

LEBENSQUALITÄT VOR UND NACH STATIONÄRER SUCHTTHERAPIE

Quantitative und qualitative Forschungsergebnisse im Vergleich¹

SILVIA LÄNGLE² & ASTRID GÖRTZ³

In den letzten Jahren wurden einige Einzelfälle von stationären Therapieverläufen des Suchtkrankenhaus Carina in Feldkirch näher beforcht. Einerseits wurden Interviews mit den Patienten am Beginn und am Ende des Therapieaufenthalts durchgeführt und phänomenologisch ausgewertet. Andererseits wurden mit diversen Fragebögen (prä/post treatment) klinisch relevante Parameter gemessen. Eine Gegenüberstellung dieser Methoden anhand von drei Einzelfällen zeigt neben den interessanten Erkenntnissen über die Therapie-Wirkungen bei Suchtpatienten auch die Möglichkeiten und Grenzen unterschiedlicher Zugänge innerhalb der Psychotherapieforschung auf.

SCHLÜSSELWÖRTER: Quantitative Forschung, Qualitative Forschung, Phänomenologisch-hermeneutische Forschung, Prä/Post-Evaluation, (stationäre) Suchttherapie, Lebensqualität, empirische Untersuchung

QUALITY OF LIFE BEFORE AND AFTER STATIONARY ADDICTION THERAPY

Quantitative and qualitative research results by comparison¹

In recent years several isolated cases of stationary therapeutic processes in a hospital for patients suffering from addiction, the Carina-Hospital in Feldkirch, were subjected to closer investigation. On the one hand, interviews with patients before and at the end of their therapy stay were carried out and subjected to phenomenological analysis. On the other hand, clinically relevant parameters were measured with various questionnaires (pre/post treatment). A comparison of these methods based on three isolated cases also shows, apart from the interesting insights into therapy effects on addicted patients, the possibilities and limits of the different approaches within psychotherapy research.

KEYWORDS: quantitative research, qualitative research, phenomenological-hermeneutical research, pre/post evaluation, (stationary) addiction therapy, quality of life, empirical study

SETTING, ERHEBUNGSINSTRUMENTE UND FORSCHUNGSFRAGE

In der Langzeittherapiestation Carina in Feldkirch werden u.a. Patienten mit einer Suchterkrankung in einem stationären Langzeitsetting mit Hilfe eines existenzanalytischen Therapiekonzepts behandelt. Die Therapie setzt sich aus Einzelpsychotherapie und verschiedenen Gruppenangeboten wie Soziotherapie, Mal-, Tanz- und Bewegungstherapie, Lauf- und Bewegungsgruppen, erlebnisorientierten Angeboten etc. zusammen. Darüber hinaus ist eine medizinische Betreuung durch einen psychiatrischen Konsiliar-Liaisondienst gegeben. Die Behandlungsdauer betrug im Jahr 2008 im Schnitt 4,7 Monate.

Nach Burtcher (2010) wird seit dem Jahr 2006 eine in den Therapieprozess integrierte, standardisierte klinisch-psychologische Eingangs- und Abschlussdiagnostik durchgeführt. Ein Team bestehend aus Psychologen und Psychotherapeuten erstellt für alle Patienten ca. 2–4 Wochen nach ihrer Aufnahme einen klinisch-psychologischen Aufnahmebericht und ebenso ca. 2–4 Wochen vor Therapieende einen Abschlussbericht. Die Aufnahme- und Abschlussberichte beinhalten den Abhängigkeitsstatus (Illegale Drogen und Alkohol), den Persönlichkeitsstatus (Persönlichkeitsstile,

Persönlichkeitsstörungen), das Allgemeinbefinden, die Art der Stressbewältigung und die subjektive Lebensqualität.

Der Abhängigkeitsstatus inkludiert suchtbetogene Haltungen und Einstellungen, welche mit einem in der Therapiestation Carina entwickelten Suchtfragebogen (SFB) erfasst werden. Darüber hinaus werden die Abstinenzmotivation, die Abstinenz- und Kontrollüberzeugungen, die Bewältigungszuversicht und die Ursachenzuschreibung (Attribution) erfasst.

Aufgrund der klinischen Erfahrung, dass bei einem hohen Anteil der in der Therapiestation Carina aufgenommenen Patienten Persönlichkeits- bzw. Persönlichkeitsentwicklungsstörungen vorliegen, wird unter dem Aspekt des **Persönlichkeitsstatus** auf die Erfassung von Persönlichkeitsstilen, von besonderen Akzentuierungen der Persönlichkeit und definierten Persönlichkeitsstörungen besonderes Augenmerk gelegt. Dabei werden das Persönlichkeits-Stil- und Störungsinventar (PSSI) bestehend aus 14 Skalen – (1) „Selbstbestimmt-Antisozial“, (2) „Eigenwillig-Paranoid“, (3) „Zurückhaltend-Schizoid“, (4) „Selbstkritisch-Selbstunsicher“, (5) „Sorgfältig-Zwanghaft“, (6) „Ahnungsvoll-Schizotypisch“, (7) „Optimistisch-Rhapsodisch“, (8) „Ehrgeizig-Narzisstisch“, (9) „Kritisch-Negativistisch“, (10) „Loyal-Abhängig“, (11) „Spontan-Borderline“, (12) „Liebenswürdig-Histronisch“, (13) „Still-Depressiv“ und (14) „Hilfsbereit-Selbst-

¹ Dieser Beitrag stellt erste Einzel-Ergebnisse eines umfassenden Forschungsprojekts in Zusammenarbeit mit der Langzeitstation Carina in Feldkirch vor. This contribution presents first detailed results of a comprehensive research project in cooperation with the long-term station Carina in Feldkirch.

² Qualitative Forschung
Qualitative Research

³ Quantitative Forschung
Quantitative Research

los“ – die International Personality Disorder Examination der WHO (IPDE) mit insgesamt neun Skalen – (1) „Paranoid“, (2) „Schizoid“, (3) „Dissozial“, (4) „Impulsiv“, (5) „Borderline“, (6) „Histrionisch“, (7) „Anankastisch“, (8) „Selbstunsicher“, (9) „Abhängig“ – und nach Bedarf auch andere Persönlichkeitsfragebögen, wie etwa das Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI), das Narzissmusinventar (NI) oder das NEO-Persönlichkeits-Inventar (NEO-PI-R), eingesetzt.

Unter dem Begriff **Allgemeinbefinden, Stressbewältigung, Lebensqualität** kommen die Symptomcheckliste (SCL-90R), der „Quality of Life Questionnaire“ der WHO (WHO-QOL-100) und der Stressverarbeitungsbogen (SVF-120) zum Einsatz (vgl. Burtscher 2010, 19ff).

In den Jahren 2008/2009 wurden alle Patienten zum Zweck der wissenschaftlichen Erfolgskontrolle darüber hinaus mit dem Test zur **Existentiellen Motivation** (TEM) von Längle & Eckhardt (vgl. Eckhardt 2000) und dem Fragebogen zur **Existentiellen Lebensqualität** (ELQ) von Görtz (2003) untersucht. Der TEM beinhaltet die Skalen Grundvertrauen, Grundwert, Selbstwert und Sinn des Lebens. Der ELQ setzt sich aus zwei Teilen zusammen. Im ersten Teil geht es um die **Zufriedenheit** im verschiedenen Lebensbereichen (Beruf, Finanzen, Gesundheit, Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, Wohnen, Freizeit, Gesellschaft), um Lebenszufriedenheit insgesamt, Wohlbefinden allgemein und Glück insgesamt. Im zweiten Teil wird das **Existentielle Wohlbefinden** in neun Dimensionen erfasst: Eine Dimension des **Ontologischen Wohlbefindens (1. GM)**: „Vertrauen“ (V), zwei Dimensionen des **Emotionalen Wohlbefindens (2. GM)**: „Lebensgefühl“ (LG) und „Depressivität“ (DE), zwei Dimensionen des **Sozialen Wohlbefindens (3. GM)**: „Beziehungserleben“ (BE) und „Soziales Scheitern“ (SSch), zwei Dimensionen des **Personalen Wohlbefindens (3. GM)**: „Personale Aktivität“ (PA) und „Personale Passivität“ (PP), zwei Dimensionen des **Existentiellen Wohlbefindens (4. GM)**: „Existentielle Erfüllung als Gefühl“ (EE) und „Existentielle Leere“ (EL).

Außerdem wurde eine Gruppe von Patienten am Beginn und am Ende des Therapieaufenthalts an Hand eines strukturierten Leitfadens zur **Lebensqualität** interviewt (siehe weiter unten). Die Fragen lauteten: 1. *Was bedeutet für dich ein gutes Leben?* (hier geht es um die existentielle Haltung und den Personvollzug insgesamt – PEA: Eindruck, Stellungnahme, Ausdruck), 2. *Worauf kannst du in deinem Leben bauen?* (Themen der 1. GM – Realismus, Eigenaktivität/Können, Halt/Boden, Verlässliches), 3. *Was ist dir das Wertvollste/Wichtigste im Leben?* (Themen der 2. GM – Wertwahrnehmung), 4. *Bist du zufrieden mit dir und weshalb?* (Thema der 3. GM – Eigenes Leben) und 5. *Wie möchtest du dein Leben in der Zukunft gestalten?* (Fokus auf die 4. GM – Abstimmung auf Situation). Bei der Abschlussvorgabe wurde eine zusätzliche Frage gestellt: 6. *Was hat dir hier in der Carina gut getan?*

Für die vorliegende Studie wurden die Ergebnisse der Eingangs- und Abschlusstestungen sowie die Interviews von drei Patienten näher analysiert, um die Wirkung der stationären Therapie auf die Lebensqualität nachvollziehbar zu machen. Die übergeordnete Forschungsfrage lautet: Welche Gestalt, Form, Art der Persönlichkeit / Existentialität lässt sich bei Suchtpatienten vor und nach ihrer stationären Langzeit-Therapie beschreiben?

ZUR QUALITATIVEN FORSCHUNG

Die qualitative Forschung ist geeignet, das Verständnis von Zusammenhängen im menschlichen Tun (was bewegt den Menschen im Handeln, Reagieren, Erleben, Erwarten, Wünschen, Gestalten etc.) zu vertiefen und zu differenzieren. Der Forschungsmodus in der qualitativen Forschung zielt primär auf ein Verstehen, d.h. ein Erfassen der Motivation.

Die qualitative Forschung interessiert sich für das Konkrete am Einzelfall, das Einzelne, in dem das Allgemeine auffindbar ist, aber im Einzelfall seine individuelle Ausprägung und Manifestation hat.

Dadurch erfährt auch eine bereits vorhandene Theorie Material für die Vielfalt ihrer Manifestation sowie *Anschauung und Vertiefung des Verständnisses* bzw. auch eine Anreicherung der Hypothesenbildung.

