

Wirksamkeit existenzanalytischer Psychotherapie bei SuchtpatientInnen im stationären Setting

Eine explorative prä-post Studie

Alfried Längle¹, Astrid Görtz¹, Johannes Rauch², Helmut Jarosik³ & Reinhard Haller³

Zusammenfassung

Im Rahmen dieser explorativen Studie soll die Wirkung existenzanalytischer Therapie bei SuchtpatientInnen in einem multimodalen Therapiesetting untersucht werden. In einer Zeitspanne von sieben Jahren wurden 280 alkohol- bzw. medikamentenabhängige PatientInnen vor und nach ihrer achtwöchigen Behandlung in einem stationären Suchtkrankenhaus über ihr Selbstbild sowie über die Entwicklung personal-existentialer Fähigkeiten befragt. Es ergaben sich signifikante positive Veränderungen in allen untersuchten Bereichen, wodurch die Methode in solchen Settings als integrationsfähig gelten dürfte. In weiteren Studien sollte die existenzanalytische Therapie systematisch anderen Therapierichtungen gegenübergestellt werden, um differenziertere Informationen über ihre Effektivität zu erhalten.

Schlüsselwörter

Existenzanalyse, Effektivität, stationäre Psychotherapie, Suchttherapie.

Abstract

Effectiveness of existential analytical psychotherapy in an in-patient department for addiction. An exploratory pre-post study

In this exploratory study the effectiveness of existential analytical psychotherapy was tested in 280 hospitalized patients with alcohol or drug problems over a seven year period. The patients were investigated about their mental state, self-perception and about psychological capacities considered to be important in existential analysis before and after their eight week treatment. Results showed significant increases in all examined constructs which suggests that the method is apt for integration in similar in-patient settings. Future studies should compare existential analysis with other forms of psychotherapy to differentiate the effects of existential analysis.

Key words

Existential analysis, effectiveness, in-patient psychotherapy, psychotherapy of chemical dependency.

1 Einleitung

1.1 Stand der Forschung

In den vergangenen Jahrzehnten hat die Untersuchung evidenzbasierter Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit eine rasante Entwicklung durchlaufen. Die Metaanalyse von Süß (1995) zeigt für die verhaltenstheoretisch fundierte Breitbandtherapie eine tendenzielle Überlegenheit gegenüber der eklektischen Standardtherapie bei nichtexperimentellen Studien (auch für Deutschland). Süß (2004) betont jedoch, dass die von

ihm berücksichtigten kontrollierten Studien fast alle aus dem angloamerikanischen Sprachraum stammen, wodurch sie nicht repräsentativ für den deutschsprachigen Raum sind.

Miller und Wilbourne (2003) zeigen in ihrer Übersicht, dass Kurzinterventionen und Motivationssteigerungsansätze effektiver wirken als kognitive Therapie, Familientherapie oder klientenzentrierte Beratung. Loeber und Mann (2006) fassen die Ergebnisse verschiedener Übersichtsarbeiten zusammen und ordnen folgenden Therapieverfahren nachgewiesene Evidenz (durch Metaanalysen randomisierter Studien) zu: Motivationssteigerungsansatz, kognitiv-verhaltenstherapeutisches Bewältigungstraining, soziales Kompetenztraining, Paar- und Familientherapie, gemeindenahes Verstärkermodell und Reizexposition. Besonders hervorzuheben ist das Projekt MATCH

¹ GLE-International, Wien, Forschung

² Stiftung Maria Ebene, Carina, Feldkirch

³ Stiftung Maria Ebene, Frastanz

(u. a. Project MATCH research group, 1997a, 1997b, 1998a, 1998b). Im Vordergrund stehen bei diesem nicht differentielle Therapiewirksamkeitsunterschiede, sondern die optimale Zuweisung von homogenen PatientInnengruppen zu verschiedenen Behandlungsformen (matching). Geprüft wurde die Wirksamkeit von drei Behandlungsarten in zwei unabhängigen Bedingungen: (1) Cognitive Behavioural Coping Skill Therapy (CBT), (2) Motivational Enhancement Therapy (MET – Motivationstraining), (3) Twelve-Step Facilitation Therapy (TSF). Entgegen der Hypothese konnte matching jedoch nicht als wichtiger Faktor in Bezug auf die Outcome-Variablen identifiziert werden. In der 3-Jahres-Katamnese war die Abstinenzrate in der TSF-Bedingung (36%) am höchsten, gefolgt von MET (27%) und CBT (24%). Der Unterschied zwischen TSF und den beiden anderen Therapiekonzepten war hoch signifikant. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu den Befunden anderer Literaturübersichten und Metaanalysen.

