

Alfried Längle, Astrid Görtz, Christian Probst, Michaela Probst, Christa Lopatka, Maria Kubin und Karin Steinert

# Wie wirksam ist existenzanalytische Psychotherapie: ein Projektbericht zur Existenzanalyse

## How effective is existential analytical psychotherapy: a study about the efficiency of existential analysis

**Abstract** This article was designed to introduce a research study carried out by the Society of Logotherapy and Existential Analysis in which the effectiveness of existential analytical individual therapy in psychotherapeutic practice has temporarily been tested on 248 patients. The examination was conceived as a prospective study of effectiveness with a timetable for a series of tests. Variables relevant to existential analysis were taken into consideration upon deciding on the appropriate test, together with standardised tests commonly in use elsewhere. The results provide the evidence for the high effectiveness of existential analytical therapeutic methods.

### Keywords:

Empirical study; Existential analysis; Effectiveness; Psychotherapeutic research.

## Einleitung

Zwischen 1993 und 2004 führte die Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse eine Studie durch, mit dem Ziel, die Wirksamkeit existenzanalytischer Einzeltherapie in der freien Praxis zu untersuchen. Im stationären Setting konnte bereits eine gute Wirksamkeit der Existenzanalyse bei Suchtpatienten an Hand von mittleren Effektstärken (bis zu 0,83 im Bereich der Lebensqualität) nachgewiesen werden (Längle et al. 2000a, Görtz 2004). Die hier präsentierte Studie ist noch nicht vollständig abgeschlossen. Es liegen jedoch bereits Daten von fast 250 Patienten<sup>1</sup> vor, die hier in Form von vorläufigen Ergebnissen präsentiert werden sollen.

## Studiendesign

Die Untersuchung wurde als prospektive Wirksamkeitsstudie mit mehreren Testzeitpunkten konzipiert. Sowohl zu Therapiebeginn als auch jede zehnte Therapiesitzung wurden Existentialität und Personalität mit Hilfe der Existenzskala sowie die Befindlichkeit mit Hilfe der Kieler Änderungssensitiven Symptomliste erfasst. Zu diesen Zeitpunkten (mit Ausnahme des Therapiebeginns) wurde eine rückblickende Einschätzung zum Therapieverlauf mit Hilfe des Veränderungsfragebogens zum Erleben und Verhalten erhoben. Ab der zweiten Sitzung füllte der Patient außerdem in jeder Therapiesitzung

eine Skala zur aktuellen Lebenssituation aus.

Zu Therapiebeginn wurden darüber hinaus soziodemografische Daten des Patienten erhoben und eine Diagnose nach DSM III-R festgelegt.

Die Auswahl der Variablen erfolgte nach dem Gesichtspunkt, möglichst standardisierte, in der Psychotherapieforschung erprobte Verfahren einzusetzen, die einerseits dem anthropologischen Hintergrund der Existenzanalyse nahe stehen und die andererseits eine allgemein gültige Aussage zur Therapiewirksamkeit ermöglichen. Im Folgenden werden die verwendeten Verfahren kurz dargestellt.

Die Existenzskala (ESk) (Längle et al. 2000b) ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen, der auf Grundlage der Anthropologie der Logotherapie entwickelt wurde. Sie besteht aus den vier Subskalen Selbst-Distanzierung, Selbst-Transzendenz, Freiheit und Verantwortung. Die Fähigkeit zur Selbst-Distanzierung ermöglicht es dem Menschen, zu sich selbst Abstand gewinnen zu können, von Wünschen, Vorstellungen, Gefühlen, Zweckabsichten etc. soweit auf Distanz gehen, dass der Blick frei wird für die Wahrnehmung der Welt, für die Wahrnehmung der realen Gegebenheiten einer Situation. Neben dieser Offenheit nach innen besitzt der Mensch die Fähigkeit der Offenheit seiner Welt gegenüber, er kann Sinn und Werte außer-

**Korrespondenz:** DDR. Alfred Längle, Internationale Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse, Eduard Sueß-Gasse 10, 1150 Wien, Österreich.  
E-Mail: gle@existenzanalyse.org

<sup>1</sup> Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

## Zusammenfassung

In diesem Artikel soll eine Studie der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse vorgestellt werden, welche die Wirksamkeit existenzanalytischer Einzeltherapie in der psychotherapeutischen Praxis an vorläufig 248 Patienten und Patientinnen untersucht hat. Die Untersuchung wurde als prospektive Wirksamkeitsstudie mit mehreren Testzeitpunkten konzipiert. Die Testauswahl fand unter Berücksichtigung der für die Existenzanalyse relevanten Variablen in Verbindung mit bereits anderenorts standardisierten Testverfahren statt. Die Ergebnisse liefern einen Beleg für die gute Wirksamkeit der existenzanalytischen Wirksamkeit in freier Praxis.

### Schlüsselworte:

Empirische Untersuchung; Existenzanalyse; Effektivität; Psychotherapieforschung.

halb seiner selbst erkennen und erfüllen, und er kann emotional mit ihnen mitschwingen. Durch die Fähigkeit zur Selbst-Transzendenz überschreitet der Mensch sich selbst (Längle 1988a). In der ESk bilden die Subskalen Selbst-Distanzierung und Selbst-Transzendenz gemeinsam das P-Maß (P, Persönlichkeit), also ein „Maß für die Entfaltung des Personseins in Hinblick auf Weltoffenheit und Selbstwahrnehmung“ (Längle et al. 2000b, S. 51).