AUSWERTUNGSPROCEDERE

Als Auswertungsmethode wurde in den letzten Jahren ein Vorgehen der **hermeneutisch-phänomenologischen Analyse** entwickelt. Sie geht dabei von der hermeneutischen Voraussetzung aus, dass Sprache entdeckt und zugänglich macht, worum es der berichtenden Person geht. Darin wird ein Verstehen im Sinne des Erkennens möglich. Die Art der Analyse entspricht dem phänomenologischen Anspruch aus der existenzanalytischen Praxis und rückt den Aspekt der theoretischen Offenheit ins Zentrum der Arbeitsweise. Eine detaillierte Darstellung des Forschungsprozesses wird in einem eigenen Beitrag in diesem Heft der Existenzanalyse vorgestellt (Längle S 2015).

Schritte im Prozess der hermeneutisch-phänomenologischen Analyse

Da sowohl Inhalt als auch Art und Weise des Ausdrucks Zugang zur Aussage der Befragten in ihrer subjektiven Welt- und Lebens-Erfahrung geben, sind beide Aspekte in der Analyse zu berücksichtigen. Die Analyse-Schritte halten sich an die Stufen der der phänomenologischen Epoché und stellen ein selbstkritisches Vorgehen dar. „Die essentiellen Epoché-Schritte betreffen die Tatsachen-Interpretation, die affektive Interpretation und die erfahrungsbezogene Interpretation. Sie beschreiben die psychische Umsetzung der philosophisch eingeforderten Schritte der Epoché des Vorwissens, der phänomenologischen Reduktion und der eidetischen Reduktion.“ (Längle S 2015, 69)

„Wir haben also als Ergebnis eine Beschreibung der Antwort auf die gestellten Fragen, die die Originalantwort in eine konkrete Alltagssprache einbettet und dabei die „Lebenswelt“ der befragten Person deutlicher und artikulierter zugänglich macht. Und zugleich stellt die vorliegende Deskription als Resultat der hermeneutisch-phänomenologischen Analyse eine grundsätzliche Aussage dar, die man als real existierende Lebensausrichtung und Lebenshaltung verstehen kann. So verknüpft ein solches Endergebnis der Analyse die subjektive Innensicht des Befragten mit einer

allgemein verstehbaren, objektivierten Sicht auf die Lebensäußerung der Person. Die Art der Sicht in der Wesensschau (Eidetischen Reduktion) ist eine verstehende und wertschätzende der anderen Person.“ (ibid. 68)

Eine Integration des Resultats der Analyse mit der Struktur eines psychotherapeutischen Theoriemodells ist ein eigener vom phänomenologisch-hermeneutischen Verstehen abgesetzter Schritt und kann in weitere urteilende und planende Schlussfolgerungen führen, die in dieser Untersuchung nur kurz skizziert sind. (vgl. ibid. 69)

ERGEBNIS DER HERMENEUTISCH-PHÄNOMENOLOGISCHEN AUSWERTUNG⁴ UND DER PSYCHOLOGISCHEN TESTS ZU PETRA

Eingangs-Interview PETRA⁵

Auf die Frage nach dem guten Leben beschreibt Petra mit klaren Vorstellungen eine Reihe von Zielen in der Zukunft.

Also ein gutes Leben bedeutet für mich auf alle Fälle, dass meine Tochter Elvira bei mir lebt.

Ja. Mhm, und dass ich einfach wieder einen geregelten Tagesablauf habe. Ich will auf alle Fälle wieder arbeiten gehen, also ich will äh... meine Ausbildung als Diplomkrankenschwester fertig machen und ich will auf alle Fälle in dem Beruf arbeiten, ich will einfach einen geregelten Tagesablauf haben.

Mit wiederholtem „ich will ... auf alle Fälle ... für mich“, zeigt sie eine Haltung, die fordernd und hart, die rücksichtslos sich selbst gegenüber ist, von sich abgehoben und fern den anderen.

Im idyllischen Ziel schwebt ihr ein schönes Leben vor. *Ja, schön wäre dann noch wenn ich eines Tages mein Haus am Berg bauen könnte und dort mitten in der Natur wohnen könnte, zusammen mit meiner Tochter.*

Und das wäre eigentlich ein schönes Leben für mich.

Auch ihre Bedürfnisse werden als „ich will“ eingebracht: *Und ich will so viel wie möglich mit Menschen beieinander sein, die ich gerne mag und ich will so wenig wie möglich Kontakt mit Menschen, die ich nicht mag, oder die ich nicht respektieren kann.*

Ein Hinstreben zu den genannten Werten ist nicht vermittelt und spürbar.

Sie erwähnt ihre Sucht eher lapidar, wie das Andere, das herein kommt (*Ich kann mich auf mich selber verlassen, solange kein Alkohol im Spiel ist, ...*), wobei unklar ist wie es herein kommt. Die Sucht ist fern, fremd. Petra hat einen fraglichen Bezug zu ihrem Alkoholproblem und den daraus resultierenden Schwierigkeiten.

Sie spricht insgesamt emotionslos, mit monotonem Klang der Stimme. Emotionalität ist nicht spürbar während sie über die Gefühle spricht, die Gefühle zu ihrer Tochter: *„Ich kann mich auf mein Gefühl, auf meine Liebe zu meiner Tochter verlassen, weil es macht mir schon Freude, wenn ich ihr nur zuschaue, ganz egal, was sie gerade macht, ob sie am Malen ist, am Spielen ist oder am Singen ist, das ist einfach so ein herziges Ding, herziges Menschlein, ein kleines.“*

Argumente haben in ihrem Ausdruck etwas spielerisch-oberflächliches. Die tiefere Motivation ist nicht spürbar lebendig. Ein dünner Boden und eine darunterliegende Brüchigkeit sind erahnbar (*solange kein Alkohol im Spiel ist*).

Ihre eigenen Grenzen greift sie nicht auf, sondern nur Positives: *Also ich kann mich auf meine Intelligenz verlassen, ich kann mich darauf verlassen dass, wenn mich etwas interessiert, dass ich es auch lernen kann.*

Doch letztlich gibt es für sie nichts beständig Verlässliches, auf das sie zurückgreifen und worauf sie bauen könnte, denn die Grenzen der anderen sind präsent: *Mhm, ja und sonst kann ich mich eigentlich nicht auf..., ich kann mich noch relativ gut auf meine Geschwister verlassen. Also ich bin jetzt ein paar Mal ziemlich am Boden gelegen und meine Geschwister waren eigentlich die, die mich am Schopf gepackt haben und mir dann wirklich einmal geholfen haben. Also das ist..., ich weiß nicht, ob es endlos wäre. Irgendwann würden meine Geschwister sagen: „Stopp Petra, jetzt haben wir dir so oft geholfen und immer wieder ist es das Gleiche.“*

Durch diese Einseitigkeiten verstärkt sie selbst das Gefühl der Unverlässlichkeit. Ihre Erwartung an sich und andere vermitteln etwas Grenzenloses und rein Positives.

Psychologische Testungen

Zur Gegenüberstellung folgen nun die Ergebnisse aus den psychologischen Testungen.

In der *Existentiellen Lebensqualität* erzielte Petra folgende Resultate (Abb. 1):

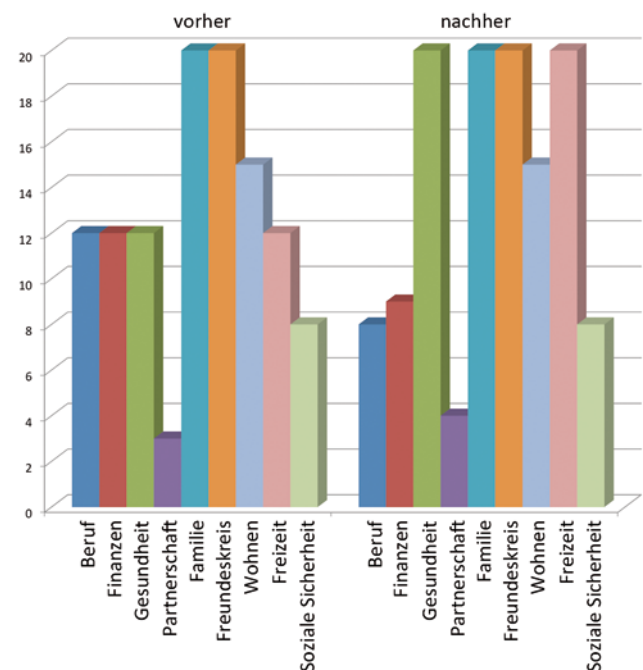


Abbildung 1: Gewichtete Zufriedenheiten (Zufriedenheit x Wichtigkeit) bei der Patientin Petra zu Therapiebeginn und Therapieende (Angaben in Rohwerten: 1... maximal unzufrieden, 20... maximal zufrieden).

⁴ Gemeinsam mit M. Hofmannsrichter (Buda-Herbeck), B. Hinteregger, E. Netzer.

⁵ Kursives ist jeweils ein Originalzitat aus dem Interview.

Was die Zufriedenheit in den Bereichen Beruf und Finanzen betrifft, haben sich die Werte verschlechtert, bei der Gesundheit und im Bereich Freizeit ist Petra deutlich zufriedener geworden. Auf den Gebieten Familie und Freundeskreis waren die Werte bereits zu Beginn im Maximum und sind gleichgeblieben. Ebenfalls gleich geblieben sind die mittleren Werte in den Bereichen Wohnen und Soziale Sicherheit. Der niedrige Wert bezüglich Zufriedenheit mit Partnerschaft ist gleich schlecht geblieben.

Das *Existentielle Wohlbefinden* hat sich in fast allen Aspekten verbessert. Hier die Ergebnisse im Einzelnen (Abb. 2):

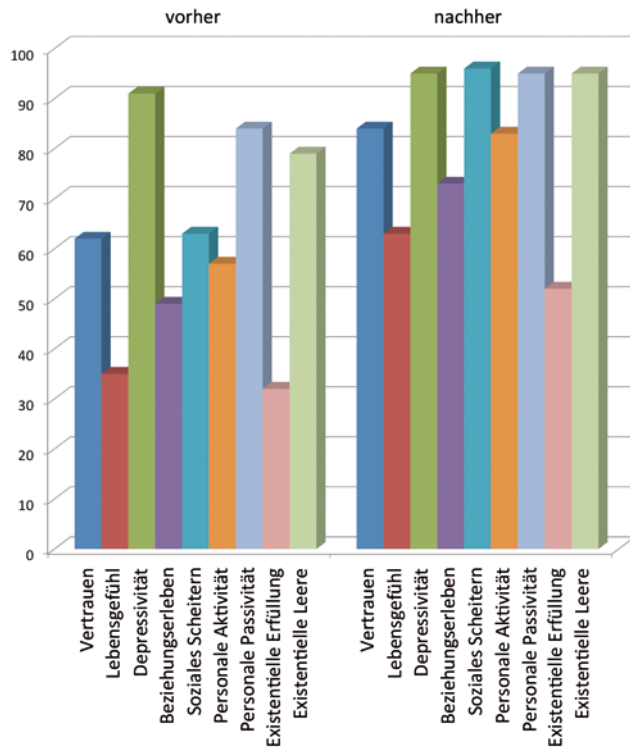


Abbildung 2: Existentiell Wohlbefinden bei der Patientin Petra am Beginn und Ende der Therapie (Angaben in Prozentwerten, normiert an Suchtpatienten).