Insgesamt erweisen sich die Forschungsbefunde zu evidenzbasierter Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit als heterogen. Insbesondere im deutschsprachigen Raum besteht noch großer Forschungsbedarf, auch Loeber und Mann (2006) betonen, dass das im angloamerikanischen Raum etablierte gemeinde-nahe Verstärkermodell, sowie Reizexpositionsverfahren und paar- und familientherapeutische Ansätze im deutschen Suchthilfesystem keine gleich starke Verbreitung gefunden haben. In diesem Kontext der Suche nach adäquaten Modellen der Suchtbehandlung soll hier eines vorgestellt werden, das aus der europäischen Tradition erwachsen ist.

Die Existenzanalyse ist eine phänomenologische Psychotherapie, die den Menschen in seiner Einmaligkeit und Einzigartigkeit zu verstehen und zu behandeln versucht (Frankl, 1959; Längle, 2008). Die Aufmerksamkeit ist auf die aktuellen Fähigkeiten und subjektive Problemlage der PatientInnen gerichtet, die Behandlung wird individualisierend entlang ihrer Kräfte und mithilfe ihres Erlebens in phänomenologischer Art auf die Psychopathologie ausgerichtet. Als Handlungsleitfaden für das prozessuale Vorgehen dient die Methode der Personalen Existenzanalyse (Längle, 2000), die durch die einzelnen Therapiesitzungen führt und so zur Qualitätssicherung der Therapie beiträgt. Inhaltlich ist die existenzanalytische Psychotherapie auf die Restrukturierung der Grunddimensionen der Existenz ausgerichtet. Dabei geht sie vom subjektiven Erleben dessen aus, was die Patienten aktuell bewegt bzw. belastet. In der problemorientierten Arbeit steht die Entwicklung von Autonomie und Eigenverantwortung als spezifische Ressourcenförderung im Vordergrund.

Die Personale Existenzanalyse (Längle, 2000) ist eine phänomenologisch ausgerichtete Therapiemethode zur Bearbeitung von Konflikten, Problemen und Beziehungen. Ziel ist es, personale Ressourcen zu mobilisieren, mit deren Hilfe die Dominanz psychodynamischer Reaktionen ersetzt bzw. gemindert werden soll, um so zu mehr personalem (d. h. verstandenem, entschiedenem und verantwortetem) Handeln zu gelangen. Die Vorgangsweise erfolgt manualisiert und kann in drei Schritte gegliedert werden. Nach der Deskription und Aktualisierung der Problemsituation geht es im ersten Schritt um die Hebung des subjektiven Eindrucks, der Affekte und der intuitiv erfassten Inhalte. Dazu wird im zweiten Schritt die persönliche Stellungnahme und innere Stimmigkeit erarbeitet. Der dritte Schritt beinhaltet die Artikula-

tion und praktisch-strategische Umsetzung des personal gefundenen Willens in einem adäquaten Ausdrucksverhalten.

Bislang gab es keinen empirischen Wirkungsnachweis der existenzanalytischen Therapie bei Alkoholabhängigkeit im deutschsprachigen Raum. Die vorliegende Arbeit präsentiert die Ergebnisse einer siebenjährigen explorativen Studie zur Gewinnung erster Informationen bezüglich der Wirksamkeit des existentiellen Ansatzes bei substanzabhängigen Personen.

1.2 Fragestellung

Das Ziel der vorliegenden Studie ist es zu prüfen, ob eine existenzanalytische Psychotherapie in eine stationäre multimodale Suchtbehandlung integriert werden kann. Dafür sollen die Veränderungen der existenzanalytischen Parameter und klinischen Symptome durch die existenzanalytische Therapie bei alkohol- und medikamentenabhängigen PatientInnen im Rahmen dieses Settings geprüft werden. Es wird eine Verringerung der Symptombelastung und eine Erhöhung der Dimensionen der Existenzskala (Selbstdistanzierung, Selbsttranszendenz, Freiheit, Verantwortung) erwartet sowie eine Verbesserung der sozialen Kompetenzen, des Lebensgefühls, der existenziellen Erfüllung und eine Verringerung depressiver Tendenzen.