Freiheit meint im Zusammenhang der Existenzanalyse die Fähigkeit, reale Handlungsmöglichkeiten im täglichen Leben ausfindig zu machen, sie entsprechend ihrer Wertigkeit zu hierarchisieren und so zu einer persönlichen Entscheidung zu kommen (Längle 1988b, Drexler 2000). Nur konkrete Antworten, also Taten, sind existentielle Antworten. Wenn sie der Mensch gibt, dann verantwortet er seine Existenz. Mit Verantwortung ist also die Bereitschaft gemeint, sich entschieden und umsichtig auf persönliche Aufgaben und Werte einlassen zu können (Längle 1985). Die beiden Subskalen Freiheit und Verantwortung ergeben in der ESk zusammen das E-Maß (E, Existentialität), also ein Maß für die Fähigkeit, sich entschieden und verantwortlich auf die Welt einzulassen. P-Maß und E-Maß ergeben schließlich zusammengenommen das G-Maß (Gesamt-Maß) der Existenzskala, das Maß für sinnerfüllte, personale Existenz.

Die Kieler Änderungssensitive Symptomliste (KASSL) von Zielke (1979) umfasst vier Skalen, denen insgesamt 50 Items zugeordnet sind, die verschiedene Beschwerden erfassen, und zwar in folgenden Bereichen:

1. *soziale Kontaktstörung (SK)*, z. B. mangelndes Selbstvertrauen, Angst vor anderen Menschen, Minderwertigkeitsgefühle, allgemeine Kontaktarmut;
2. *Verstimmungsstörungen (Ve)*, z. B. Lebensüberdruß, Überlastungsgefühle, Einsamkeit, Gefühl, den Alltagsanforderungen nicht gewachsen zu sein;
3. *Berufsschwierigkeiten (Be)*, z. B. mangelndes Interesse am Beruf, Entschlusslosigkeit, mangelnde Ausdauer, Unsicherheit bei der Berufswahl;
4. *Konzentrations- und Leistungsstörungen (KL)*: z. B. Konzentrationschwierigkeiten, Leistungsschwäche, Angst zu versagen, Lernschwierigkeiten.

Alle vier Skalen gemeinsam bilden den Gesamtwert der Symptombelastung.

Der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) (Zielke und Kopf-Mehnert 1978) ist ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung der retrospektiv vom Patienten wahrgenommenen Veränderungen. Der Test besteht aus 42 Items, die Veränderungen in Bezug auf unterschiedliche Situationen (allgemeine Erlebnisweisen, Verhalten in sozialen Situationen, Verhalten und Erleben in Leistungssituationen) erfragen. Der daraus resultierende Gesamtwert gibt Auskunft darüber, in welcher Richtung und mit welcher Stärke sich ein Patient rückblickend in seinem Verhalten und in seinem Erleben verändert hat.

Die Skala zur aktuellen Lebenssituation besteht aus 6 Items. Dieses Instrument wurde speziell für die Studie entwickelt. Es war als „Wochenbogen“ konzipiert, um Veränderungen von einer Therapiesitzung auf die andere zu erfassen. Dabei ist zu beachten, dass nicht primär die Qualität der Sitzung selbst beurteilt wird, sondern die Veränderung durch die Therapiesitzung. Diese kann sich auch erst nach einigen Tagen oder knapp vor der nächsten Stunde einstellen. Einzelne Items lauten z. B. „Ich fühle mich gegenüber der letzten Stunde schlechter oder besser.“; „Ich fühle mich gegenüber der letzten Stunde belasteter oder entlasteter.“; „Ich komme heute ungern oder gern in die Therapiestunde.“.

## Stichprobe

An der Studie nahmen 12 Therapeuten aus Graz und Wien teil, die als Existenzanalytiker in freier Praxis arbeiten. Die Aufforderung zur Teilnahme an der Studie erging österreichweit. Auf Grund der Neuartigkeit und auch der „Fremdartigkeit“ der Forschungsmethodik – die Existenzanalyse ist in ihrem therapeutischen Vorgehen stark am phänomenologischen Ansatz orientiert, der Einsatz von Fragebögen innerhalb der Therapie ist eine Seltenheit – fiel die Teilnahme eher gering aus, Selektionseffekte sind also nicht auszuschließen. Die Therapeuten wurden aufgefordert, über einen bestimmten Zeitraum alle Patienten in die Untersuchung einzubeziehen, insbesondere auch diejenigen Patienten zu dokumentieren, die nicht an der Studie teilnehmen konnten oder wollten. Innerhalb jeder Einzelpraxis kann also von einer Vollerhebung gesprochen werden.

Ausgewertet wurden die vorliegenden Daten von 248 Patienten. Die Geschlechterverteilung der Patientstichprobe ergibt 71 % Frauen zu 29 % Männern. Das Durchschnittsalter der Patienten beträgt 32 Jahre. 44 % der Patienten leben in der Stadt, 49 % am Land (von 7 % gibt es keine Angaben dazu). 37 % der Patienten haben eine Allgemeinbildende Höhere Schule absolviert, 24 % eine Berufsschule, 23 % eine Pflichtschule und 8 % eine Hochschule (von 8 % gibt es keine Angabe dazu). Als derzeit vorwiegend ausgeübten Beruf geben 41 % der Patienten an, als mittlerer oder höherer Angestellter tätig zu sein, 19 % sind in Ausbildung, 12 % sind Arbeiter, 12 % sind Hausfrauen (10 % fallen in andere Bereiche, zum Beispiel „ohne Beruf“, „in Pension“, „Landwirt“; von weiteren 6 % liegt keine Angabe vor).