Petra ist zu Therapiebeginn nicht depressiv, kaum personal passiv und erleidet keine existentielle Leere. Diese guten Werte bleiben über den Therapieaufenthalt erhalten. Verbesserungen ergeben sich auf den Gebieten Vertrauen, Lebensgefühl, Beziehungserleben, (weniger) Soziales Scheitern, Personale Aktivität und Existentielle Erfüllung. In keinem einzigen Bereich des Existentiellen Wohlbefindens kommt es zu einer Verschlechterung. Insgesamt fällt auf, dass sich die Steigerungen in den Dimensionen des positiven Wohlbefindens häufen. Dies zeigt, dass Petra – zumindest laut den Skalen des ELQ – keine klinisch auffälligen Symptome zeigte (welche sich stärker in den Bereichen des negativen Wohlbefindens abbilden würden). Die einzige Ausnahme bildet die 3. GM und hier vor allem der Bereich der sozialen Beziehungen: Petra litt zu Therapiebeginn unter Erfahrungen des Sozialen Scheiterns, welche sich im Laufe der Therapie deutlich verringern ließen.

Analog verhält es sich mit der *Existentiellen Motivation*. Auch hier kommt es durchwegs zu einer Verbesserung der Werte. Die stärksten Steigerungen gibt es im Grundwert und

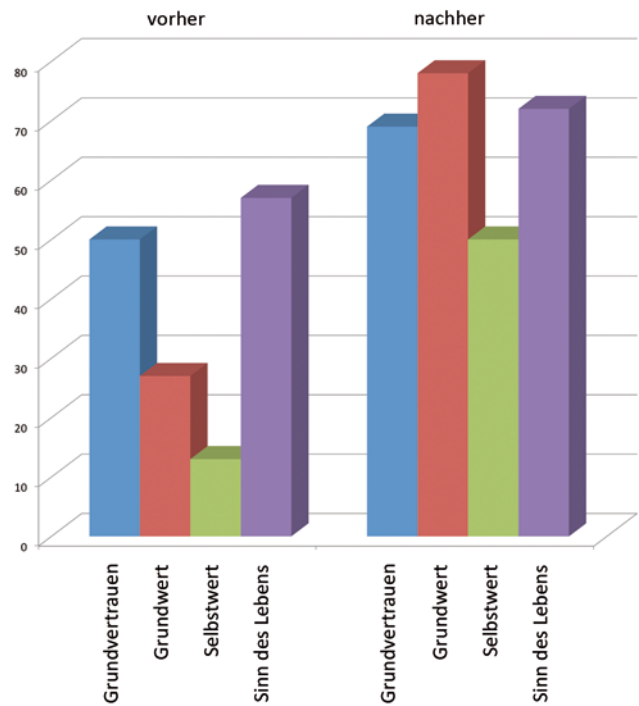


Abbildung 3: Veränderungen der Patientin Petra im TEM von Therapiebeginn zu Therapieende (Angaben in Prozentwerten, normiert an der Allgemeinbevölkerung).

im Selbstwert. Grundvertrauen und Sinn des Lebens waren zu Therapiebeginn recht gut ausgeprägt, ließen sich aber dennoch leicht steigern (Abb. 3).

Die klinisch-psychologische Untersuchung ergab folgendes Bild der Veränderung über den Therapieaufenthalt hinweg (vgl. Burtcher 2010, 26f):

In ihrer Abstinenzmotivation bzw. in ihren Copingstrategien und ihrer Bewältigungszuversicht zeigte die Patientin eine positive Veränderung.

Im Bereich der Persönlichkeitstestung zeigte die Patientin wenig an Veränderung, es gibt immer noch eine deutliche Neigung zum paranoiden und zum negativistischen Persönlichkeitsstil (PSSI). Sie misstraut grundsätzlich immer noch vielen Mitmenschen (grundsätzlich traut sie nur ihren Freunden, und sie hat sehr wenige davon). Sie traut jedoch dem Leiter der Station und ihrer Psychotherapeutin.

Bei der SCL90-R zeigen sich deutliche Veränderungen zu den beiden Messzeitpunkten. Ihre aggressiven Tendenzen haben sehr stark abgenommen, aber auch ihre Unsicherheit in Sozialkontakten und ihr paranoides Denken (beides nur noch leicht erhöht). Auch die subjektive Gesamtqualität hat von unterdurchschnittlich auf durchschnittlich zugenommen, vor allem die Skala: „Soziale Beziehungen, Sexualität“, hat viel zu dieser Veränderung beigetragen. Diese Veränderungen entsprechen denen in der Existentiellen Lebensqualität (siehe Skala „Beziehungserleben“, „Soziales Scheitern“) und im TEM (Skala „Selbstwert“).

Im Stressverarbeitungsbogen hat zu Beginn der Therapie die Pharmaka-Einnahme als Strategie bei der negativen Stressbewältigung dominiert. Dies ergibt sich am Ende

der Testung nicht mehr, sie zeigt eine deutliche Erhöhung in der Selbstbestätigung und in der Situationskontrolle.

Schließlich sei hier noch der Eindruck der Einzeltherapeutin zu Petras Entwicklung wiedergegeben:

Die Patientin neigte sehr stark zu impulsivem Verhalten. Vor allem Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein und Ohnmachtsgefühle agierte sie sehr lautstark und verletzend, im Sinne verbaler Anschuldigungen, aus. Sie hatte auch die Tendenz, andere für ihr Fehlverhalten verantwortlich zu machen. Weiters konnte man immer wieder eine verzerrte Wahrnehmung der Realität feststellen. Sie konnte immer nur ihre Sicht und ihre Wahrnehmung gelten lassen und war für die Sichtweisen von Mitpatienten und Therapeuten wenig zugänglich.

Insgesamt ist es ihr teilweise gelungen, dieses Verhalten zu reflektieren. Im Umgang mit Mitpatienten neigte sie zu „Katalogisierung“. Mitpersonen, die ihr unsympathisch waren, mied sie oder bekämpfte sie. Auch dieses Verhalten konnte sich im Laufe der Therapie verbessern. Die schwierigste Aufgabe lag jedoch in der Bearbeitung der Besuchsregelung mit ihrer Tochter in der Auseinandersetzung mit ihrem Exmann, der dies immer wieder verhindert hatte. Hier zeigte sich ihr Hang zur Impulsivität bis zum Schluss der Therapie. Hier liegt auch die tiefe Verletzung ihrer Person. Im Bereich ihrer Abstinenzmotivation zeigte sie jedoch die größte Einstellungsveränderung.

Zu Therapieende wurden die *Diagnosen* F10.2 (Störung durch Alkohol), F60.3 (emotional instabile Persönlichkeitsstörung) vergeben (vgl. Burtscher 2010, 27).

Abschluss-Interview PETRA

Petra spricht nun offen über ihre Situation und ihre Probleme – so, wie sie es wahrnimmt. Das geht einher mit einer Veränderung in ihrer Haltung, die nicht mehr so sehr das Fordernde vermittelt, sondern „es wäre gut wenn ...“ und „ich hätte gerne ...“.

Die Härte ist aufgebrochen, dadurch wird sie in ihrer Schwäche, in den Begrenzungen sichtbarer, aber sie ist auch realistischer:

Ein gutes Leben wäre für mich also eben, äh ich möchte ja gerne wieder im Gesundheitswesen arbeiten und da habe mich bei der Caritas beworben ...

Noch wichtiger wäre natürlich, dass mein Kind bei mir wäre, aber das ist jetzt momentan ein Ding, was ich mir wünschen kann, aber sonst nichts ... Sie hat also abgespeckte Pläne, ist mehr am Boden diesbezüglich: *Und mein Haus hätte ich gerne. Ich habe ja ein Grundstück, ich möchte gerne mein Haus bauen, aber jetzt ist das natürlich auch wie beim Kind, ein Wunsch. Wenn ich kein Geld habe, kann ich das Haus nicht bauen. Wenn ich nicht stabil bin und mein Leben nicht in Griff kriege, kann ich's Kind nicht haben.*

Das Wichtigste im Leben von Petra ist ihr Kind (4 Jahre). Und es ist schlimm für sie, wenn sie ihre Tochter wieder hergeben muss, manchmal sogar der Zeit mit ihr nicht gewachsen ist. Insofern ist sie mit sich sehr unzufrieden: *gerade wegen dem Rückfall* sagt sie und schildert, wie sie

– *aus Leichtsinn, Übermut* – immer wieder zu trinken beginnt (Gespritzte), aber es nicht unter Kontrolle halten kann und abstürzt. Sie hat es anders eingeschätzt und war sich sicher, dass sie es schafft. Es zeigen sich dabei die Reste des erwartungsvoll fordernden Zugs an sich selbst. Zudem ist Petra in der Schilderung ihres Versagens „ungeschminkt“, sie beschönigt nichts (schwarz-weiß im Vergleich zur Positivzeichnung zu Beginn). Dabei ist sie sich selbst nicht nah, von sich selbst noch unbegleitet.

Sie beschreibt, sie *schwankt extrem zwischen ...ich möchte das alles erreichen, ...kann alles schaffen* und *... ich schaffe gar nichts*. Zwischen *Hoffnung* und *mein Gott, ich brauche Scharfschützen*. Gerade diese Aussage, dass sie Scharfschützen brauche, ist sehr hart zu sich, sich weg stoßend.

Petra hat Sehnsucht nach jemandem, wo *es einfach fein miteinander* ist: *Da will ich noch schauen, irgendwie wäre wieder ein Partner interessant, aber da muss ich erst zu mir selber eine bessere Einstellung haben. Solange ich meinen Körper nicht so akzeptiere, wie er ist, geht mit einem Mann überhaupt nichts, da läuft nichts, da ist nichts los, weil ich nicht vertrage, wenn mich jemand berührt, dann kann ich es nicht haben.*

In sich trägt Petra eine tiefe Verunsicherung, die sich in einer von ihr wahrgenommenen Ausweglosigkeit (*i wüsst net, was i tan hätt*) zeigt. Durch das Erfahren von Aufgefangen-Sein wirken ihre Lebensumstände aushaltbarer. *Dass immer wieder irgendjemand is wenn I solche Durchhänger hab, die mi dann einfach auffangen. Des hab I eigentlich jetzt ... seit I in Maria Ebene ... war so erfahren. Irgendjemand. Es geht oft schon a paar Tag. Aber irgendjemand kommt dann und fangt mi wieder auf ... des war mei erster Entzug ... so in Suchtbetreuung. Und seitdem is wer da. Und heut war I so froh dass I da aufgehn hab kenna (hinauf gehen habe können).* Sie baut keine persönliche Beziehung zu den unterstützenden Personen auf (irgendjemand, irgendwer).

Sie schildert anfangs straff, dann teils ausufernd (Rückenschmerzen, Situationen wo sie aufgefangen wurde), verliert sich etwas darin, braucht offenkundig Halt und Führung.

