

Wie wirksam ist existenzanalytische Psychotherapie?

Erste Ergebnisse einer Effektivitätsstudie zur Existenzanalyse

Karin Steinert

Im Rahmen der Psychotherapieforschung ist 1993 in der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE) eine Effektivitätsstudie angelaufen, die beim Wiener Kongress im April 2000 vorgestellt worden ist. Ziel dieser Studie ist die Erforschung der Wirksamkeit existenzanalytischer Einzeltherapie in der psychotherapeutischen Praxis. In diesem Artikel werden das Studiendesign und erste Ergebnisse präsentiert, außerdem wird auf die Schwierigkeiten bei der Datenerhebung eingegangen.

1993 ist in der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE) unter der Mitarbeit von A. Längle, A. Görtz, Ch. Probst, H. und E. Andritsch und K. Steinert eine Effektivitätsstudie angelaufen. Ausschlaggebend für die Entscheidung, eine so groß angelegte Studie zu starten, war, dass die Psychotherapieforschung durch die Weiterentwicklung der verschiedenen Therapieschulen und durch das Inkrafttreten des Therapiegesetzes zu einem wichtigen Bestandteil und zu einer notwendigen Standortbestimmung einer Therapie- richtung geworden ist. Das Ziel der vorliegenden Studie ist die Erforschung der Wirksamkeit existenzanalytischer Einzeltherapie in der psychotherapeutischen Praxis.

1. Studiendesign

Die Testauswahl fand unter Berücksichtigung der für die Existenzanalyse relevanten Variablen in Verbindung mit bereits anderenorts standardisierten Testverfahren statt.

Zu **Therapiebeginn** (erste bis dritte Therapiestunde) werden die *soziodemografischen Daten* des Patienten¹ erhoben und eine *Diagnose nach DSM III-R* festgelegt. Außerdem werden dem Patienten zwei Tests vorgelegt, die *Existenzskala (ESK)* (Längle, Orgler, Kundi

2000) zur Erhebung der Existentialität (Freiheit, Verantwortung, Selbstdistanzierung, Selbsttranszendenz) und die *Kieler Änderungsensitive Symptomliste (KASSL)* (Zielke 1979) zur Erfassung der vorliegenden Beschwerden.

Ab der zweiten Therapiestunde erhält der Patient nach jeder Sitzung eine kurze *Skala zur Erhebung der aktuellen Lebenssituation*.

Jeweils **alle zehn Therapiestunden** und zu **Therapieende** füllt der Patient nochmals die *ESK*, die *KASSL* und die *Skala zur Erhebung der aktuellen Lebenssituation* aus und zusätzlich den *Veränderungsfragebogen zum Erleben und Verhalten (VEV)* (Zielke, Kopf-Mehnert 1978) und einen *Fragebogen zum Therapieverlauf*. Dieser Fragebogen zum Therapieverlauf wird außerdem auch einer nahestehenden Bezugsperson des Patienten und dem Therapeuten vorgelegt. Am Ende der Therapie wird der Patient gebeten, ein paar Zeilen über den Gesamteindruck seiner Therapie niederzuschreiben. Zur besseren Übersichtlichkeit ist das genaue Studiendesign in Abbildung 1 dargestellt.

2. Schwierigkeiten bei der Datenerhebung

Bevor ich zur Darstellung der ersten Ergebnisse komme, möchte ich noch auf

die Schwierigkeiten eingehen, die sich bei der Datenerhebung gezeigt haben. Die Effektivitätsstudie läuft seit 1993. Als ich im Herbst 1999 begonnen habe, die eingegangenen Daten für meinen Vortrag bei der Tagung der GLE im April 2000 zu sichten, waren erst 50 ausgefüllte Testbögen zurückgekommen, davon jedoch keine Therapieabbrüche und keine Angaben über die Anzahl der Patienten, die nicht an der Studie teilgenommen haben.