53 % der Patienten ledig sind, 41 % sind verheiratet und 6 % sind geschieden.

Der Zugang zu einer existenzanalytischen Psychotherapie ist unterschiedlich: 60 % der Patienten kommen von selbst in die Therapie, 21 % werden vom Arzt und 11 % von einer Klinik überwiesen (andere Zuweiser 8 %).

Die durchschnittliche Therapiedauer beträgt 28 Stunden (Therapieabbrüche nicht eingeschlossen), wobei die kürzeste Therapie über 3 Stunden, die längste über 106 Stunden dauert. Nimmt man die Therapieabbrüche dazu, sinkt die durchschnittliche Therapiedauer auf 21 Stunden. Die Therapieabbruchrate liegt bei 24 %.

Bei den gestellten Diagnosen kommen neurotische Depressionen (ICD-10-Diagnose 300.40) mit 27 % am häufigsten vor, gefolgt von Angststörungen (ICD-10-Diagnosen 300.00, 300.01, 300.02) mit 24 % und von Konversionsstörungen (ICD-10-Diagnose 300.11) mit 15 %. Persönlichkeitsstörungen liegen bei 7 %, Zwangsstörungen, Essstörungen, Suchterkrankungen und Psychosen liegen bei jeweils 3 % der Patienten vor (Sonstiges 9 %, ohne Angaben 6 %).

## Ergebnisse

### Gesamt-Therapieeffekt (Prä-Post-Vergleich)

In einer ersten Fragestellung wurde überprüft, wie sich die Variablen „Personalität“ und „Existentialität“ (geme-

sen mit der ESk) und „Symptombelastung“ (erfasst mit der KASSL) zwischen Therapiebeginn und Therapieende verändern. Für sämtliche Skalen und Subskalen wurden einfaktorische Varianzanalysen mit Messwiederholungen durchgeführt. Als ungefähres Maß für die Homogenität der Korrelationen zwischen den Faktorstufen wurden die mittleren Interkorrelationen bzw. das Verhältnis  $r_{\max} / r_{\min}$  berechnet. Für  $r_{\max} / r_{\min} \geq 2.8$  wurden zusätzliche Rangvarianzanalysen nach Friedman durchgeführt. Weiters wurden mittlere Effektstärken nach der Formel  $E = (\bar{x}_{TE} - \bar{x}_{TB}) / s_{TB}$  mit  $\bar{x}_{TB}$  als Mittelwert der Rohwerte zu Therapiebeginn (Prätest),  $\bar{x}_{TE}$  als Mittelwert der Rohwerte zu Therapieende und  $s_{TB}$  als Standardabweichung der Rohwerte zu Therapiebeginn berechnet. In allen überprüften Fällen zeigt sich ein hochsignifikanter Effekt des Treatment-Faktors „Therapie“ bei  $\alpha = 1\%$ . Die Mittelwerte weisen über den zeitlichen Verlauf der Therapieintervention einen jeweils monotonen Trend auf. Die mittleren Effektstärken zeigen die Wirksamkeit der therapeutischen Intervention, wobei eine Effektstärke ab 0,50 als relevante Veränderung und ab 0,80 als starke Veränderung interpretiert werden kann (Cohen 1977).

Tabelle 1 gibt die Veränderungen zwischen Therapiebeginn und Therapieende in mittleren Effektstärken wieder.

In der ESk zeigen sich die deutlichsten Veränderungen zwischen Therapiebeginn und Therapieende in der Subskala Freiheit, gefolgt von der Subskala Verantwortung. Dieses Ergebnis überrascht nicht, bilden doch diese beiden Skalen gemeinsam das E-Maß (Existentialität), also die Art und Weise, wie entschieden und verantwortlich sich jemand auf seine Welt einlässt und in ihr handelt. Während der existenzanalytischen Psychotherapie verändern sich diese Zugangsweisen signifikant und in Richtung Mittelwert der Eichstichprobe. Vor allem das Erleben der eigenen Entscheidungsfreiheit und -fähigkeit wächst stark an. Die Entscheidungsfähigkeit hängt einerseits von subjektiven Vorgaben (wie Kraft, Konzentration, Mut etc.) ab, andererseits vom Sehen vorhandener Wahlmöglichkeiten und Alternativen. Durch die Therapie wird die Bezugnahme zu diesen äußeren und inneren Bedingungen gefördert.

Auch die Subskalen Selbst-Distanzierung und Selbst-Transzendenz weisen hoch signifikante Veränderungen im Prä-Post-Vergleich auf, wenn auch die Effektstärken nicht so hoch liegen wie bei den Subskalen Freiheit und Verantwortung. Selbst-Distanzierung und Selbst-Transzendenz bilden gemeinsam das P-Maß (Personalität). Das P-Maß beschreibt ein wesentliches Charakteristikum der Person, „nämlich ihre kogni-

Tabelle 1. Mittelwerte und mittlere Effektstärken der ESk und der KASSL für Gesamttherapieeffekt

| Skala, Subskala <sup>a</sup> , Maß | Mittelwert      |                      | Mittl. Effektstärke | Mittelwert der Eichstichprobe |
|------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|-------------------------------|
|                                    | TB <sup>b</sup> | TE <sup>c</sup>      |                     |                               |
| SD                                 | 28,67           | 32,44 <sup>*d</sup>  | 0,55                | 35,31                         |
| ST                                 | 62,95           | 69,84 <sup>**</sup>  | 0,49                | 71,22                         |
| F                                  | 41,47           | 53,59 <sup>**</sup>  | 1,13                | 50,59                         |
| V                                  | 47,65           | 57,55 <sup>**</sup>  | 0,80                | 57,09                         |
| P-Maß                              | 90,67           | 101,50 <sup>**</sup> | 0,62                | 106,53                        |
| E-Maß                              | 91,47           | 115,53 <sup>**</sup> | 1,14                | 107,65                        |
| Ges-Maß                            | 184,19          | 218,75 <sup>**</sup> | 0,99                | 214,18                        |
| KASSL                              |                 |                      |                     |                               |
| SK                                 | 5,14            | 2,24 <sup>**</sup>   | -0,81               |                               |
| Ve                                 | 8,60            | 2,85 <sup>**</sup>   | -1,38               |                               |
| Be                                 | 4,10            | 1,60 <sup>**</sup>   | -0,84               |                               |
| KL                                 | 3,05            | 1,62 <sup>**</sup>   | -0,62               |                               |
| Sb                                 | 20,75           | 8,35 <sup>**</sup>   | -1,25               |                               |

<sup>a</sup> SD, Selbst-Distanzierung; ST, Selbst-Transzendenz; F, Freiheit; V, Verantwortung; SK, soziale Kontaktstörung; Ve, Verstimmungstörungen; Be, Berufsschwierigkeiten; KL, Konzentrations- und Leistungsstörungen; Sb, Symptombelastung (KASSL-Gesamtwert)

<sup>b</sup> TB, Therapiebeginn

<sup>c</sup> TE, Therapieende

<sup>d</sup> Statistisch signifikanter Unterschied gegenüber Therapiebeginn bei  $\alpha = 1\%$

## L'utilité de la psychothérapie fondée sur l'analyse existentielle : une étude de son efficacité

**Resumé** Nous présentons dans cet article une étude effectuée par la Société de logothérapie et d'analyse existentielle (Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse) pour démontrer l'utilité de ce type de psychothérapie en setting individuel ambulatoire. Le travail a été fait entre 1993 et 2004 et, à ce jour, près de 250 patients (dont 71 % de femmes) y ont été inclus. Chaque thérapeute participant à l'étude y a contribué l'ensemble de ses données. La durée du traitement a été en moyenne de 28 séances, avec d'importantes différences entre cas (de 3 à 106 séances).

Le protocole utilisé fut celui d'une étude d'efficacité prospective, y compris plusieurs points de mesure des données. Le choix des instruments se fit en fonction des variables pertinentes du point de vue de l'analyse existentielle, combinées avec des procédures déjà standardisées pour d'autres orientations. Au début de la thérapie puis toutes les dix séances, on a mesuré l'existentialité et la personnalité des clients en utilisant une échelle spécifique (Existenzskala, ESK), ainsi que leur état personnel (avec une liste de symptômes tenant compte d'une évolution, développée à Kiel, KASSL). Pour chacun de ces moments (à l'exception du début de la thérapie) on a aussi collecté des données rétrospectives sur le déroulement du traitement, en utilisant un questionnaire (Veränderungsfragebogen zum Erleben und Verhalten, VEV). De plus, à partir de la deuxième séance on a collecté des données concernant l'évolution depuis le dernier rendez-vous en utilisant une procédure spécialement élaborée.

La comparaison entre les données collectées au début et à la fin de la thérapie mettent en évidence des effets très significatifs du traitement sur toutes les échelles et sous-échelles prises en compte. Des valeurs moyennes concernant l'importance de ces effets ont été utilisées pour évaluer l'efficacité du traitement. Les changements les plus nets entre le début et la fin de la thérapie sont enregistrés au niveau des symptômes : globalement les patients en souffrent moins et une amélioration se trouve en particulier par rapport aux « troubles de l'humeur ». On enregistre également des améliorations très importantes au niveau de facteurs existentiels (existentialité) et tout particulièrement dans le domaine de la liberté. On sait qu'il s'agit là des domaines que,

dans le cas de troubles névrotiques, la psychothérapie contribue le mieux à améliorer.

Les effets à moyen terme de la psychothérapie (enregistrés toutes les dix séances) correspondent à un schéma similaire dans les domaines de l'existentialité, de la personnalité et du ressenti des patients. L'amélioration obtenue par l'affaiblissement des symptômes est plus importante que ne l'est celle des variables mesurées sur l'échelle existentielle. Les évaluations rétrospectives menées avec le VEV n'expriment pas d'effets de monotonie, ce qui peut permettre de supposer que cette forme de mesure n'est pas très fiable puisqu'elle dépend de l'humeur du moment.