Zusammenfassend lässt sich die Veränderung ihrer Antwort u.a. beschreiben als

- eine Öffnung in Richtung Realität (*ein Ding, was ich mir wünschen kann, aber sonst nichts*), der sie offenbar in die Augen schauen kann. Anfangs war es ein starres „*ich will*“.
- Sie bringt ein, immer wieder an ihre Grenzen zu stoßen, und schildert sie als ein Unvermögen in sich selbst (*ich schaffe gar nichts, meinen Körper nicht so akzeptiere, i wüsst net, was i tan hätt*, Rückfälle, der gemeinsamen Zeit mit der Tochter manchmal nicht gewachsen sein, ...), während Grenzen und Schwächen im Eingangsininterview negiert wurden.
- Neben dieser nüchternen Sachlichkeit zeigt das zweite Interview nach einer längeren Therapiephase (7,5 Monate) wesentlich deutlicher und auch eindrücklicher ihre Schwächen. Dies lässt eine Brüchigkeit ihrer Person spüren.
- Dieser Realismus ist spürbar teils als eine Öffnung zu Fakten, teils sich selbst gegenüber. Aber er zeigt auch unverdeckt die Tiefe der Härte und der Instabilität. Es

ist also eine zunehmende Nähe und Offenheit sich selbst gegenüber deutlich, dennoch bleibt sie von sich noch unbegleitet/ungeschützt.

- Sie ist erleichtert, dass sie immer wieder in ihren *Durchhängern* aufgefangen wird (*Und seitdem is wer da*). Dies ist nach längerer Therapie wie der Gegenpart zur anfänglichen Befürchtung, dass es ihren Geschwistern zu viel werden wird: *Irgendwann würden meine Geschwister sagen: „Stopp Petra, jetzt haben wir dir so oft geholfen und immer wieder ist es das Gleiche.“*
- Sie macht fühlbar, dass sie die Begleitung und Führung annimmt. Also Petra hat sich spürbar in eine Annäherung zu sich begeben, wenn auch noch nicht eine verlässliche stabile Nähe erreicht ist. Sie wirkt nun kooperativ.

Diagnostische Schlussfolgerung aus der qualitativen Untersuchung

Eingangs ist Petra hinter einer Fassade, die sich in einem Abwehrverhalten und einer sehr fordernden Haltung zeigt. In Bezug auf die Grundmotivationen der EA wird sie in den Copingreaktionen der 1. GM (Starre, Aktivismus, Unsicherheit) und der 3. GM (Abspaltung) sichtbar. Ihre Ressourcen und ihr Können schildert sie im Bereich von instrumentellen Fähigkeiten/Begabungen. Beziehungen werden nicht sicht- bzw. spürbar, außer wiederum in Schutzverhalten und Unsicherheiten. Eine fruchtbare Erschließung der personalen GM und der PEA sind nicht feststellbar. Ihr Suchtverhalten war im Interview nicht explizit thematisiert worden, sie selbst stellt es an die Peripherie ihrer Problematik.

Im Abschlussinterview zeigt Petra Fähigkeiten der 1. GM zur Wahrnehmung und zum Aushalten von Fakten, zum Sichtbar werden lassen ihrer Schwächen und ihrer Fehleinschätzungen von sich selbst, zum Finden von Halt im Aufgefangen werden. In der 2. GM entwickelt sie ein wenig Zuwendung zu sich, wenn auch eher in einer Unzufriedenheit mit sich. Neben dieser Ressourcenbildung werden auch eine starke Haltlosigkeit und Brüchigkeit spürbar, die im Verband mit der starken anfänglichen Abwehr auf eine Traumatisierung verweisen. Die PEA kommt nicht in tieferen Vollzug, da sie sich nicht emotional einlässt, aber auf einer sachlichen Ebene nimmt sie nachvollziehbare Stellungnahmen ein, die ihr Orientierung geben. Sie zeigt eine differenziertere Einsicht ihrer Suchtproblematik und die Bereitschaft an ihrem Entzug zu arbeiten.

Resümee aus beiden Analysen

Stellt man die Erkenntnisse aus den quantitativen und den qualitativen Analysen einander gegenüber, so fällt auf, dass die Defizite in der 1. Grundmotivation in den Fragebögen weniger sichtbar werden als in der phänomenologischen Analyse. Möglicherweise kommt hier eine verzerrte Selbstwahrnehmung zum Ausdruck, welche zu Fehleinschätzungen in den Selbsteinschätzungsfragebögen führen. Jedenfalls erscheint Petra auf Grund des Interviews wesentlich halt- und bodenloser als in den Ergebnissen von ELQ und TEM. Die Wahrnehmungsverzerrung wird auch in der Einschätzung der Therapeutin beschrieben. Diese ist ein

Hauptmerkmal bei Persönlichkeitsstörungen der 3. GM und würde zu Fehleinschätzungen auf Grund von ausschließlich quantitativen Persönlichkeits- und Befindlichkeitsmaßen führen. Andererseits geben die numerischen Testergebnisse manche Veränderungen präziser und komprimierter wieder. Sie können allerdings nicht erklären, wie diese Veränderungen zustande gekommen sind.

ERGEBNIS DER HERMENEUTISCH-PHÄNOMENOLOGISCHEN AUSWERTUNG UND DER PSYCHOLOGISCHEN TESTS ZU BODO⁶

Eingangs-Interview BODO

Bodo spricht locker dahin, breitet sich luftig aus in Schilderungen mit viel hin und her, nichtssagend, mit samtig einschmeichelnder Stimme. Seine Antworten sind insgesamt karger und knapper als beim vorigen Interview mit Petra.

Seine Haltung zum Leben skizziert er so, dass das Leben VON SELBER GEHT, ihn dabei mit trägt, aber ihm nichts abverlangt, ihn nicht benetzt, angenehm ist, so kommt, dass er sich „zufrieden“ fühlen kann. Auf die Frage: *Hast du schon eine Idee, wie das Leben sein sollte, dass du zufrieden bist?* antwortet Bodo: *I was net, was ma am besten hilft, vielleicht kommt anfach a geregelter Alltag und ein gsünderes Leben und solche Sachen halt.*

Was es dazu von ihm braucht, weiß er überhaupt nicht. Dabei drückt sich Unsicherheit aus.

Bodo wirkt hilfsbedürftig, er hat eine starke Mutterbeziehung, auf sie kann er bauen, sie *ist am wichtigsten* und ihm *das wertvollste*. Er ist zufrieden, wenn sich eine kindliche Sinnperspektive auftut: er vermittelt es in der Art eines „Weihnachtsgefühls“ – *wenn i irgendetwas hob, auf das i mi freuen kann, dann bin i eigentlich zufrieden*. Ebenso macht ihn zufrieden, gebraucht und akzeptiert zu werden.

Bodo zeigt sich in kindlicher Weise außenabhängig, er möchte eine heile, angenehme Welt haben: *Ähmm, Beschäftigung haben, arbeiten gehen, a Arbeit, die mir Spaß macht...(Pause)... und... ja vielleicht selbst a Familie haben...(Pause)... Aber natürlich muss des a alles passen, soo, wie soll i sagen, ich will kan Job haben, wo i einfach, wo i fast nix verdien, und grad halt so über die Runden komm und dann hab i Familie und ... Also i will schon einer Familie was bieten können ah, des is schon ah wichtig ... Ja, also es geht net nur um Geld, aber eigentlich schon*. Auf Nachfrage meint er, dass es ihm um Sicherheit gehe.

Bodo schildert unkonkret, unklar, emotionslos, belanglos luftig, aufgebauscht und recht inhaltsleer. Er ist DISTANZIERT monologisch.

Er bezieht sich nicht auf seine aktuelle Situation (z.B. seine Sucht).

Ergebnisse aus den psychologischen Testungen

In der *Existentiellen Lebensqualität* erzielte Bodo folgende Ergebnisse (Abb. 4):

⁶ Gemeinsam mit L. Gengler und E. Berger.

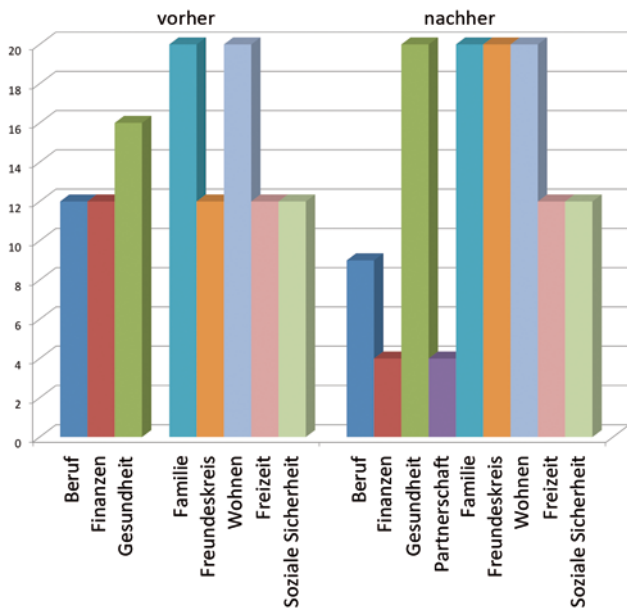


Abbildung 4: Gewichtete Zufriedenheiten (Zufriedenheit x Wichtigkeit) beim Patienten Bodo zu Therapiebeginn und Therapieende (Angaben in Rohwerten: 1... maximal unzufrieden, 20... maximal zufrieden).

In zwei zentralen Lebensbereichen kommt es bei Bodo zu einer Verschlechterung der Zufriedenheit über die Zeit der Therapie hinweg, und zwar in den Bereichen Beruf und Finanzen (hier besonders stark). Eine Verbesserung erlebt Bodo hinsichtlich Gesundheit, Partnerschaft und Freundeskreis (hier besonders deutliche Verbesserung von mittlerer Zufriedenheit zu maximaler Zufriedenheit). Gleich bleibend sind die Werte hinsichtlich Familie, Wohnen, Freizeit und Sozialer Sicherheit.

Ein recht unerwartetes Muster ergibt der Vergleich des *Existentiellen Wohlbefindens* vor und nach der stationären Therapie (Abb. 5).

Bodo hat sich in allen Parametern des Existentiellen Wohlbefindens verschlechtert. Er erscheint am Ende der Therapie vor allem haltloser (niedrigere Werte im Vertrauen), depressiver (Verschlechterungen im Lebensgefühl und in der Depressivität), hat deutlich weniger positive Erfahrungen im Beziehungserleben und erlebt auch etwas öfter Soziales Scheitern. Vor allem in den Bereichen Personale Aktivität und Personale Passivität – zentrale Aspekte des Selbstwerts – hat er sich deutlich in der Befindlichkeit verschlechtert. Die Existentielle Erfüllung ist geringfügig gesunken und Existentielle Leere-Erfahrungen sind ein wenig belastender geworden.