Anfangs wurden sehr viele Therapeuten der Existenzanalyse im gesamten deutschsprachigen Raum angefragt, sich an der Effektivitätsstudie zu beteiligen, aber nur 11 davon (fast ausschließlich aus Österreich) waren letztlich bereit, daran teilzunehmen. Gründe dafür wurden nicht genauer erhoben. Schirl und Kimeswenger (1999) beschreiben aber in ihrer Studie zur "Klientenzufriedenheit in Existenzanalyse und Logotherapie", die sie im Rahmen ihrer Diplomarbeit in der GLE durchgeführt haben, mehrere Gründe für die Nicht-Teilnahme von Psychotherapeuten. Da es sich in beiden Studien um mehr oder weniger dieselbe Therapeutengruppe handelt, sind die vorliegenden Daten auch auf die Effektivitätsstudie übertragbar.

Gründe für die Nicht-Teilnahme seitens der Psychotherapeuten sind:

- Die regelmäßige Vorgabe der Tests bedeutet einen zu großen Zeit- und Arbeitsaufwand.
- Es herrscht eine generelle Ablehnung einer empirischen Überprüfung der therapeutischen Arbeit vor.
- Es besteht eine unausgesprochene Furcht vor Kontrolle.
- Viele Therapien laufen über mehrere Jahre, sodass die Testreihen nicht abgeschlossen sind und noch nicht in die Auswertung eingehen können.

In den letzten Monaten ging es also vor allem darum, von den einzelnen Therapeuten, die sich bereit erklärt hatten, an der Studie mitzuwirken, die ausgefüllten Mappen einzufordern und eine Liste der Patienten zu erstellen, die sich an der Studie nicht beteiligt haben. Darum liegt heute auch noch keine vollständige

¹ Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

Meßzeitpunkt	Erhebungsinstrument	Variablen
Therapiebeginn (1.-3. Therapiestd.)	Soziodemografisches Datenblatt	Soziodemografische Daten
	DSM-III-R	Diagnose
	Existenzskala (ESK) von Längle, Orgler und Kundi (15-20 min)	Existentialität
	Kieler Änderungs-sensitive Symptomliste (KASSL) von Zielke (10-15 min)	Beschwerden
jede Therapiesitzung (ab 2. Therapiestd.)	Skala zur Erhebung der aktuellen Lebenssituation (1-5 min)	aktuelle Lebenssituation und Befindlichkeit
	Kieler Änderungs-sensitive Symptomliste (KASSL) von Zielke (10-15 min)	Beschwerden
alle 10 Therapiestd. und Therapieende	Existenzskala (ESK) von Längle, Orgler und Kundi (15-20 min)	Existentialität
	Skala zur Erhebung der aktuellen Lebenssituation	aktuelle Lebenssituation und Befindlichkeit
	Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) von Zielke und Mehnert (10-15 min)	Erleben und Verhalten
	Fragebogen zum Therapieverlauf (5 min)	Therapieverlauf Einschätzung durch: - Therapeut - Klient - vertraute Bezugsperson

Abbildung 1: Überblicksmäßige Darstellung des Studiendesigns der Effektivitätsstudie

Auswertung der Daten vor, sondern es können nur erste Ergebnisse vorgestellt werden, die aber bereits deutliche Trends bezüglich der Wirksamkeit existenzanalytischer Psychotherapie zeigen.

3. Deskriptive Ergebnisse der Effektivitätsstudie²

Zur Zeit liegen Informationen über 195 Fragebögen vor. Davon sind 54% (105) vollständig ausgefüllt, von 13% (26) gibt

es nur *demografische Daten und die Diagnose nach DSM III-R*, und von 33% (64) der Patienten liegen *keine weiteren Angaben* vor, außer der Information, dass sie nicht an der Studie teilnehmen wollten oder konnten. *Gründe* für das Nicht-Teilnehmen der Patienten sind:

- Der Patient ist körperlich zu *schwach* bzw. zu *belastet* (z.B. schwere Depression).
- Der Patient *spricht nicht deutsch*, und die Therapie wurde in einer anderen Sprache gehalten.
- Es handelt sich um *Kindertherapie*.

Die *weiteren Angaben* der deskriptiven Daten beziehen sich auf die insgesamt 67% (131) der Fragebögen, die entweder vollständig ausgefüllt sind oder von denen zumindest demografische Daten und Diagnose vorliegen.

3.1 Deskriptive Ergebnisse zur Stichprobe

Die **Geschlechterverteilung** der Patientenstichprobe zeigt eine Aufteilung von 73% *Frauen* und 27% *Männer*.