2 Methoden

2.1 Design und Stichprobe

Es handelt sich um eine Längsschnittstudie mit zwei Befragungszeitpunkten. Die Befragung der Patienten erfolgte vor der achtwöchigen Behandlung und nach Abschluss dieser. Die Stichprobe umfasste 280 Personen, die im Vorarlberger Suchtkrankenhaus Maria Ebene schriftlich zu ihren Symptomen, zu ihrer allgemeinen Befindlichkeit, ihrer Lebensqualität, zu ihrem Selbstbild und ihren existenziellen Fähigkeiten befragt wurden. Davon waren 57,9% männlich und 42,1% weiblich. Das mittlere Alter betrug 40,40 Jahre ($s = 10,14$). Die Zuteilung zur Gruppe mit existenzanalytischen Methoden erfolgte in der Reihung der Anmeldung zur stationären Behandlung durch das Sekretariat, wobei Wünsche von Patienten und Therapeuten (z. B. bezüglich Nebendiagnosen) möglichst berücksichtigt wurden. Dabei ist zu bedenken, dass diese bewährte Praxis des Versorgungskrankenhauses jedoch eine tendenzielle Auswirkung auf den Behandlungserfolg durch die nicht rein randomisierte Zuteilung zur Folge haben könnte. – Zum ersten Zeitpunkt wurden alle Neuaufnahmen der Gruppe mit existenzanalytischen Methoden auf der Basis der Freiwilligkeit in die Studie einbezogen. Zum zweiten Zeitpunkt war ein Dropout von 20–50% (je nach erhobenem Fragebogen v. a. aufgrund unterschiedlicher Akzeptanz) zu verzeichnen.

2.2 Beschreibung der Intervention

Das Krankenhaus Stiftung Maria Ebene bietet Platz für 50 PatientInnen, die in drei Teams unter fachärztlich psychiatrischer Leitung behandelt werden. Der Aufenthalt in Maria Ebene

dauert acht Wochen, die meisten PatientInnen hatten einen abgeschlossenen körperlichen Entzug hinter sich. Nach einer Aufnahmewoche folgten sieben Wochen stationäre Psychotherapie mit Gruppensitzungen und Einzelgesprächen. Zusätzlich zu den psychotherapeutischen Einzel- und Gruppensitzungen kamen kunsttherapeutische Methoden sowie Entspannungsverfahren zum Einsatz. Viele PatientInnen erhielten begleitend zur Psychotherapie und abgestimmt mit dieser auch Psychopharmaka. Die PatientInnen eines achtwöchigen Turnus wurden auf Kleingruppen von jeweils acht bis neun PatientInnen aufgeteilt, welche von ein bis zwei PsychotherapeutInnen geleitet wurden. Ebenso wurde jeder Patient im Zuge der ärztlichen Aufnahme zufällig einem Einzeltherapeuten zugewiesen. Im Allgemeinen fand ein Mal pro Woche ein Einzelgespräch statt, in Krisensituationen erhöhte sich die Frequenz der Einzelgespräche nach Bedarf. Die psychotherapeutische Kleingruppe traf sich in der Regel zu drei Sitzungen wöchentlich für eineinhalb Stunden. Alle an der Studie teilnehmenden TherapeutInnen waren in Ausbildung in der fachspezifischen Richtung Existenzanalyse (Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse – Wien). Als AusbildungskandidatInnen folgten sie in ihrer Arbeit den Schritten der Personalen Existenzanalyse. Obwohl Anfänger in der Existenzanalyse, kann von einem routinierten und professionellen Umgang mit Klienten aufgrund der facheinschlägigen jahrelangen Vorerfahrung der TherapeutInnen ausgegangen werden. Die PsychotherapeutInnen nahmen an ein bis zwei intervisorischen Teamsitzungen pro Woche teil, bei denen das therapeutische Vorgehen bei den einzelnen PatientInnen detailliert besprochen wurde. Dies trug neben dem Behandlungsleitfaden (Personale Existenzanalyse) zur weiteren Qualitätssicherung bei.