Par rapport aux variables socio-démographiques, nous avons constaté dans notre étude que ni le sexe, ni l'éducation et l'état civil des patients, ni l'identité du psychothérapeute n'ont d'influence statistiquement pertinente sur les effets. Pourtant, l'âge, le lieu de résidence et jusqu'à un certain point la profession des clients influent sur la réussite de la thérapie : les effets les plus positifs sont enregistrés chez des personnes de moins de 20 ou de plus de 50 ans ; les habitants de zones rurales retirent des bénéfices plus importants de la thérapie que ne le font les citadins ; les femmes au foyer sont les clients pour lesquels les plus importantes améliorations sont obtenues dans le domaine des « troubles des relations sociales ».

Le diagnostic joue un rôle important par rapport au résultat de la thérapie. Chez les personnes souffrant de dépression d'origine névrotique ou de troubles avec conversion, c'est l'échelle existentielle qui évolue le plus positivement ; chez celles qui souffrent d'un trouble de la personnalité, ce sont les symptômes qui s'améliorent le plus. Les clients qui interrompent la thérapie sont avant tout ceux auxquels celle-ci a apporté une nette amélioration au niveau de leurs difficultés professionnelles.

Finalement, nous avons réussi à montrer que ni le nombre ni la répartition de phases positives dans la thérapie (sur dix séances) ne jouent de rôle du point de vue du succès global du traitement par l'analyse existentielle.

Dans l'ensemble, les résultats enregistrés montrent que les psychothérapies de ce type offertes par des thérapeutes indépendants ont indubitablement des effets positifs.

tive und emotionale Zugänglichkeit für sich und die Welt“ (Längle et al. 2000b, S. 51). Niedere P-Maße zeigen, dass personale Grundfähigkeiten in ihrem Einsatz blockiert sind. Wenn solche Blockaden anhalten, dann sind sie oft auf der Persönlichkeitsebene angesiedelt. Während sich Störungen im E-Bereich tendenziell mehr im Neurotizismus niederschlagen, weisen Störungen im P-Bereich oft auf Persönlichkeitsstörungen hin (Längle et al. 2000b).

In der KASSL zeigen sich ebenso wie bei der ESK in allen Skalen signifikante Effekte bei  $\alpha = 1\%$  (Tabelle 1). An den Effektstärken lässt sich erkennen, dass vor allem die Verstimmungsstörungen deutlich zurückgehen (das Minus zeigt an, dass die Symptombelastung abnimmt), aber auch die Berufsschwierig-

keiten und die sozialen Kontaktstörungen zeigen starke Veränderungen in die erwartete Richtung.

### Mittelfristige Therapieeffekte (Therapiephasen)

In einer weiteren Fragestellung wurden rückblickende Einschätzungen mit dem VEV zwischen dem ersten Erhebungszeitpunkt nach der 10. Therapiestunde und dem Ende der Therapie erfasst. Eine theoretische Null-Veränderung liegt vor, wenn alle Veränderungsaussagen im Durchschnitt auf der mittleren Skalenstufe beantwortet werden (dies ergibt bei 42 Items und dem Wert 4 für die mittlere Skalenstufe einen Summenwert von 168 Punkten). Testwerte, die über dieser Nullveränderung liegen, werden

als Zunahme von Entspannung, Gelassenheit und Optimismus interpretiert; Testwerte unter dieser Nullveränderung werden als Zunahme von Spannung, Unsicherheit und Pessimismus interpretiert. Bereits nach der 10. Therapiestunde (T10) zeigen sich Veränderungen in die gewünschte Richtung, zwischen der 10. Therapiestunde ( $\bar{x} = 190,56$ ) und dem Therapieende ( $\bar{x} = 230,78$ ) zeigen sich statistisch signifikante Veränderungen bei  $\alpha = 1\%$  ( $E = 1,67$ ).

Eine weitere Fragestellung bezog sich auf mittelfristige Veränderungen nach jeweils 10 Therapiesitzungen. Dazu wurden wiederum mittlere Effektstärken berechnet, und zwar zwischen den Zeitpunkten Therapiebeginn, 10. Therapiestunde, 20. Therapiestunde, 30. Therapiestunde und Therapieende. Es

Tabelle 2. Mittlere Effektstärken der ESk und der KASSL Therapiephasen<sup>a</sup>

| Skala,<br>Subskala <sup>a</sup> , Maß | Mittlere Effektstärke |        |        |       |
|---------------------------------------|-----------------------|--------|--------|-------|
|                                       | TB-T10                | TB-T20 | TB-T30 | TB-TE |
| SD                                    | 0,06                  | 0,39   | 0,50   | 0,55  |
| ST                                    | 0,05                  | 0,17   | 0,25   | 0,49  |
| F                                     | 0,17                  | 0,36   | 0,57   | 1,13  |
| V                                     | 0,08                  | 0,33   | 0,50   | 0,80  |
| P-Maß                                 | 0,07                  | 0,29   | 0,40   | 0,62  |
| E-Maß                                 | 0,18                  | 0,44   | 0,65   | 1,14  |
| Ges-Maß                               | 0,11                  | 0,37   | 0,58   | 0,99  |
| KASSL                                 |                       |        |        |       |
| SK                                    | -0,42                 | -0,49  | -0,73  | -0,81 |
| Ve                                    | -0,44                 | -0,83  | -0,95  | -1,38 |
| Be                                    | -0,40                 | -0,61  | -0,62  | -0,84 |
| KL                                    | -0,08                 | -0,23  | -0,48  | -0,62 |
| Sb                                    | -0,48                 | -0,75  | -0,96  | -1,25 |

<sup>a</sup>Für Definitionen der Abkürzungen siehe Fußnoten von Tabelle 1

zeigt sich ein Anstieg in allen Subskalen der ESk und der KASSL über den gesamten Therapieverlauf (Tabelle 2). Das ist ein weiteres deutliches Indiz für die Wirksamkeit der therapeutischen Interventionen.