Das **Durchschnittsalter** der Patienten beträgt 32 *Jahre*, bei einem Minimum von 6 Jahren und einem Maximum von 65 Jahren.

Was den **Schulabschluss** betrifft, haben 37% der Patienten eine *Mittelschule* absolviert, 24% eine *Berufsschule*, 23% eine *Pflichtschule* und 8% eine *Hochschule* (von 8% gibt es keine Angabe dazu).

Als derzeitig vorwiegend ausgeübten **Beruf** geben 41% der Patienten an, als mittlere oder höher *Angestellte* 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.) Zum **Familienstand** ist zu sagen, dass 53% der PatientInnen *ledig* sind, 41% sind *verheiratet* und 6% sind *geschieden*.

3.2 Deskriptive Ergebnisse zur Therapie

Der **Zugang** zu einer existenzanalytischen Psychotherapie ist unterschiedlich. 50% der Patienten kommen von *selbst* in die Therapie, 25% werden vom *Arzt* und 13% von einer *Klinik* überwiesen (Sonstiges = 6%, keine Angaben = 6%).

Nach **vorangegangenen Behandlungen** befragt, geben 54% der Patienten an, vor der hier erhobenen existenzanalytischen Psychotherapie bereits eine oder mehrere *psychotherapeutische* Behandlungen in Anspruch genommen zu haben, 34% der Patienten waren in *psychiatrischer* Behandlung.

Die durchschnittliche **Therapiedauer** beträgt 26 *Stunden* (Therapieabbrüche nicht eingeschlossen), wobei die kürze-

²Berechnet wurden die vorliegenden Ergebnisse mit dem Programm SPSS für Windows Version 6 (Bühl, Zöfel 1994).

ste Therapie über 3 Stunden, die längste über 81 Stunden geht. Dies hängt wie erwähnt damit zusammen, dass längere Therapien noch laufen und daher in diese Auswertung noch nicht eingehen konnten. Nimmt man die Therapieabbrüche dazu, sinkt die durchschnittliche Therapiedauer auf 18 Stunden.

Therapieabbrüche kommen zu 35% vor, wobei verschiedene Gründe eine Rolle spielen:

- Veränderung der *Lebensumstände* (z.B. Übersiedlung).
- Der Patient erlebt eine *ausreichende Besserung*.
- Der Therapieabbruch erfolgt *ohne Angabe von Gründen*.

Bei den abgeschlossenen Fällen, wurde das *Therapieziel* bei 39% der Fälle aus Sicht von *Therapeut und Patient* erreicht, bei 12% der Fälle nur aus Sicht des *Patienten* (von immerhin 49% der Befragten liegen keine Angaben vor).

Folgende **Diagnosen** wurden gestellt und sind in Tabelle 1 nach Anzahl der Häufigkeiten aufgeschlüsselt:

Hauptdiagnose	%-Wert
Angststörung	28%
Depression	24%
Hysterie	15%
Anpassungsstörung	5%
Psychose	5%
Zwangsstörung	4%
Alkoholsucht	3%
Persönlichkeitsstörung	2%
Eßstörung	2%
Sexualstörung	1%
Sonstiges	5%
ohne Angabe	6%

Tabelle 1: Häufigkeiten der Hauptdiagnosen

Interessant dabei ist, dass 67% aller gestellten Diagnosen in die Kategorien *Angststörung, Depression und Hysterie* fallen, während zum Beispiel die *Persönlichkeitsstörungen* (im Gegensatz zu anderen Erhebungen und auch im Gegensatz zu der oben erwähnten Stu-

die von Schirl und Kimeswenger) mit 2% nur einen geringfügigen Teil ausmachen. Hier zeigt sich eine Tendenz der Existenzanalytiker (zumindest derer, die bis jetzt an dieser Studie teilgenommen haben), vor allem nach den Störungen der drei personal-existentialen Grundmotivationen (vgl. Längle 1992, 1999) zu diagnostizieren. Es bleibt die Frage offen, ob tatsächlich Patienten mit diesen drei Diagnosegruppen in überwiegender Zahl existenzanalytische Psychotherapie wählen oder ob Existenzanalytiker aufgrund ihrer Ausbildung dazu neigen, vor allem Angst, Depression und Hysterie zu diagnostizieren.