2.3 Instrumente

2.3.1 Existenz-Skala (ESK: Längle, Orgler & Kundi, 2000)

Die Existenz-Skala besteht aus 46 Items, die vier Subskalen zugeordnet sind. Die Skalen *Selbstdistanzierung* und *Selbsttranszendenz* werden dabei zum übergeordneten Faktor *Personalität*, die Skalen *Freiheit* und *Verantwortung* zum Faktor *Existentialität* zusammengefasst. Beide Faktoren ergeben ein *Globalmaß*, welches als Grad der inneren Erfülltheit interpretiert wird. Die Beantwortung erfolgt auf einer sechsstufigen Ratingskala von „stimmt“ bis „stimmt nicht“. Höhere Werte sprechen für eine hohe Ausprägung in der jeweiligen Skala und sind positiv zu beurteilen. Die Homogenität des Verfahrens nach dem Rasch-Modell konnte in Modelltests bestätigt werden, die innere Konsistenz (Cronbachs Alpha) in der Eichstichprobe liegt zwischen $\alpha = .70$ bis $\alpha = .84$ für die Subskalen und $\alpha = .93$ für den Gesamtwert (Längle, Orgler & Kundi, 2000).

2.3.2 Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität (ELQ: Görtz, 2003)

Der ELQ ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen zu eigenen personalen und existentiellen Kompetenzen und umfasst in der

verwendeten Version 98 Items auf einer visuellen Analogskala, die zu den Skalen *Vertrauen*, *Lebensgefühl*, *Depressivität*, *Beziehungserleben*, *Soziales Scheitern*, *Personale Aktivität*, *Personale Passivität*, *Existenzielle Erfüllung* und *Existenzielle Leere* aufsummiert werden. Höhere Werte sprechen für eine hohe Ausprägung in der jeweiligen Skala und sind positiv zu beurteilen. Die Reliabilität beträgt für die Gesamtskala $\alpha = .93$ und für die Subskalen $\alpha = .70$ bis $\alpha = .83$ (Görtz, 2003).

2.3.3 Gießen-Test (GT: Beckmann, Brähler & Richter, 1991)

Der GT ist ein Beurteilungsverfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen. Er umfasst 40 bipolare Items, die zu sechs faktorenanalytisch begründeten Standardskalen zusammengefasst werden: *negativ sozial resonant vs. positiv sozial resonant*, *dominant vs. gefügig*, *unterkontrolliert vs. überkontrolliert*, *hypomanisch vs. depressiv*, *durchlässig vs. retentiv* und *sozial potent vs. sozial impotent*. Ein geringer Wert spricht jeweils für eine hohe Ausprägung in der links stehenden Eigenschaft und ein hoher Wert für eine hohe Ausprägung in der rechts stehenden Eigenschaft. Die Beantwortung erfolgt siebenstufig (-3 bis +3, mit Indifferenzpunkt 0). Zur Berechnung der Skalenrohwerte werden die Antwortstufen in die Punktwerte 0 bis 7 transformiert. Die mittlere innere Konsistenz der Standardskalen liegt bei $\alpha = .86$, die Retest-Reliabilität der Skalen liegt zwischen $r = .65$ und $r = .76$ (Klaiberg, 2002; Wischmann, 2002).

2.3.4 Kieler Änderungssensitive Symptomliste (KASSL: Zielke, 1979)

Die KASSL wird vielfach zur Veränderungsdiagnostik im Rahmen therapiebegleitender Erhebungen eingesetzt. Sie beinhaltet eine Checkliste mit 50 Items zu Beschwerden, die sieben Skalen zugeordnet sind. Die vier faktorenanalytisch konstruierten Skalen *Kontaktstörungen*, *Verstimmungsstörungen*, *Berufsschwierigkeiten* und *Konzentrations- und Leistungsstörungen* ergeben gemeinsam die *globale Symptombelastung*. Hohe Werte stehen für eine hohe Symptombelastung. Die Konsistenzkoeffizienten der Subskalen liegt zwischen $r = .81$ und $r = .94$ (Zielke, 1979).

2.4 Statistische Analyse

Zur Datenanalyse wurde ein T-Test für gepaarte Stichproben durchgeführt. Bei fehlenden und nicht eindeutig beantworteten Items wurde die gesamte Skala aus der Berechnung ausgeschlossen.