Ganz parallele Effekte zeigen sich hinsichtlich der *Existentiellen Motivation*: Alle Werte haben sich verschlechtert. Die stärksten Veränderungen gibt es in der ersten und in der dritten Grundmotivation. Vor allem der Selbstwert (3. GM), der am Beginn der Therapie an der Spitze lag, sinkt auf einen Wert unter dem Grundvertrauen, welches seinerseits deutlich gesunken ist. Auch in der zweiten und der vierten Grundmotivation ergeben sich Verschlechterungen. (Abb. 6)

Auch die Ergebnisse der *klinisch-psychologischen Untersuchung* deuten in dieselbe Richtung.

Die Zunahme an Depressivität zeigte sich auch im WHO-Fragebogen, dies wurde vor allem auf den Skalen Psyche

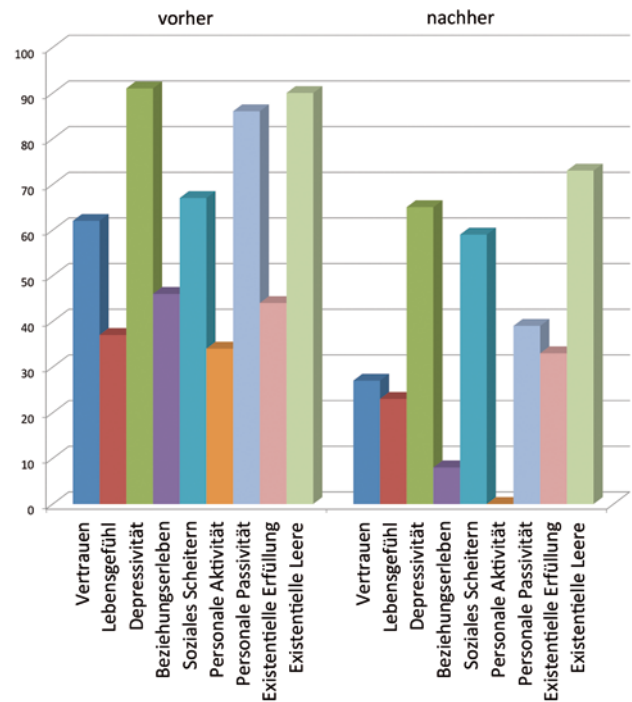


Abbildung 5: Existentielles Wohlbefinden beim Patienten Bodo am Beginn und Ende der Therapie (Angaben in Prozentwerten, normiert an Suchtpatienten).

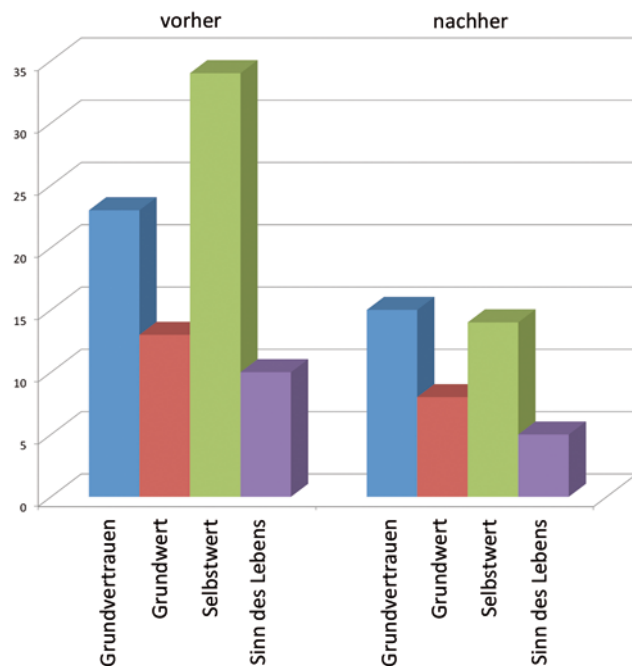


Abbildung 6: Veränderungen des Patienten Bodo im TEM von Therapiebeginn zu Therapieende (Angaben in Prozentwerten, normiert an der Allgemeinbevölkerung).

(positive Emotionen haben abgenommen) und Autonomie sichtbar. Im Bereich der Stressverarbeitung zeigte sich die größte Veränderung im Verlauf in Bezug auf die Pharmaka-Einnahme im Sinne einer Zunahme und auf das soziale Unterstützungsbedürfnis im Sinn einer Abnahme. Die Verschlechterung ist somit durchgängig in allen Verfahren zu beobachten. Insgesamt lässt sich annehmen, dass sich Bodo – vermutlich auf Grund der stark narzisstischen Persönlichkeitszüge – nicht wirklich auf einen therapeutischen Prozess

im Sinne einer Beziehungsaufnahme zu sich und anderen einlassen konnte (vgl. Burtscher 2010, 31).

Wie lassen sich diese Effekte insgesamt verstehen? Muss man von einem negativen Therapieerfolg sprechen?

Die Kommentare der Therapeutin bringen hier mehr Klarheit.

Zu Beginn der Therapie kam es sehr schnell zu einem Abbruch der Therapie. Auf eigenen Wunsch wurde er wieder aufgenommen. Zwei Ziele wurden mit ihm vereinbart: die Einhaltung der „Alltagsstrukturen“ und eine klare Vorstellung über seine berufliche Perspektive – aufgrund seines schwierigen Beziehungsverhaltens, welches einerseits sehr liebenswürdig und gefällig sein konnte, andererseits verhielt er sich bei Konflikten in der therapeutischen Gemeinschaft sehr entwertend und schwierig, insbesondere wenn begründete Grenzen gesetzt wurden. Seine mangelnde Konfliktbewältigung wurde auch von Rückfälligkeit begleitet. Die Gründe für seinen Rückfall wollte Bodo nicht bearbeiten. Es war für ihn sehr unangenehm und peinlich. In dieser Zeit nahmen auch die Konflikte in der therapeutischen Gemeinschaft und mit dem therapeutischen Team wieder zu, welche sich in entwertenden Äußerungen zeigten. In dieser Phase der Therapie kam es dann auch wieder zu kurzen Einbrüchen in der Einhaltung der strukturellen Regeln, ebenso wenig konnte er an der Bearbeitung von konkreten beruflichen Möglichkeiten dranbleiben. Aus eigenem „Wunsch“ wollte er die Therapie beenden, einer Therapieverlängerung stimmte er nicht zu.

Folgende *Abschluss-Diagnosen* wurden vergeben: F19.2 (Cannabis, Opiate, Alkohol) und F61.0 kombinierte Persönlichkeitsstörung (narzisstische, dissoziale und paranoide Züge) (vgl. Burtscher 2010, 31).

Abschluss-Interview BODO

Dass er einfach zufrieden sein will und Spaß haben will bleibt, er hofft darauf unabhängig zu sein und selbständig zu sein; wobei er Mühe hat, das Wort „Selbständig-Sein“ auszusprechen. Er ist sich seiner SELBST mehr bewusst, es ist ihm wichtig geworden. Sein Selbst steht nun neben der Familie, er ist darin aber immer wieder fragend auf die Unterstützung der Interviewerin ausgerichtet. Er ist knapper und etwas präziser in den Antworten, auch sprachloser auf einzelne Schlagwörter begrenzt. Das Gesagte hat meist keine Anbindungen, es ist eine LEERE spürbar und UNSICHERHEIT. Nun ist es nicht mehr das Aufgebauchte vom Beginn, sondern eher dürftig.

Auffallend ist wie Bodo seine Erfahrungen in der Carina schildert. Dort dürfte ihn das Erleben von Tagesstruktur und engeren Beziehungen innerlich erreicht und angesprochen haben: *I bin jetzt zufrieden mit mir, weil ... weil i daherin doch was gelernt hab, die Struktur, das Aufstehen, Arbeiten und wieder Kontakt mit Menschen, ..engeren Kontakt, net nur oberflächlich und mhm also i bin zufrieden.* Bodo beschreibt, dass er Struktur und Nähe „gelernt“ habe und kontrastiert es zu oberflächlichem. In dieser Beschreibung positioniert er sich, er macht eine Aussage (ich bin zufrieden mit mir, weil ...), die er mit einer Erfahrung verbindet und begründet. Darin drückt sich erstmals im Interview ein klei-

ner Ansatz zum Dialog mit der Welt aus.

Er umkreist Zukunft, wie es sein soll (eigene Familie, Arbeit) ... *I schau, i schau mi jetzt mal um und – pffh – i muaß no schaun, also irgend a Arbeit möchte i net machen, vielleicht als Übergang, aber dann will i schon an Job habm, der ah der ma Spaß macht, wo i net ungerm hingeh.* Er erscheint fordernd, hält Abstand im Unkonkreten. In Bezug auf das Erlebte in der Carina möchte er die Struktur im Tagesrhythmus und im Arbeiten selbst beibehalten, da es ihm gut tat.

Und ja ah, i kann jetzt net sagen, dass i abstinent bleib, weil des war i vorher a schon. So beendet er das Interview.

Zusammenfassend zeigen sich die Veränderung seiner Antwort u.a. darin:

- Anfangs zeigt er sich unkonkret aufgebauscht und einschmeichelnd im Sprachstil, zum Abschluss ist dieser reduziert, karg aber auch konkreter.
- Lebenserwartung: Im Anfangsinterview möchte er vom Leben getragen sein, im Abschlussinterview sucht er Selbständigkeit.
- Anfangs fehlt das Gefühl von Selbstwirksamkeit, zum Abschluss zeigen sich leichte Ansätze davon.
- Seine Unsicherheit zeigt sich anfangs als Orientierungs- und Wirkungslosigkeit, im Abschluss ist die Unsicherheit stark als Unerfahrenheit im selbständigen Leben spürbar.
- Starke kindliche Mutterbeziehung ist in ihrer Ausschließlichkeit aufgebrochen, er ist sich nun seiner Selbst mehr bewusst.
- Was ihm nun wirklich Sicherheit gibt, die er ursprünglich in der Mutterbindung hatte, ist noch unklar. Er hängt in schlagwortartigen Lebensbildern/Lebenserwartungen. Situativ lehnt er sich an die Interviewerin an.
- Er ist sich seiner Selbst mehr bewusst, aber unsicher und ungeübt, wie neu in diesem mehr eigenen Leben.
- Er artikuliert klar, dass er zufrieden ist, weil ihm in der Carina die Strukturen des Tagesrhythmus, die Arbeit, die tieferen Kontakte und Einzelgespräche gut getan haben. Es wird deutlich, dass ihn dieser geordnete und nahe Umgang miteinander als Erfahrung von Lebensqualität erreicht hat, die er gerne weiterführen möchte.
- Für Bodo ist das insofern bemerkenswert, da er damit aus einer Erfahrung sprechend eine eindeutige Position einnimmt und sie begründet.
- Die Antworten im Abschlussinterview vermitteln einerseits mehr Klarheit und Zukunftsausrichtung, aber auch Brüche in der Lebenshaltung, die sich einer Zukunftsrealisierung entgegenstellen.