Schließlich wurde auch die retrospektive Einschätzung mittels VEV über die 10-Sitzungs-Intervalle hinweg verglichen. Dabei ist zu beachten, dass sich jede Einschätzung auf die Veränderungen im Vergleich zum Therapiebeginn bezog! Diese Variable ist die einzige, bei der sich kein monotoner Trend in den Effektstärken nachweisen lässt ( $E(T10-T20) = 1,10$ ;  $E(T10-T30) = 0,49$ ;  $E(T10-TE) = 1,67$ ). Dies liegt vermutlich daran, dass retrospektive Einschätzungen stark vom aktuellen Befinden abhängen, darüber hinaus von Erinnerungsfehlern überlagert werden – der gesamte Vergleichsmaßstab verändert sich im Laufe der Therapie. Daher sind diese Maße wesentlich ungenauer als eine neuere Status-Erfassung mittels Symptomliste bzw. Persönlichkeitsskala.

### Zusammenhang von Personalität und Existentialität sowie Symptombelastung mit soziodemographischen und therapielevanten Variablen

Es wurde die Frage gestellt, wie die individuellen Verbesserungen in Personalität und Existentialität (ESk) und bei der Symptombelastung (KASSL) mit den verschiedenen soziodemographischen

Variablen (Alter, Geschlecht, Bildung, Beruf, Familienstand, Wohnort) sowie mit therapielevanten Variablen (Diagnose, behandelnder Psychotherapeut, Therapieabbruch) in Zusammenhang stehen. Für die Therapieabbrecher wurde die letzte verfügbare Messung der 10-Sitzungsintervalle herangezogen, d. h., in Einzelfällen könnte die Therapie bis zu maximal 9 Sitzungen länger gedauert haben. Zur globalen Einschätzung der Wirkfaktoren wurden zunächst multivariate Varianzanalysen gerechnet, mit dem Therapieeffekt als abhängiger Variable und den soziodemographischen Variablen als Faktorstufen. Zur Spezifizierung der Einflüsse wurden zusätzlich univariate Analysen durchgeführt.

Keinen Einfluss auf den Therapieeffekt haben das Geschlecht, die Schulbildung und der Familienstand des Patienten, ebenso wenig wie der behandelnde Psychotherapeut. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Wahl des Therapeuten in der freien Praxis – anders als im stationären Bereich – eine freiwillige ist. Diese Voraussetzung wird von den Autorinnen als wesentlich erachtet, wenngleich sie hier nicht untersucht werden konnte. Zwischen den Therapeuten zeigten sich keinerlei Qualitätsunterschiede.

Das Alter hingegen hat einen signifikanten Einfluss, und zwar auf die Variable Freiheit, erfasst mit der ESk. Vor allem Patienten unter 20 Jahren, aber auch jene über 50 Jahren erleben signifikant stärkere Veränderungen in ihrer Entscheidungsfreiheit zu Therapieende

im Vergleich zu Therapiebeginn. Den geringsten Effekt in diesem Bereich erleben Personen zwischen 30 und 39 Jahren. Das kann damit zusammenhängen, dass viele Patienten gerade in diesem Alter das Gefühl haben, besonders viel leisten oder erreichen zu müssen, sodass äußere Faktoren in diesem Alter stärker freiheitseinschränkend erlebt werden – Faktoren, denen auch mit Hilfe der Psychotherapie weniger entgegen gesetzt oder weniger gut standgehalten werden kann.

Als wichtiger Faktor hat sich der Wohnort herausgestellt; die Therapiewirksamkeit unterscheidet sich je nachdem, ob ein Patient in der Stadt oder am Land wohnt. Patienten, die am Land wohnen, profitieren signifikant deutlicher in den Bereichen Selbst-Distanzierung, Verantwortung, und in der Existentialität (E-Maß der ESk, zusammengesetzt aus Freiheit und Verantwortung) sowie im Bereich sozialer Kontaktstörungen (KASSL). Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis könnte darin liegen, dass es für Patienten, die am Land leben, oft eine größere Hürde bedeutet, eine Psychotherapie aufzusuchen<sup>2</sup> und daher von vornherein eine höhere Motivation gegeben ist, die sich dann eben in einer größeren Therapiewirksamkeit widerspiegelt. Das Ergebnis könnte sich aber auch daraus erklären, dass die Landbewohner mit anderen, möglicherweise weniger schweren Diagnosen in die Therapie kommen. Ein möglicher Zusammenhang zwischen Wohnort und Diagnose sollte für die endgültige Auswertung noch geklärt werden.