3 Ergebnisse

Für die Kieler Änderungssensitive Symptomliste wurde die *Symptombelastung* als Gesamtwert ermittelt. Es zeigte sich ein signifikantes Ergebnis, welches eine Symptomreduktion nach der Behandlung anzeigt $t(211) = 10.803, p < .01$.

Die Ergebnisse der Existenz-Skala sind in Tabelle 1 dargestellt. Es ergaben sich signifikante Unterschiede für alle vier Subskalen zwischen den zwei Testzeitpunkten. Die *Selbsttranszendenz*, *Selbstdistanzierung*, *Freiheit* und *Verantwortung* stiegen dementsprechend vom Beginn der Behandlung bis zum Ende an (siehe Tabelle 1).

Die Ergebnisse des Gießen Tests sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Die *positive Resonanz* verbessert sich im Laufe der Behandlung signifikant $t(200) = -3.708, p < .01$. Die *soziale Impotenz* sinkt zum zweiten Zeitpunkt hin signifikant $t(196) = 2.182, p < .01$, genauso wie die *Retentivität* $t(204) = 3.175, p < .01$. Die PatientInnen zeigen somit am Ende der Behandlung eine größere Durchlässigkeit und *soziale Potenz*. Des Weiteren ergibt sich ein signifikanter Rückgang der *Depressivität* über die Zeit $t(201) = 4.930, p < .01$. In der Skala *Zwanghaftigkeit* konnte keine signifikante Veränderung festgestellt werden. Ebenso ergaben sich in der Subskala *dominant vs. gefügig* keine signifikanten Ergebnisse (siehe Tabelle 2).

In Tabelle 3 sind die Ergebnisse des ELQ dargestellt. Es zeigt sich eine signifikante Steigerung des *Lebensgefühls* $t(124) = -6.200, p < .01$, des *Beziehungserlebens* $t(128) = -4.296, < .01$, der *personalen Aktivität* $t(129) = -5.862, p < .01$, des *Vertrauens* $t(133) = -4.541$ und der *existentiellen Erfüllung* $t(122) = -6.813, p < .01$. Eine signifikante Abnahme wird bei *sozialem Scheitern* $t(132) = 6.468, p < .01$, *personaler Passivität* $t(127) = 7.226, p < .01$, *existentieller Leere* $t(135) = 6.589, p < .01$ und *Depressivität* $t(119) = 7.646, p < .01$ verzeichnet.

4 Diskussion

Die mittels KASSL erfasste Symptombelastung sank im Laufe der Therapie ab, was für eine Verbesserung relevanter Symptome spricht.

Auch im Selbstbild zeigen sich therapierrelevante Veränderungen, erhoben durch den Gießen-Test. Die Stärkung der *sozialen Potenz* zeigt an, dass die Patienten nach der Behandlung besser auf andere zugehen können. Die Steigerung der *positiven sozialen Resonanz* zeigt sich in einer höheren Durchsetzungsfähigkeit und einer gestiegenen subjektiv erlebten Beliebtheit. Die gesteigerte Aufgeschlossenheit und das stärkere Erleben von Nähe lässt die Personen zu Therapieende weniger ängstlich und seltener bedrückt fühlen. Es ist anzunehmen, dass sich neben der Therapiewirkung das stationäre Setting

Tab. 1: ESK – T-test für gepaarte Stichproben

Variable	prä-treatment	post-treatment	Prüfgröße	Freiheitsgrade	Signifikanz
Selbstdistanzierung	$M = 29.39$ $s = 7.34$	$M = 31.19$ $s = 7.51$	$T = -3.884$	190	0.000
Selbsttranszendenz	$M = 58.63$ $s = 11.06$	$M = 63.71$ $s = 11.74$	$T = -6.568$	190	0.000
Freiheit	$M = 41.56$ $s = 9.57$	$M = 46.45$ $s = 9.67$	$T = -7.706$	183	0.000
Verantwortung	$M = 48.11$ $s = 11.91$	$M = 52.96$ $s = 12.24$	$T = -6.350$	191	0.000