Diagnostische Schlussfolgerung

Auffallend ist seine narzisstisch-distanzierte und gleichzeitig samtige Art der Kommunikation. Zudem die hohe Unreife in der engen ausschließlichen Mutterbindung. Seine stark fixierte und abwartend hoffende Wunschhaltung dem Leben gegenüber hält ihn in einer Ohnmacht, der er nicht leidend, sondern mit seiner Überheblichkeit, also in einer Copingreaktion, begegnet. Im Abschlussgespräch ist seine kindliche Wunschhaltung aufgebrochen und er ist mehr an SEINEM interessiert. Er nimmt im Rückblick auf seine stationäre Zeit eine aus seiner Erfahrung begründete Position ein, was einen Ansatz von Dialog mit sich und der Welt zeigt

(PEA-Ansatz). Damit hat er sich einen wesentlichen Schritt aus seiner Wunschkaltung heraus bewegt. Gleichzeitig damit hat er aber auch das kindliche Aufgehoben-Sein verloren und seine Unerfahrenheit und Unsicherheit tritt noch deutlicher hervor. Dies lässt sowohl seinen Mangel an Halt (1. GM) als auch seinen schwachen Grundwert (2. GM) und seine mangelnde Ichstruktur (3. GM) deutlich werden. Es ist also festzustellen, dass er eine sichtbare Annäherung zu sich und seinem Eigenen vollzogen hat, seine vermeidend- ausweichenden Copingreaktionen auch zurückstellen kann, aber in der Strukturentwicklung erst am Beginn steht.

Resümee aus beiden Analysen

Bodos Entwicklung wird am besten daran deutlich, dass er im Abschlussgespräch eine begründete Position einnimmt, was einen Ansatz zu einem Dialog mit sich und der Welt zeigt (PEA-Ansatz) und die Basis zur Selbstwirksamkeit ist. Seine Veränderung ist in der Qualitativen Erhebung positiv zu werten, aber noch sehr im Ansatz, fragil, unerfahren und unsicher und bräuchte weiterer Psychotherapie zur Ausreifung.

Andererseits bildet sich im Quantitativen auch ab, dass er jetzt zufriedener in einigen Lebensbereichen ist (Gesundheit, Partnerschaft, Freundeskreis), da er Struktur und Nähe erfahren hat, die ihm gut tun. Es gilt zu bedenken, dass sich sein Antwortverhalten generell verändert hat: Aufgebautes, narzisstisch Überspieltes fällt im Abschlussinterview weg, er ist nüchterner, aber auch konkreter geworden. Dies könnte sich in den Selbsteinschätzungsfragebögen in generell reduzierten Werten niederschlagen, er ist unsicherer mit sich, verdeckt es aber nicht.

Schaut man kritisch auf die unterschiedlichen diagnostischen Methoden, erweisen sich die rein quantitativen Werte als irreführend. Letztlich kann es als wichtiger Erfolg betrachtet werden, dass beim Patienten Bodo die (narzisstischen) Copingreaktionen aufgebrochen wurden. Würde man die rein quantitative Verschlechterung isoliert betrachten, kämen die entscheidenden Veränderungen durch die Therapie nicht zum Ausdruck. Bei Patienten mit schwerwiegenden Beeinträchtigungen in der Selbstwahrnehmung – vor allem bei narzisstischen Patienten, aber tendenziell bei allen Selbstwertstörungen – kann nur eine phänomenologische Analyse des Veränderungsprozesses den entscheidenden Wirkungsnachweis erbringen.

ERGEBNIS DER HERMENEUTISCH-PHÄNOMENOLOGISCHEN AUSWERTUNG UND DER PSYCHOLOGISCHEN TESTS ZU ZORAN⁷

Eingangs-Interview Zoran

Zoran antwortet sehr knapp und hält sich in seinen Antworten bedeckt. Er bleibt in Distanz (*das wär's dann*). Dennoch lässt er spürbar werden, dass er mit Drogen und Freunden eingefahren ist. Er hält an seinen Schlagworten fest – fast starr wiederholend. *Drogenfrei, sportlich, äähm Arbeit, äh gut mit der Familie auskommen ... Gesundheit ja – Körperlich guter Zustand sein, keine Ahnung, sportlich*

vielleicht, nicht mein Leben selber kaputt machen.

In karger Ausdrucksweise und nüchtern, steht er zu dem was geschehen ist, aber leidet unter den Folgen, ... *i hab viel Mist gebaut, besser gesagt (kl. Pause) war drogenabhängig (Pause) psychisch vielleicht, halbwegs nicht in Ordnung, keine Ahnung, das kommt vom Gefängnis kann auch sein ...* Es bleibt relativ unklar, aber er vermittelt keine Schuldzuweisungen, sondern setzt bei sich an: *Ich muss mich wieder in Ordnung bringen irgendwie – dass, dass ich wieder zu meiner alten Stärke finde.* Eine alte Stärke lässt sich aus seiner Antwort nicht klar rekonstruieren, ... *dass ich mein Leben im Griff habe*, sagt er. Zudem ist seine Zukunft sehr verschwommen, vage, er kann nicht wirklich etwas dazu sagen. In seiner Zukunftsvision kann er an nichts Konkretes anknüpfen, – *Man kann nie wissen!*

Ergebnisse aus den psychologischen Testungen

Die *Lebenszufriedenheit* hat sich bei Zoran fast durchwegs verbessert (Abb. 7):

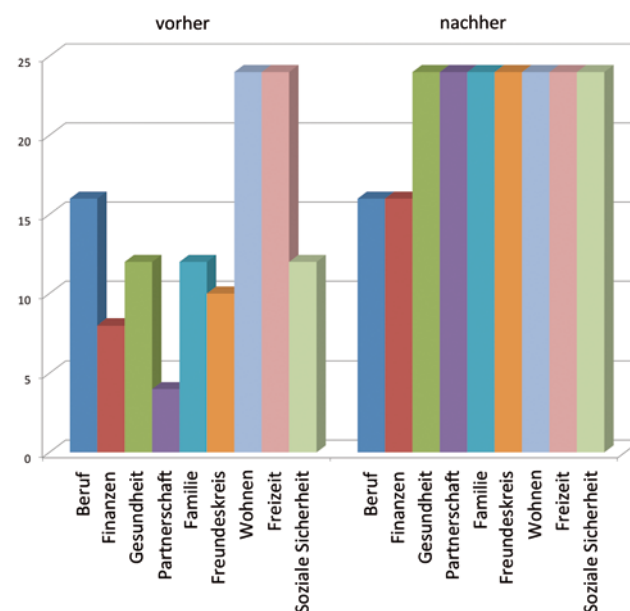


Abbildung 7: Gewichtete Zufriedenheiten (Zufriedenheit x Wichtigkeit) beim Patienten Zoran zu Therapiebeginn und Therapieende (Angaben in Rohwerten: 1... maximal unzufrieden, 20... maximal zufrieden).

Außer hinsichtlich Beruf (keine Veränderung) und Finanzen (leichte Verbesserung) äußert sich Zoran im Abschlusstest maximal zufrieden.

Auch im *Existentiellen Wohlbefinden* werden bei Zoran eindrucksvolle Verbesserungen sichtbar. In allen Dimensionen und in allen Grundmotivationen erlebt Zoran eine bessere Lebensqualität. Die stärkste Verbesserung ist in der ersten Grundmotivation zu verzeichnen. Hier hatte Zoran zu Therapiebeginn das stärkste Defizit bzw. den größten Leidensdruck. Auch Beziehungserleben und Personale Aktivität (beides Aspekte der 3. GM) waren zu Beginn sehr schwach ausgeprägt. Allerdings sind bei ihm in diesen GM keine klinische Auffälligkeiten zu beobachten (die negativen Dimensionen des Existentiellen Wohlbefindens sind nicht

⁷ Gemeinsam mit A. Bitsche, A. Linhart, G. Greiner; C. Meznik.

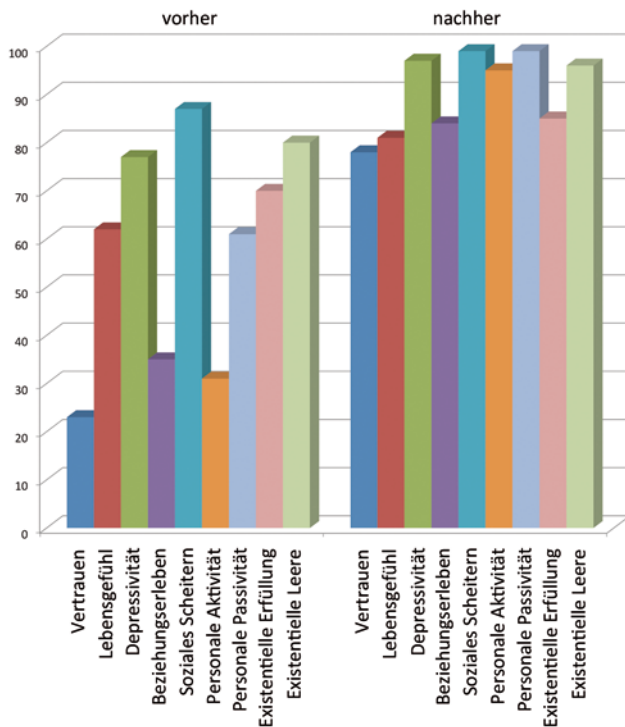


Abbildung 8: Existenzielles Wohlbefinden beim Patienten Zoran am Beginn und Ende der Therapie (Angaben in Prozentwerten, normiert an Suchtpatienten).

auffällig). Dies deutet darauf hin, dass bei Zoran keine Persönlichkeitsstörung vorliegt. Möglicherweise konnte Zoran daher aus den Therapieangeboten besonders gut profitieren.

Auch hinsichtlich der *Existenziellen Motivation* (Abb. 9) bilden sich ähnliche Effekte ab: Alle Werte haben sich verbessert, die stärkste Verbesserung gibt es in der ersten Grundmotivation. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass Zoran in der therapeutischen Gemeinschaft Halt und Zugehörigkeit erfahren konnte, die ihm in seinem sozialen Umfeld gefehlt haben.

Die Ergebnisse der *klinisch-psychologischen Untersuchung* stützen diese Vermutung.

Beim Suchtstatus zeigten sich deutliche Veränderungen im Umgang mit den illegalen Drogen. Hier möchte der Patient auf alle Fälle abstinent bleiben und hatte auch seiner Meinung nach gute Strategien entwickelt, wie er mit aufkommendem Suchtdruck bzw. Verlangen umgehen kann. Ebenso ist er von seinen Fähigkeiten dahin gehend überzeugt. Die Ausnahme in der Abstinenzmotivation stellte sein Umgang mit Alkohol dar. Hier war er davon überzeugt, den Konsum unter Kontrolle halten zu können und wollte dahin gehend aber auch nicht abstinent bleiben. Im Bereich des Persönlichkeitsstatus zeigten sich bei beiden Tests keine Auffälligkeiten von Beginn bis zum Ende der Therapie. Beim SCL90-R zeigten sich von Beginn bis zum Ende der Therapie sehr große Veränderungen. Deutlich erhöht waren die Skalen Zwanghaftigkeit, Depressivität und Ängstlichkeit. Bei der Abschlusstestung zeigte sich klinisch kein auffälliges Ergebnis mehr. Die subjektive Gesamtqualität des Lebens laut der WHOQL-100 hat beim Patienten von unterdurchschnittlich bis zu durchschnittlich zugenommen.