Im Bereich sozialer Kontaktstörungen profitiert außerdem die Berufsgruppe der Hausfrauen signifikant deutlicher als alle anderen Berufstätigen. Vor allem Hausfrauen sind es also, die durch eine existenzanalytische Psychotherapie lernen, wieder mehr Sozialkontakte zu knüpfen, die durch ihre örtlich eingeschränkte Tätigkeit meist ziemlich verloren gegangen sind.

Viele Veränderungen stehen in einem signifikanten Zusammenhang mit der gestellten Diagnose. In den Skalen der ESk sind es vor allem die Personen mit neurotischen Depressionen (300.40) und mit Konversionsstörungen

<sup>2</sup> Die Mehrzahl der Therapeuten arbeitet im städtischen Bereich.

(300.11), die signifikante Verbesserungen aufweisen, während es bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu deutlichen Symptomverbesserungen in der KASSL bei den sozialen Kontaktstörungen und den Berufsschwierigkeiten kommt, hingegen nicht bei den Skalen der ESk. Eine mögliche Ursache kann darin liegen, dass in der Therapie bei Persönlichkeitsstörungen stärker ressourcenorientiert gearbeitet wird und dass sich daher die Veränderungseffekte vor allem auf der Symptomebene widerspiegeln. Auch könnte die Therapiedauer für Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung zu kurz gewesen sein, um tiefer greifende Veränderungen zu erreichen.

Ein weiterer Zusammenhang zeigt sich im Bereich des Therapieabbruchs. Bei Patienten, die ihre Therapie abbrechen, zeigt sich nämlich ein signifikanter Rückgang im Bereich der Berufsschwierigkeiten. Personen, die ihre beruflichen Probleme durch eine beginnende Therapie sehr rasch in den Griff bekommen, neigen also eher dazu, die Therapie vorzeitig abzubrechen.

### Phasenverläufe

Es interessierte die Frage, ob es in existenzanalytischen Psychotherapien bestimmte, auf den Therapieerfolg bezogene Phasenverläufe gibt, zum Beispiel, ob bei bestimmten Patientengruppen die stärkste Therapiewirksamkeit zu Beginn auftritt, bei anderen wiederum zu anderen Zeitpunkten oder aber ein kontinuierlicher Anstieg zu beobachten ist. Diese möglichen Phasenverläufe könnten auch mit soziodemografischen Variablen in Zusammenhang stehen.

Zur Untersuchung dieser Fragestellung wurden die Veränderungen zwischen Testzeitpunkt 1 (Therapiebeginn) und Testzeitpunkt 2 (10. Therapiestunde), zwischen Testzeitpunkt 2 und Testzeitpunkt 3 (20. Therapiestunde) usw. in Form mittlerer Effektstärken für die Variablen Personalität und Existentialität (ESk) sowie für die Befindlichkeit (KASSL-Gesamtwert) berechnet. Um zahlenmäßig aussagekräftige Samples zu erhalten, mussten die errechneten Effektstärken zusammengefasst werden, und zwar nach „relevanten Veränderungen“ (Effektstärken zwischen 0,5 und 0,80) und „starken Veränderungen“ (Effektstärken ab 0,80). Es ergaben sich keinerlei systematische Phasenverläufe;

Tabelle 3. Zusammenhänge zwischen der Anzahl relevanter oder starker Veränderungen und dem Gesamt-Therapieeffekt, ausgedrückt in Korrelationen

| Skala | Korrelation mit Gesamteffekt    |                              |
|-------|---------------------------------|------------------------------|
|       | Anzahl relevanter Veränderungen | Anzahl starker Veränderungen |
| ESk   | 0,67                            | 0,44                         |
| KASSL | 0,65                            | 0,55                         |

es ist in der vorliegenden Stichprobe nicht beobachtbar, dass ein hoher Therapieerfolg mit einem bestimmten Phasenverlauf korreliert.

In einem weiteren Schritt wurde die Anzahl der jeweiligen Phasen (relevante und starke Veränderung) herangezogen. Weder die Anzahl der relevanten noch der starken Veränderungen korrelierten allzu hoch mit den Gesamteffekten zwischen Therapiebeginn und Therapieende (Tabelle 3).

Darüber hinaus konnten keine Zusammenhänge mit soziodemografischen Variablen gefunden werden.

Auf Grund der Ergebnisse zeigt sich, dass für den Gesamterfolg einer existenzanalytischen Psychotherapie weder die Anzahl noch die Verteilung positiv verlaufender Therapiephasen von Bedeutung sind – jedenfalls soweit diese Variablen über Fragebögen erfasst und quantifiziert werden können. Dies darf als Charakteristikum für einen Therapieansatz genommen werden, der primär über die Ebene der Entscheidung und somit mit dem Konzept der Person operiert. Denn überall da, wo die Person angefragt wird, unterliegt sie keinen psychodynamisch bestimmten Phasenverläufen.

### Diskussion

Die hier vorgestellten Daten von knapp 250 Patienten liefern einen Beleg für die gute Wirksamkeit der existenzanalytischen Psychotherapie in freier Praxis. Sie geben auch Aufschluss über die spezifische Wirksamkeit bei bestimmten Patientengruppen. Während weder das Geschlecht noch die Schulbildung, der Familienstand des Patienten oder der behandelnde Psychotherapeut einen statistisch bedeutsamen Einfluss auf den Therapieeffekt haben, spielt das Alter eine nicht unbedeutende Rolle, vor allem im Bereich der Freiheit, erfasst mit der ESk.