Test bei gepaarten Stichproben		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95 % Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren 1	ESK_Selbsttranszendenz_a – ESK_Selbsttranszendenz_b	-5,07330	10,67584	,77248	-6,59703	-3,54957	-6,568	190	,000
Paaren 2	ESK_Selbstdistanzierung_a – ESK_Selbstdistanzierung_b	-1,80628	6,42767	,46509	-2,72369	-,88888	-3,884	190	,000
Paaren 3	ESK_Freiheit_a – ESK_Freiheit_b	-4,89130	8,61052	,63478	-6,14373	-3,63888	-7,706	183	,000
Paaren 4	ESK_Verantwortung_a – ESK_Verantwortung_c	-9,51020	11,97762	1,71109	-12,95058	-6,06983	-5,558	48	,000

Tab. 2: GT – T-test für gepaarte Stichproben

Variable	prä-treatment	post-treatment	Prüfgröße	Freiheitsgrade	Signifikanz
negative vs. positive soziale Resonanz	$M = 27.38$ $s = 5.69$	$M = 28.98$ $s = 5.77$	$T = -3.708$	200	0.000
sozial potent vs. sozial impotent	$M = 20.62$ $s = 5.44$	$M = 19.34$ $s = 5.94$	$T = 2.182$	196	0.005
durchlässig vs. retentiv	$M = 23.58$ $s = 6.88$	$M = 22.29$ $s = 6.34$	$T = 3.175$	204	0.002
hypomanisch vs. depressiv	$M = 27.70$ $s = 6.31$	$M = 25.62$ $s = 5.92$	$T = 4.930$	201	0.000
unkontrolliert vs. zwanghaft	$M = 24.41$ $s = 5.26$	$M = 24.63$ $s = 4.81$	$T = -.700$	206	0.484
dominant vs. gefügig	$M = 25.95$ $s = 5.43$	$M = 25.42$ $s = 5.25$	$T = 1.549$	198	0.123

Test bei gepaarten Stichproben

		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren 1	GT Neg. vs. pos. soziale Resonanz A neu – GT Neg. vs. pos. soziale Resonanz B neu	-1,507	5,764	,407	-2,309	-,706	-3,708	200	,000
Paaren 2	GT Dominanz vs. Gefügigkeit A neu – GT Dominanz vs. Gefügigkeit B neu	,533	4,850	,344	-,145	1,211	1,549	198	,123
Paaren 3	GT Unkontrolliert vs. Zwanghaft A neu – GT Unkontrolliert vs. Zwanghaft B neu	-,222	4,564	,317	-,848	,403	-,700	206	,484
Paaren 4	GT Hymomanisch vs. Depressiv A neu – GT Hymomanisch vs. Depressiv B neu	2,074	5,980	,421	1,245	2,904	4,930	201	,000
Paaren 5	GT Durchlässig vs. retentiv A neu – GT Durchlässig vs. retentiv B neu	1,283	5,785	,404	,486	2,080	3,175	204	,002
Paaren 6	GT sozial potent vs. sozial impotent A neu – GT sozial potent vs. sozial impotent B neu	1,289	6,352	,453	,397	2,182	2,849	196	,005

und der damit einhergehende Kontakt zu anderen PatientInnen als fördernde Rahmenbedingung konkordant zur therapeutischen Arbeit auswirkten. Das Optimum der Skala *unkontrolliert versus zwanghaft* liegt in der Mitte, eine Bewegung zum einen oder anderen Pol stellt entweder einen Verlust oder eine Rigidität psychischer Kontrollfähigkeit dar. Es ist kein Ziel existenzanalytischer Psychotherapie, auf der Ebene der Verhaltenskontrolle Veränderungen zu bewirken, wodurch eine Verschiebung dieser Dimension nicht zu erwarten war. Auch eine Veränderung im Persönlichkeitsmerkmal der *Dominanz* stellt kein Ziel der existenzanalytischen Behandlung dar. Bei den Skalen, die auf der existenzanalytischen Theorie beruhen (ESK und ELQ), zeigen sich therapiebedingte signifikante