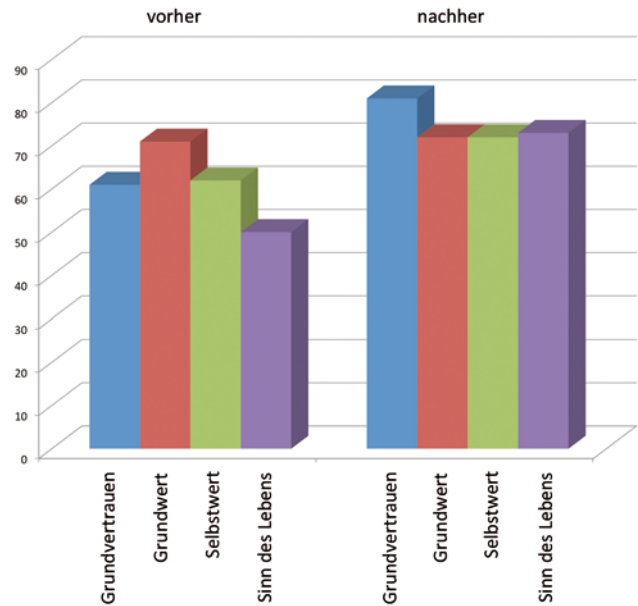


Abbildung 9: Veränderungen des Patienten Zoran im TEM von Therapiebeginn zu Therapieende (Angaben in Prozentwerten, normiert an der Allgemeinbevölkerung).

Alle Skalenebenen sind davon betroffen. Er fühlte sich jetzt deutlich besser vor allem in der Domäne Psyche, Umwelt-, Lebensbedingungen und der Domäne Soziale Beziehungen und Sexualität. Im Stressverarbeitungsbogen (SVF 120) zeigten sich bei beiden Testungen kaum klinisch auffällige Ergebnisse, die Ausnahme bildete bei der Abschlusstestung der Bereich Negative Stressbewältigungsstrategien, und zwar als auffällig unterdurchschnittlich ausgeprägt (Flucht, gedankliche Weiterbeschäftigung, Selbstbeschuldigung) (vgl. Burtscher 2010, 37).

Und schließlich die Kommentare der *Psychotherapeutin*: Aufgrund einer Maßnahme (gerichtlich angeordnet „Therapie statt Strafe“) hat der Patient die Möglichkeit bekommen Therapie zu machen. Er war lange Zeit in Haft und dadurch in seiner persönlichen Freiheit sehr eingeschränkt. Er hat wieder regelmäßig Kontakt mit der Familie bekommen, die einen sehr wichtigen Aspekt in der Genesung darstellte, da er von einer Abschiebung in die Türkei bedroht war und dies am Ende der Therapie noch nicht geklärt war. Seine Eltern standen bedingungslos hinter ihm und gaben ihm immer wieder das Gefühl, dass die Abschiebung so nicht möglich wäre. Auch neigte er dazu, aus therapeutischer Sicht, die „Dinge“ positiver zu sehen, als sie in der Realität waren. Dieser Zug zieht sich auch in seiner Familie fort. In der Gemeinschaft konnte er sich gut einfinden, ist mit allen gut ausgekommen, hatte wenige Konflikte. Zoran zeichnete sich durch ein hohes Maß an Anpassung aus. Er hatte sich während der Therapie gerne in der Natur aufgehoben und in seiner Freizeit ist er regelmäßig laufen gegangen. Ein Ziel in der Therapie lag in der Entwicklung eines basalen Grundgefühls von sozialer Zugehörigkeit und Identität als Türke zweiter Generation. Nicht verwurzelt zu sein, wenig Beziehung zu seinen Eltern zu haben, stellten sein primäres Leiden dar, was ihm jedoch nur teilweise bewusst war. Er war eher subdepressiv und

hat wenig Freude aus sich heraus entwickeln können. Gefüllt wurde diese Leere vor allem mit Drogenkonsum (zuerst Cannabis, Kokain, später dann Heroin), vor dem Suchtmittelkonsum durch Glücksspiele, schnelles Autofahren und Computerspiele.

Die *Diagnose* zu Therapieabschluss lautet F19.21 [Störung durch multiplen Substanzgebrauch, Abhängigkeitssyndrom (Kokain, Opiate, Cannabis, Alkohol)]. Er erhielt keine Persönlichkeitsdiagnose laut ICD-10 (vgl. Burtscher 2010, 36).

Abschluss-Interview ZORAN

Zoran hat sich vom Wünschen zum Wollen bewegt: *Abstinenz zu sein, (Pause) äh die Planung, was in der Freizeit zu machen. Freizeit, halt dass ich meine Freizeit gestalte, besser gestalte als einfach furt zum goh (ausgehen), mit dem Auto herum zu fahren und so irgendetwas....*

Seine Antworten sind etwas eloquenter, nicht mehr verschlossen, klar, teils kraftvoll, sachlich, realistisch und Ich-bezogen. *Ja! Jetzt wieder als normaler Arbeiter tätig sein, dann schauen, dass ich irgendwie a bessere Arbeit find. Weil i brauch jetzt ehrlich gesagt Geld (Pause) also arbeitslos oder so will i ned sein in der nächsten Zeit.*

Er trägt zusammen, was ihm wichtig ist und was ER dafür tun kann. Er setzt auf das, was ER machen kann: *Ja, Freizeitplanung, arbeiten, Struktur, im Alltag, geregelte Struktur ... Aufstehen, Arbeiten gehen, pünktlich sein und so was halt.*

Er plant, – in Beruf, Freizeit, Leben – Halt und Orientierung über Strukturen aufzubauen. Zorans Antworten sind knapp, aber an seine Wirklichkeit abgebunden. *Planung, was in der Freizeit zu machen. ... Familie und Beziehung zu pflegen.... Fitness trainieren ... Sport ist wichtig, Familie ist wichtig, Abstinenz ist wichtig, Arbeit ist wichtig ja.*

Zoran ist zwar zuversichtlich, dass er seine Pläne halten kann, dennoch ist ihm bewusst, dass er sich erst bewähren muss.

Zoran zeigt sich ein wenig gefühlvoller und lebendiger und insgesamt offener in Bezug auf sich und in seiner Haltung gegenüber der Welt. *Ja, jetzt bin ich schon zufrieden, (Pause), aber ich werde erst zufrieden sein, wenn ich draußen bin und anfangs zum Arbeiten (tiefes Luft holen – Pause) und einen geregelten Alltag hab. Mich selber abstinenz zum sein, mehr Sport zu machen, (Pause) einfach besser Zeit verbringen.*

Er spricht kaum in vollständigen Sätzen (ev. aus dem Migrationshintergrund), führt die Inhalte kaum weiter aus, aber seine Aussagen sind stringent, haben knappe Begründungen und weisen ihn selbst als den bestimmenden und planenden aus.

Diagnostische Schlussfolgerung

Zoran ist im Anfangsgespräch offen in der Wahrnehmung seiner Situation und hält sie aus, hält ihr Stand (Ressource der 1. GM), er bringt von sich aus seine jetzige Situation mit seinem früheren Handeln und dessen Folgen in Zusammenhang. Er ist aber auch hilflos und unklar über seine jetzige psychische Verfassung. Drogenabhängigkeit und Gefängnis haben ihn aus der Bahn geworfen, es deutet auf eine Trau-

matisierung hin. Seine Familie ist ihm jetzt Halt. Er trägt eine gewisse Hoffnung in sich, die er allerdings nicht begründen kann.

Beim Abschluss wird deutlich, dass er sich hat treiben lassen in seinem Leben, es fehlte ihm an Wert-Orientierung (schwache 2. GM). Eher hat er sich mitziehen lassen von seinem Umfeld (fehlende Abgrenzung, Selbstwert und Bezug zum Eigenen, 3. GM). Aus diesen Schwächen resultierte eine fehlende Zukunftsorientierung (4. GM). Der stationäre Aufenthalt hat einen Boden gelegt, sein Leben selbst in die Hand zu nehmen. Er ist darin einerseits klar und planend, andererseits noch unerfahren und braucht weitere Unterstützung, besonders in der Wertwahrnehmung und Selbstwirksamkeit.

In dieser beginnenden Selbst-Organisation kann man seine *alte Stärke* erahnen, die basale Ressourcen an Klarheit, nüchtern sachlichem Denken und Kraft zeigt. Seine Persönlichkeit dürfte sich eher im Neurotischen aufhalten, es spricht nichts für eine Persönlichkeitsstörung.

Resümee aus beiden Analysen

In der Gegenüberstellung der unterschiedlichen diagnostischen Methoden (quantitativ – qualitativ), fällt auf, dass beim Patienten Zoran keine derart widersprüchlichen Befunde wie bei den beiden anderen Patienten auftreten. Es wurde bei ihm keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Die Übereinstimmung kann als Indiz einer stabilen Selbstwertwahrnehmung betrachtet werden.

Konsequenz für die Forschung

Für die Forschung bedeutet dies umgekehrt, dass bei Patienten mit schweren Selbstwertstörungen bzw. Persönlichkeitsstörungen unbedingt unterschiedliche diagnostische Befunde auf einander abgestimmt werden müssen bzw. dass eine rein quantitative Wirksamkeitsmessung den Erfolg von Therapien stark verzerrt. Eine *phänomenologische Analyse* erscheint *unumgänglich*, um die spezifischen Veränderungen durch Psychotherapie bei diesen Patienten abzubilden.

Für die gesamte Psychotherapieforschung hat diese Erkenntnis großes Gewicht, da ein hoher Anteil an Psychotherapiepatienten unter zumindest mittelschweren Selbstwertstörungen leidet, welche als Copingreaktionen eine verzerrte Selbstwahrnehmung mit sich bringen.

ANTWORTEN ZUM FORSCHUNGSANLIEGEN AUS DER QUALITATIVEN UNTERSUCHUNG

Welche Gestalt und Art der *Existentialität / Beziehungsgestaltung (zum Leben, zu Lebensmöglichkeiten)* lässt sich bei Suchtpatienten vor und nach ihrer stationären Langzeit-Therapie beschreiben?

1. UMGANG MIT SUCHTPROBLEM

Im *Eingangsgespräch* lässt sich beobachten, dass die Studienteilnehmer ihre Suchtproblematik nicht thematisieren. Sie sprechen diese Begriffe nicht aus, weichen aus mit Wendungen wie „gesund sein wollen“, „fit sein“, halten es (wie Petra) in einer Ferne, als ob es nicht zu ihr gehören würde, oder sparen es gänzlich aus.