4. Veränderungsmessung am Beispiel der Kieler Änderungssensitiven Symptomliste (KASSL)

Nach den oben dargestellten deskriptiven Daten möchte ich auf die Ergebnisse der Auswertung der Kieler Änderungssensitiven Symptomliste (KASSL) von Zielke (1979) eingehen. Dieser Test umfasst vier Skalen, denen insgesamt 50 Items zugeordnet werden, die verschiedene Beschwerden erfassen. Die Skalen erfassen die Bereiche:

1. *Soziale Kontaktstörung*: z.B. mangelndes Selbstvertrauen, Angst vor

	Therapiebeginn	Therapieende
Soziale Kontaktstörung	$\bar{x} = 26.27$	$\bar{x} = 18.60^{**}$
Verstimmungsstörungen	$\bar{x} = 28.84$	$\bar{x} = 9.30^{**}$
Berufsschwierigkeiten	$\bar{x} = 23.70$	$\bar{x} = 19.00^{**}$
Konzentrations- und Leistungsstörungen	$\bar{x} = 24.71$	$\bar{x} = 13.60^{**}$
Symptombelastung	$\bar{x} = 28.15$	$\bar{x} = 10.50^{**}$

Tabelle 2: Mittelwertvergleiche der KASSL zwischen Therapiebeginn und Therapieende

2. *Verstimmungsstörungen*: z.B. Lebensüberdruß, Überlastungsgefühle, Einsamkeit, Gefühl, den Alltagsanforderungen nicht ge-

wachsen zu sein etc.

3. *Berufsschwierigkeiten*: z.B. mangelndes Interesse am Beruf, Entschlusslosigkeit, mangelnde Ausdauer, Unsicherheit bei der Berufswahl etc.
4. *Konzentrations- und Leistungsstörungen*: z.B. Konzentrationsschwierigkeiten, Leistungsschwäche, Angst zu versagen, Lernschwierigkeiten etc.

Alle vier Skalen gemeinsam bilden den Gesamtwert der *Symptombelastung*. Berechnet wurde ein Mittelwertvergleich zwischen *Therapiebeginn und Therapieende*³. Aus Tabelle 2 geht hervor, dass sich *höchst signifikante Veränderungen* (bei $\alpha = 1\%$) im Sinne einer *Symptomreduzierung* in allen vier Subskalen und im Gesamtwert der Symptombelastung zeigen.

5. Veränderungsmessung am Beispiel der Existenzskala (ESK)

Auch für die Existenzskala (ESK) von Längle, Orgler und Kundi (2000) möchte ich die Veränderungen darstellen, die sich nach der Beendigung einer Psychotherapie zeigen. Die ESK ist ein Test, der

direkt aus der Anthropologie der Logotherapie heraus entwickelt worden ist und die Maße der Existentialität erfasst, die für existenzanalytische Psychotherapie besonders interessant sind. Der Test besteht aus den vier Subskalen *Freiheit, Verantwortung, Selbstdistan-*

³ berechnet mit dem Wilcoxon-Test bei nicht gegebener Normalverteilung (Bortz 1999)

zierung und *Selbsttranszendenz*, wobei Freiheit und Verantwortung zusammen das *Existenz-Maß*, Selbstdistanzierung und Selbsttranszendenz das *Person-Maß* bilden. Person-Maß und Existenz-Maß ergeben schließlich zusammengenommen das *Gesamt-Maß* (vgl. auch Längle, Orgler 1996).

Berechnet wurde die Veränderung der Werte der ESK zu *Therapiebeginn* und *Therapieende*⁴. In Tabelle 3 sind die Mittelwerte für die einzelnen Subskalen zu Therapiebeginn und Therapieende, sowie die Werte der Normstichprobe dargestellt.

Die Berechnung eines Mittelwertvergleiches zwischen Therapiebeginn und Therapieende zeigt, dass alle Skalen (bei $\alpha = 1\%$) eine *höchst signifikante Veränderung* im Sinne einer *Steigerung der personalen Fähigkeiten* aufweisen. Wie aus der vorliegenden Tabelle außerdem deutlich hervorgeht, lie-

ytische Psychotherapie sehr *wirksam* ist und dass es bei Therapieende zu *deutlichen Besserungen* kommt, die auch quantitativ festgemacht werden können.