Veränderungen. Existenzanalytische Psychotherapie im stationären Setting scheint bei SuchtpatientInnen die *Verantwortung* für ihr Leben, für ihre Werte wie auch für sich selbst zu fördern. Sie verbessert die *Selbsttranszendenz* deutlich, was gerade im stationären Bereich durch das konkrete Erleben und Üben dieser Fähigkeit möglicherweise zusätzlich verstärkt wird. Weiters entwickeln die PatientInnen ein stärker ausgeprägtes *Freiheitsgefühl* und scheinen somit für eigene Entscheidungen und autonomes Wählen besser befähigt zu werden. Am geringsten waren die Veränderungen in der *Selbstdistanzierung*, obwohl auch diese signifikant ausfielen. Die Fähigkeit, sich aus intrapsychischem Verhaftet-Sein zu lösen und zu sich selbst in Distanz zu kommen, benötigt bei Sucht-

Tab. 3: ELQ – T-test für gepaarte Stichproben

Variable	prä-treatment	post-treatment	Prüfgröße	Freiheitsgrade	Signifikanz
Vertrauen	$M = 141.47$ $s = 42.67$	$M = 119.36$ $s = 32.90$	$T = 6.720$	130	0.000
Lebensgefühl	$M = 255.62$ $s = 127.98$	$M = 338.52$ $s = 97.71$	$T = -6.200$	124	0.000
Depressivität	$M = 190.00$ $s = 76.43$	$M = 132.55$ $s = 67.42$	$T = 7.646$	119	0.000
Beziehungserleben	$M = 232.43$ $s = 88.89$	$M = 266.60$ $s = 68.55$	$T = -4.296$	128	0.000
Soziales Scheitern	$M = 117.29$ $s = 62.90$	$M = 81.72$ $s = 49.46$	$T = 6.468$	132	0.000
Personale Aktivität	$M = 127.65$ $s = 55.05$	$M = 160.68$ $s = 44.41$	$T = -5.862$	129	0.000
Personale Passivität	$M = 102.63$ $s = 58.67$	$M = 66.27$ $s = 46.64$	$T = 7.226$	127	0.000
Existenzielle Erfüllung	$M = 241.02$ $s = 110.54$	$M = 311.48$ $s = 83.88$	$T = -6.813$	122	0.000
Existenzielle Leere	$M = 32.88$ $s = 25.66$	$M = 17.73$ $s = 18.97$	$T = 6.589$	135	0.000

patienten offenbar länger, um sich zu entwickeln, und kann in acht Wochen nur bis zu einem bestimmten Grad erarbeitet werden. Vielleicht handelt es sich dabei auch um eine Art Residualsymptom nach einer einmal durchgemachten Suchtkrankheit. Die Dimension *Vertrauen* des Fragebogens zur existentiellen Lebensqualität bezieht sich auf die Fähigkeit, sich auf haltgebende Strukturen einlassen zu können und über ein ausgeprägtes Grundvertrauen zu verfügen (Görtz, 2003). Diese Fähigkeit erhöht sich in diesem Setting im Rahmen der Therapie, wie auch das *Lebensgefühl* (innere Lebendigkeit). Im Gegenzug dazu steht die *Depressivität* für das Gefühl von Lebensverlust, fehlender Beziehung zu Werten, von Belastung und Schuld, welche durch die Behandlung signifikant vermindert werden. Dieses Ergebnis ist konform mit der verringerten Depressivität, die sich im Gießen-Test zeigt. Der höhere Wert in der Dimension *Beziehungserleben* zum zweiten Testzeitpunkt beschreibt das subjektive Gefühl, als Mensch geliebt und geschätzt zu werden und sich auf Beziehungen einlassen zu können. Zusätzlich zeigt sich dies in einem verminderten Wert in der Dimension *soziales Scheitern*. Die PatientInnen schreiben sich eine erhöhte Fähigkeit in der aktiven Bewältigung von Schwierigkeiten und der Verwirklichung eigener Ideen zu, was zur Zunahme der Dimension *Personale Aktivität* und zur Abnahme der Dimension *Personale Passivität* führt. Die *Existenzielle Erfüllung* ist nach der Therapie höher, was für ein höheres Ganzheitsempfinden spricht und als Ausdruck besser gelingenden Lebens verstanden werden kann. Komplementär spiegelt sich dies im verminderten Wert in der Dimension *Existenzielle Leere* wider.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine existenzanalytische Psychotherapie in den Rahmen eines multimodalen Therapieprogramms im stationären Setting integrierbar ist, da die

Ergebnisse nicht nur eine Reduktion klinischer Symptome aufweisen, sondern darüber hinaus signifikante Veränderungen in personal-existentiellen Fähigkeiten bewirkt. Damit geht eine Verbesserung der existentiellen Erfüllung sowie des Selbst- und Weltbezugs einher. Die Veränderungen auf der Strukturebene könnten einen positiven Einfluss auf die Nachhaltigkeit des Therapieerfolgs haben, was in einer weiteren Studie zu untersuchen wäre. Ebenso wichtig wäre es, die existenzanalytische Therapie systematisch anderen Therapierichtungen gegenüberzustellen, um differenziertere Information über die Effektivität zu erhalten.