Diese *vermeidende Haltung* zeigt sich aber nicht nur in

Bezug auf das Thema Sucht, sondern als generelle Haltung dem Leben gegenüber. Dies drückt sich in verschiedenen Aspekten aus:

- Antworten bestehen meist aus Schlagwörtern, kaum Verben, Worthülsen.
- Innere Dialog ist nicht spürbar, er wird nicht vermittelt.
- Innere Auseinandersetzung ist nicht präsent.
- Kein Diskurs zu Zielen, Haltungen, Meinungen.
- Kaum Abwägen und in Verbindung bringen mit Erfahrungen⁸.
- Keine Emotionale Beteiligung spürbar.
- Antwortende verliert sich, bleibt unklar.
- Antworten bilden eine nahezu undurchdringliche Oberfläche.
- Sie sind keine Einladung für den Zuhörer sich einzufühlen oder zu verstehen.
- Sie wehren den anderen damit ab, es macht den Menschen unnahbar.

Der Mensch hinter seiner Aussage **ist nicht greifbar**. Dies vermittelt sich in besonderem Maß dadurch, dass er selbst eigentlich nichts ergreift.

2. UMGANG MIT LEBEN – WUNSCHHALTUNG

Die Suchtpatienten vermitteln im Eingangsinterview also keine Auseinandersetzung mit Tatsachen und Erfahrungen, aber sie zeigen eine *Sehnsuchthaltung*, der etwas monadenartiges einer in sich eingekapselten Haltung anhaftet. Diese Haltung langt weniger in eine zu erhoffende Verbindung und Nähe zur Welt hin, sondern bleibt in sich verhaftet. Es ist darin *keine Anziehung vom Leben selbst* spürbar. Sie ist nicht vom Leben und dem Lebenswert bewegt, dadurch ist auch keine zielgerichtete, wertorientierte, intentional gerichtete Motivation wach und spürbar. Diese Haltung sucht nicht nach mehr Lebendigkeit, sondern nach mehr Behaglichkeit. Sie entfaltet sich somit im eigentlichen Wortsinn als abwartende *Wunschhaltung*, die Angenehmes empfangen und darin verweilen möchte. Der Mensch in dieser Haltung macht sich nicht selbst auf den Weg, dafür ist die ausweichende und vermeidende Kraft offensichtlich zu stark.

Diese Wunschhaltung bei Suchtpatienten hat sich in unserer Untersuchung in folgenden *drei Ausprägungen* gezeigt:

1. Materielle Version

In der „materiellen Wunschhaltung“ beschreibt der Mensch, was er gerne hätte. Die *Wunscherfüllung geht auf ein HABEN* hin, auf ein zur Verfügung haben. So beschreibt z.B. Zoran, dass vielleicht Familie oder ein Geschäft in der Zukunft sein sollen, aber in der Art der Beschreibung werden keine Wege dahin, Erfahrungen, Projekt-Entwürfe entwickelt, sondern Ziele lediglich genannt. Sie wirken abgehoben in der Dimension der Idee, eher willkürlich. Obwohl darin immer auch etwas nahe Liegendes ist, sind diese Ziele nicht an ein Streben und eine Ausrichtung der Person angebunden.

2. Behagliche Version

Diese behagliche Seite der Wunschhaltung möchte im

psychisch angenehmen verweilen, sie stellt sich eine Befindlichkeit des Wohlergehens vor und *möchte sich vom Fluss des Lebens tragen lassen*, von Mögen/Zuwendung etc., von Anderen, vom Außen generell.

Es werden Vorstellungen von abgehoben Idealen, von Idyllischem, Beschaulichem, und störungsfrei Angenehmem geschildert.

3. Fordernde Version

In dieser Haltung werden Forderungen (was als „ich will..., ich will...“ beschrieben wird) mit Härte als unumstößliche Ziele präsentiert. Begleitend schwingt auch eine selbstverständliche Forderung an sich selbst mit, dass es so sein soll, ungeachtet des Wie und des eigenen Könnens, *rücksichtslos*, abgehoben von sich selbst.

Am Beispiel von Petra wird diese Haltung deutlich: Sie will Unangenehmem aus dem Weg gehen. Sie ist nicht im Dialog mit sich und nicht im Dialog mit der Welt. Die Vorstellung geht dahin, dass die Erfüllung ihrer rigorosen Vorstellungen ihr ein schönes Leben gewähren würde und damit den Wechsel in die Behagliche Wunschhaltung.

Im *Abschlussinterview* wird sichtbar, dass im Aufbrechen der Wunschhaltungen folgende Haltungen erarbeitet wurden:

- Zur Erreichung des Wunschzieles braucht es einen realisierbaren Weg.
- Erkennen, dass das vorgestellte Ziel eine Illusion ist.
- Unterschied zwischen wollen und wünschen.
- Der Wunsch wird mit der Realität des Könnens ergänzt.
- Selbständigkeit und Strukturen sind wichtig.
- Erfahrung und Haltung, dass man andere braucht.
- Sich selbst näher sein in einer realistischeren Wahrnehmung.

3. UMGANG MIT AUSSEN – VERSCHLOSSENHEIT

Die vermeidende Haltung der Suchtpatienten gegenüber einer Auseinandersetzung lässt sie von außen als kaum erreichbar erscheinen. Von innen her gesehen vermitteln sie einen Wunsch nach malerischer, ungestörter Beschaulichkeit, also einem Trend zum angenehmen und idyllischen. Darin sind sie einer u.U. *störenden Außenwelt gegenüber verschlossen*, in sich gekehrt. Diese Beschränkung in eine *Binnenwelt ihrer Psyche* darf man sich aber nicht im Sinne einer introvertierten Erlebens- und Verarbeitungsweise reich vorstellen, sondern zeigt sich in dem was und wie sich die Studienteilnehmer mitteilen durchaus karg. Im existentiellen Blick fällt auf, dass das personale Authentische praktisch nicht präsent ist, außer in einem kurzen Aufblitzen beim Rückhalt in der Familie.

Hingegen zeigt sich im *Abschlussinterview* ein Aufbrechen dieser „Binnenhaftigkeit“. Das Außen kommt herein, indem der Mensch in eine Interaktion mit dem Anderen tritt. Dies zeigt sich in der Thematisierung

- des Könnens – Umgang wird zum Thema, Gewachsen-Sein dem Anderen,
- des Nicht-Könnens – eigene Grenzen wahrnehmen; was

⁸ Ausnahme: Ein Rückhalt in der Familie (oder nahem Freund) ist bei fast allen Teilnehmern als emotional bewegende Erfahrung präsent und führt auch zu einer Einstellung, dass einem die Familie/Freund wichtig ist.

ist das, was ich kann,

- das Selbst und das Eigene gewinnt Gestalt und Bedeutung.
- Braucht jemanden als Halt.
- Braucht Führung.
- Trägt in sich Freude am Leben.

Durch diese Thematisierungen wird der *Blick auf sich und die Welt realistischer*. Es kommt zu einer Bezugnahme

- auf die eigene körperliche Verfassung,
- auf die Arbeitsfähigkeit,
- auf die nötigen finanziellen Mittel,
- auf die Notwendigkeit einer Strategie zur Abstinenz,
- und Wünsche als derzeit unrealisierbar akzeptieren.

In dieser gegen Ende des stationären Aufenthalts weniger verschlossenen Haltung der Suchtpatienten tritt die *Brüchigkeit der Persönlichkeitsstruktur* nun unverdeckt deutlich hervor, als Ergebnis der therapeutischen stationären Arbeit zeigt sich aber auch die gewachsene Fähigkeit, sich und der Situation eher standhalten zu können. Durch das Erfahren von aufgefangen sein, von Schutz und Raum, von Struktur und Gemeinschaft, wirken ihre *Lebensumstände aushaltbarer*.

Zusammenfassend ist in der qualitativen Untersuchung deutlich geworden, dass die Suchtpatienten in der Eingangsphase in ihrer Tiefe eine Ferne zum Leben vermitteln, sie erleben kaum eine Anziehung vom Leben selbst. Leben und Sein zieht sie nicht an in ein Mit-Gestalten und Entwickeln. Ihre Beziehung zum SEIN ist statisch, sie vermittelt die von Heidegger beschriebene „tiefe Langeweile“ (siehe den Beitrag von E. Bauer in diesem Heft: 2015, 32). Die Ursachen, wie es zu einer solchen Haltung kommen kann, sind vielfältig und reichen von Traumatisierungen bis zur „Oberflächlichkeit“. Diese Lebensferne/Langeweile wird neben dem Konsum von Suchtmitteln durch eine Wunschhaltung kompensiert. Im Unterschied dazu zeigt sich in der Abschlussphase des stationären Aufenthalts, dass Vorstellungen stark zurücktreten, es wird nicht mehr überbordend ausgemalt, wie es sein soll, sondern eine realistischere Wahrnehmung kommt zustande. Das Eigene zählt und eine Zukunftsausrichtung verbindet sich mit strategischer Planung. Und vor allem ist beim Abschlussinterview immer wieder eine *Freude am Leben* spürbar.

Die Aufgabe in und nach der Drogentherapie beschreibt ein Patient sehr treffend:

*Was i denn mim Leaba tua? ... jo...pf... schwierig ... jo des isch eigentlich mi Problem, was i hab.*⁹

Literatur:

- Bauer E (2015) Verzweiflung im Selbst. Zu den tiefen existentialen Ursachen der Sucht. *Existenzanalyse* 2015, 32, 2, 29–35
- Burtscher A (2010) Existentielle Lebensqualität im Bereich der stationären Suchtarbeit. Die Auswertung der Daten mit Hilfe des ELQ und des TEM exemplarisch an vier Patienten der Therapiestation Carina (Stiftung Maria Ebene) in Vorarlberg. Abschlussarbeit im Rahmen der Ausbildung zur Psychotherapeutin (Fachspezifikum Existenzanalyse)
- Eckhardt P (2000) Skalen zur Erfassung existentieller Motivation, Selbstwert und Sinnerleben. Unveröff. Diss. Univ. Wien.
- Görtz A (2003) Die Entwicklung eines psychotherapeutisch orientierten Diagnostikums zur Erfassung von Lebensqualität und seine Validierung an Suchtkranken. Unveröff. Diss. Univ. Wien
- Längle S (2007) Phänomenologische Forschung in der Existenzanalyse. *Existenzanalyse* 2007, 24, 2, 54–61
- Längle S, Görtz A, Steinert K, Krempel Ch (2006) Was wäre ein gutes Leben? Erste Ergebnisse einer Befragung von Inhaftierten. *Existenzanalyse* 2006, 23, 2, 64–68
- Längle S (2015) Methode zur Praxis Hermeneutisch-Phänomenologischer Forschung. *Existenzanalyse* 2015, 32, 2, 64–70

Anschrift der Verfasserinnen:

DR. SILVIA LÄNGLE
Eduard Sueß Gasse 10
A – 1150 Wien
sylvia.laengle@existenzanalyse.org

DR. ASTRID GÖRTZ
Breitenfurter Straße 376/10/17
A – 1230 Wien
astrid.goertz@existenzanalyse.org

⁹ Was ich dann mit meinem Leben anfangen, das ist schwierig. Ja, das ist eigentlich mein Problem, das ich habe.