Weiteren Diskussionsstoff gibt der unterschiedliche Therapieeffekt zwischen Städtern und Landbewohnern. Ist es tatsächlich so, dass die Prägung durch Traditionen einen Einfluss auf die Therapiewirksamkeit hat? Spielen hier Unterschiede in den Diagnosen eine Rolle? Diese Aspekte sollten besser untersucht werden.

Der klinischen Erfahrung entspricht das Ergebnis in Hinblick auf die eher symptombezogenen Veränderungen bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung. Diese Personen wären nur mit Hilfe von (auch über Jahrzehnte gehenden) Langzeitdesigns, bei denen auch wiederholte Therapieabbrüche und -neubeginne erfasst werden, in ihren lebenslangen Entwicklungsprozessen zu verstehen.

Diese Studie zeigt einmal mehr Möglichkeiten und Grenzen quantitativer Wirksamkeitsuntersuchungen auf. Der Versuch, Erkenntnisse über den Einfluss spezifischer Phasenverläufe auf dem Weg von operationalisierten Fragebogen-Variablen zu erhalten, scheiterte an der zu geringen Stichprobengröße, wobei 250 Personen in einem naturalistischen Setting ein nicht geringe Zahl darstellen. Derartige Fragestellungen sind wohl eher mit einem qualitativen Studienansatz zu beantworten.

### Danksagung

Unser besonderer Dank gilt Dr. Hans Andritsch und Elisabeth Andritsch in der Entwicklungsphase des Projekts und den beteiligten MitarbeiterInnen des Grazer Instituts.

### Autoren

DDr. Alfred Längle, geb. 1951, Arzt und klin. Psychologe, Psychotherapeut, Lehrtherapeut (GLE), Generalsekretär der International Federation of Psychotherapy (IFP), Präsident der Internationalen Gesellschaft

für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE-Int.) mit Sitz in Wien, in eigener psychotherapeutischer Praxis und als Lehrbeauftragter an mehreren Universitäten tätig.

**Dr. Astrid Görtz**, geb. 1964, Klinische Psychologin und Psychotherapeutin (Existenzanalyse), in freier Praxis in Wien tätig verantwortlich für Forschungsfragen innerhalb der Internationalen Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse, Lehrbeauftragte an der Universität Wien.

**Dr. Christian Probst**, geb. 1959 in Graz, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, als Psychotherapeut und Psychiater in eigener Praxis tätig; Lehrtherapeut und Supervisor der GLE, Leiter des Institutes für Existenzanalyse und Logotherapie in Graz, Mitglied des Vorstandes der Internationalen Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE-Int.).

**Michaela Probst**, geb. 1959, Lehrerin und Psychotherapeutin, in eigener Praxis tätig; Lehrtherapeutin und Supervisorin der GLE, Vorstandsmitglied der GLE-Österreich, Leiterin des Instituts für Existenzanalyse und Logotherapie in Graz.

**Dr. Christa Lopatka**, geb. 1962, Ärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapeutin in freier Praxis in Eichberg, Steiermark.

**Maria Kubin**, geb. 1965, Psychotherapeutin, Diplomkrankenschwester, in eigener Praxis in Graz tätig.

**Mag. Karin Steinert**, geb. 1970 in Wien, Psychologin und Psychotherapeutin (Existenzanalyse), in freier Praxis in Wien tätig, Stellvertretende Chefredakteurin der Zeitschrift „Existenzanalyse“.

## Literatur

- Cohen J (1977) *Statistical power analysis for the behavioural science*. Academic Press, New York
- Drexler H (2000) *Schritte zum Sinn: die Methode der Sinnerfassung*. Existenzanalyse 17 (1): 36–41
- Görtz A (2004) Existenzielle Lebensqualität: ein neuer Ansatz innerhalb der Lebensqualitätsforschung und sein Nutzen als Outcome-Kriterium in der Psychotherapieforschung. Existenzanalyse 21 (1): 4–16
- Längle A (1985) Orientierung am Sinn: die unbedingte Suche nach Sinn. In: Längle A (Hrsg) *Wege zum Sinn: Logotherapie als Orientierungshilfe*. Piper, München, S 82–90
- Längle A (1988a) Was ist Existenzanalyse und Logotherapie? In: Längle A (Hrsg) *Entscheidung zum Sein: Viktor E. Frankls Logotherapie in der Praxis*. Piper, München, S 9–21
- Längle A (1988b) Wende ins Existentielle. Die Methode der Sinnerfassung. In: Längle A (Hrsg) *Entscheidung zum Sein: Viktor E. Frankls Logotherapie in der Praxis*. Piper, München, S 40–52
- Längle A, Görtz A, Rauch J, Jarosik H, Haller R (2000a) Effektivitätsstudie zur Existenzanalyse: explorativer Vergleich mit anderen Psychotherapiemethoden im stationären Setting. Existenzanalyse 17(3): 17–29
- Längle A, Orgler C, Kundi M (2000b) Die Existenzskala (ESk). Hogrefe, Göttingen
- Zielke M (1979) *Kieler Änderungssensitive Symptomliste (KASSL)*. Hogrefe, Göttingen
- Zielke M, Kopf-Mehnert C (1978) *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)*. Hogrefe, Göttingen