Anmerkung

Überarbeitete Fassung angenommen am 4. 2. 2014.

Literaturverzeichnis

- BECKMANN, D., BRÄHLER E. & RICHTER, H.-E. (1991). *Gießen-Test (GT). Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik* (4. Auflage). Bern: Huber.
- FRANKL, V. (1959). Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie. In FRANKL V., GEBSATTEL V. & SCHULTZ J. H. (Hrsg.). *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie Bd. III*. München, Berlin: Urban & Schwarzenberg, 663–736.
- GÖRTZ, A. (2003). *Lebensqualität aus existenzanalytischer Sicht. Die Entwicklung eines psychotherapeutisch orientierten Diagnostikums zur Erfassung von Lebensqualität und seine Validierung an Suchtkranken*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien.
- KLAIBERG, A. (2002). Gießen-Test. In E. BRÄHLER, J. SCHUMACHER & B. STRAUSS (Hrsg.). *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe, 172–175.
- LÄNGLE, A. (2000). *Personale Existenzanalyse* (1. Auflage). Wien: Facultas Universitätsverlag.

- LÄNGLE, A. (2008). Existenzanalyse. In A. LÄNGLE & A. HOLZHEY-KUNZ (Hrsg.). *Existenzanalyse und Daseinsanalyse*. Wien: UTB (Facultas), 29–180.
- LÄNGLE, A., ORGLER, C. & KUNDI, M. (2000). *ESK – Existenz-Skala*. Göttingen: Beltz Test.
- LOEBER, S. & MANN, K. (2005). *Entwicklung einer evidenzbasierten Psychotherapie bei Alkoholismus. Eine Übersicht*. Springer Medizin Verlag.
- MILLER, W. R., WILBOURNE, P. L. & HETTEMA, J. E. (2003). What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In HESTER R. K. & MILLER W. R. (Hrsg.). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Project MATCH Research Group (1997a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7–29.
- Project MATCH Research Group (1997b). Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction*, 92, 1671–1698.
- Project MATCH Research Group (1998a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 631–639.
- Project MATCH Research Group (1998b). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1300–1311.
- SÜSS, H. M. (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau*, 46, 248–266.
- SÜSS, H. M. (2004). Zur differentiellen Wirksamkeit von psychosozialen Behandlungsmaßnahmen bei Alkoholabhängigen: Ein methodenkritischer Vergleich von systematischen Literaturübersichten und Metaanalysen. *Abhängigkeiten*, 3, 1–17.
- WISCHMANN, T. (2002). Gießen-Test. In E. BRÄHLER, H. HOLLING, D. LEUTNER & F. PETERMANN (Hrsg.). *Brickenkamp. Handbuch psychologischer und pädagogischer Test. Bd. 1*. (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe, 661–662.
- ZIELKE, M. (1979). *Kieler Änderungssensitive Symptomliste (KASSL) – Manual*. Weinheim: Beltz.

Informationen zu den Autoren

PD Dr.med. Dr.phil. Alfried Längle, Leiter der Forschungsprojekte an der Gesellschaft für Existenzanalyse und Logotherapie, Eduard Sueß-Gasse 10, 1150 Wien

Tel. 0043-1-985 95 66, alfried.laengle@existenzanalyse.org

Mag. Dr. Astrid Görtz, Zuständig für die Durchführung und Koordination der Forschungsprojekte an der Gesellschaft für Existenzanalyse und Logotherapie. Eduard Sueß-Gasse 10, 1150 Wien

Tel. 0043-1-985 95 66, astrid.goertz@existenzanalyse.org

Korrespondenzadresse

PD DDr. Alfried Längle, Eduard Sueß-Gasse 10, 1150 Wien, Österreich

Tel. 0043-1-985 95 66

alfried.laengle@existenzanalyse.org