Es ist geplant, das vorliegende Datenmaterial in den nächsten Monaten umfangreich auszuwerten, die Effektivitätsstudie soll aber darüber hinaus weitergeführt werden. Interessant wäre dann zum Beispiel eine Untersuchung der Unterschiede in den einzelnen Diagnosegruppen. Das ist mit den momentan vorliegenden Daten noch nicht möglich, weil zur Zeit nicht genügend Tests zu den einzelnen Diagnosegruppen vorliegen, um aussagekräftig zu sein.

Wie schon oben angesprochen, herrscht bei manchen Psychotherapeuten eine gewisse Skepsis gegenüber empirischen Studien vor. Trotzdem darf nicht übersehen werden, dass *empirische Belegbarkeit* ein entscheidendes Kriterium angesichts der anhaltenden Diskussion um

rapie in der Praxis sind ein wichtiger Schritt in diese Richtung.

Ich möchte an dieser Stelle im Namen des Projektteams denjenigen Therapeuten herzlich *danken*, die sich bis jetzt an der Effektivitätsstudie beteiligt haben und sie bitten, auch weiterhin ihren Patienten das Testmaterial vorzulegen. Alle anderen Therapeuten der GLE möchte ich dazu *einladen*, sich ebenfalls an der Studie zu beteiligen und durch die quantitative Erfassung ihrer therapeutischen Arbeit einen wichtigen Beitrag zur Psychotherapieforschung innerhalb der GLE zu leisten.

Literatur

- Bortz J (1999) Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer, 5^o
- Bühl A, Zöfel P (1994) SPSS für Windows Version 6. Praxisorientierte Einführung in die moderne Datenanalyse. Bonn: Addison-Wesely
- 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 (1999) Was bewegt den Menschen? Die existentielle Motivation der Person. In: Existenzanalyse 16, 3, 18-29

*Anschrift der Verfasserin:
Mag.phil. Karin Steinert
Eduard Sueß-Gasse 10
A – 1150 Wien
e-mail:steinert_karin@hotmail.com*

	Therapiebeginn	Therapieende	Normwerte
Freiheit	$\bar{x} = 39.20$	$\bar{x} = 50.02^{**}$	$\bar{x} = 51.00$
Verantwortung	$\bar{x} = 46.53$	$\bar{x} = 58.74^{**}$	$\bar{x} = 57.00$
Selbstdistanzierung	$\bar{x} = 28.19$	$\bar{x} = 34.48^{**}$	$\bar{x} = 35.00$
Selbsttranszendenz	$\bar{x} = 61.37$	$\bar{x} = 71.76^{**}$	$\bar{x} = 71.00$
Existenz-Maß	$\bar{x} = 86.04$	$\bar{x} = 108.42^{**}$	$\bar{x} = 107.60$
Person-Maß	$\bar{x} = 89.92$	$\bar{x} = 106.16^{**}$	$\bar{x} = 106.50$
Gesamt-Maß	$\bar{x} = 178.65$	$\bar{x} = 213.05^{**}$	$\bar{x} = 214.2$

Tabelle 3: Mittelwertvergleiche der Existenzskala zwischen Therapiebeginn und Therapieende im Vergleich zu den Normwerten

gen zu Therapiebeginn die Werte aller Subskalen weit unter dem Normdurchschnitt, während sie am Ende der Therapie diesem entsprechen.

6. Abschlussbemerkungen und Ausblick

Aus diesen ersten Ergebnissen lässt sich bereits erkennen, dass existenzana-

lytische Psychotherapie ist. die Finanzierung von Psychotherapie ist. Eine Psychotherapierichtung muss "harte Zahlen" vorweisen können, will sie auch in Zukunft bestehen. So kritisch man dieser Entwicklung gegenüber auch eingestellt sein mag, so notwendig ist es dennoch, dieser Forderung nachzukommen. Die Daten der Effektivitätsstudie zur Überprüfung der Wirksamkeit existenzanalytischer Psychothe-

⁴ berechnet mit einem T-Test für abhängige Stichproben bei gegebener Normalverteilung (Bortz 1999)