15.-16.12.01	08.-10.06.01	12.-14.01.01
	14.-19.01.02	12.-13.01.02	17.-19.08.07	09.-11.03.01

NEUE AUSBILDUNGSGRUPPEN

EXISTENZANALYTISCHE BERATUNG

FACHSPEZIFIKUM

VORARLBERG Sommer/Herbst 2001	BERLIN B7 Mai 2001	HANNOVER 8 Februar 2001	GRAZ 5 10.-11.02.01 (Aufnahme WE.) 29.-30.04.01 07.-08.07.01 06.-07.10.01 10.-11.11.01	WIEN 18b 06.-07.10.01 (Aufnahme WE.) 15.-19.10.01 03.-06.12.01 21.-25.01.02 11.-15.03.02
----------------------------------	-----------------------	----------------------------	--	--



Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse