



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Der Einfluss Imaginativer Logotherapie und
Existenzanalyse auf Ressourcenaktivierung“

verfasst von / submitted by

Sophie Lindermann, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree
of

Master of Science (MSc)

Wien, 2016 / Vienna 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

ao. Univ. Prof. Priv. Doz. Dr. Brigitte Lueger-Schuster

*Erst der Mut zu sich selbst wird den Menschen seine Angst
überwinden lassen. – Viktor Frankl*

Danksagung

Großer Dank gilt meiner Masterarbeits-Betreuerin ao. Univ. Prof. Priv. Doz. Dr. Lueger-Schuster, die es ermöglicht hat, ein so relevantes und spannendes Thema bearbeiten zu können.

Ebenso großen Dank empfinde ich für meine beiden externen Masterarbeits-BetreuerInnen Herr Mag. Schlick und Frau Dr. Hackmack-Eder.

Ich danke besonders Herrn Mag. Schlick für seine Erläuterungen und Rückmeldung zur Logotherapie und Existenzanalysen. Frau Dr. Hackmack-Eder danke ich sowohl für die Organisation und Abwicklung der Testungen als auch für die inhaltliche Erläuterung zu Imaginationen und deren Einfluss auf Psychotherapie.

Meinen beiden Masterarbeits-KollegInnen Tanja Auer und Lukas Gregor möchte ich ebenfalls „Danke“ sagen! Ich freue mich, mein letztes Jahr an der Universität Wien mit euch verbracht haben zu dürfen!

Ebenso danke ich all den freiwilligen StudienteilnehmerInnen, ohne diese die Untersuchung nicht möglich gewesen wäre! Vielen Dank für Ihre aufgebrauchte Zeit während unserer Untersuchungen und natürlich auch für Ihr mir entgegengebrachtes Vertrauen!

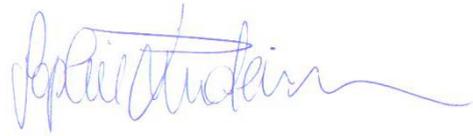
Zu guter Letzt danke ich meinem Vater Michael und meiner Schwester Stefanie, die mich dazu ermuntert haben, meinen Berufswunsch zu verfolgen und mir immer zur Seite stehen! Und ich danke meinem Partner Lorenz für seine große Unterstützung und die Freude, die er in mein Leben bringt!

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die Masterarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe, und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen hat. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Wien, am 12. September 2016

Unterschrift



Die vorliegende Masterthesis wurde nach den APA-Richtlinien (American Psychological Association, 2010) sowie nach den Leitlinien zur Erstellung der Masterarbeit der Studienprogrammleitung Psychologie (Fakultät für Psychologie Universität Wien, 2015) verfasst.

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	1
THEORETISCHER HINTERGRUND	3
WISSENSCHAFTLICHKEIT VON PSYCHOTHERAPIE.....	3
WIRKFAKTOR „RESSOURCENAKTIVIERUNG“	6
<i>Definition von Ressourcen</i>	6
Resilienz.....	6
Coping.....	7
Lebensorientierung.....	8
<i>Relevanz von Ressourcenaktivierung</i>	9
Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit.....	9
Biologische Komponente.....	10
(IMAGINATIVE) LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE.....	13
<i>Logotherapie und Existenzanalyse</i>	13
Entstehung und Definition	13
Zugrundeliegendes Menschenbild	14
Begriffsdefinitionen.....	15
Hauptbehandlungsziel.....	21
Hauptbehandlungskonzepte.....	21
<i>Mentale Imagination</i>	23
Definition und Anwendung.....	23
Imaginative Logotherapie und Existenzanalyse.....	23
Ablauf von Imagination im Zuge der IM-LT & EA.....	24
<i>Verbindung der IM-LT & EA mit psychischen Ressourcen</i>	26
Resilienz.....	26
Coping und Lebensorientierung.....	26
FRAGESTELLUNG	28
FORSCHUNGSZIEL	28
FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	29
<i>Zusammenhang der IM-LT & EA mit Ressourcenaktivierung</i>	29
<i>Veränderungen in Bezug auf Ressourcenaktivierung</i>	29
<i>Unterschiede in Bezug auf die Veränderung von Ressourcenaktivierung</i>	30
<i>Subjektive Wirksamkeit der IM-LT & EA aus Sicht der PatientInnen</i>	31
METHODIK	32
UNTERSUCHUNGSDESIGN	32
UNTERSUCHUNGSABLAUF	32
STICHPROBE	32
INSTRUMENTE.....	33
<i>Connor-Davidson-Resilience Scale (CD-RISC)</i>	34
<i>Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)</i>	34
<i>Life-Orientation-Test revised (LOT-R)</i>	35
<i>Existenzskala (ESK)</i>	36
<i>Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)</i>	37
ERGEBNISANALYSE	37

ERGEBNISSE	39
ZUSAMMENHANG DER IM-LT& EA MIT RESSOURCENAKTIVIERUNG.....	39
<i>Resilienz und Existentialität.....</i>	39
<i>Coping und Existentialität.....</i>	39
<i>Lebensorientierung und Existentialität.....</i>	40
<i>Visuelle Darstellung des Zusammenhangs.....</i>	41
VERÄNDERUNGEN IN BEZUG AUF RESSOURCENAKTIVIERUNG.....	42
<i>Resilienz.....</i>	42
<i>Coping.....</i>	42
<i>Lebensorientierung.....</i>	43
<i>Existentialität.....</i>	44
<i>Visuelle Darstellung von Veränderungen.....</i>	46
UNTERSCHIEDE IN BEZUG AUF DIE VERÄNDERUNG VON RESSOURCENAKTIVIERUNG.....	47
<i>Resilienz und soziodemographische Daten.....</i>	47
<i>Coping und soziodemographische Daten.....</i>	48
<i>Lebensorientierung und soziodemographische Daten.....</i>	50
<i>Existentialität und soziodemographische Daten.....</i>	52
SUBJEKTIVE WIRKSAMKEIT DER IM-LT & EA AUS SICHT DER PATIENTINNEN.....	53
INTERPRETATION	54
INTERPRETATION UND DISKUSSION	54
<i>Resilienz.....</i>	54
<i>Coping.....</i>	55
<i>Lebensorientierung.....</i>	56
<i>Subjektive Wirksamkeit der IM-LT & EA.....</i>	57
<i>Allgemeingültigkeit der Ergebnisse.....</i>	57
<i>Conclusio.....</i>	58
LIMITATIONEN	59
FORSCHUNGSAUSBLICK	60
LITERATURVERZEICHNIS.....	61
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	70
TABELLENVERZEICHNIS.....	70
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	72
ANHANG.....	73
ABSTRACT (DEUTSCH)	73
ABSTRACT (ENGLISCH)	74
FRAGEBÖGEN.....	75
EXPERTENINTERVIEW MIT DR. HACKMACK-EDER.....	82
CURRICULUM VITAE	85

Einleitung

Der Gegenstand dieser Masterarbeit ist die Erforschung einer neuen Psychotherapieform, der *Imaginativen Logotherapie und Existenzanalyse* (nachfolgend IM-LT & EA genannt). Die IM-LT & EA stellt eine Weiterentwicklung von Viktor Frankls Logotherapie durch Dr. Ruth Hackmack-Eder und Mag. Christoph Schlick dar. Bei dieser Therapieform werden neben einer Gesprächstherapie nach Frankl zusätzlich Imaginative Techniken angewandt. Die LT & EA ist eine sinnzentrierte Psychotherapieform, welche zum Ziel hat, die Freiheiten und Handlungsmöglichkeiten einer Person zur Sinnerfüllung aufzudecken bzw. der Person aus ihrer gefühlten Indifferenz in Bezug auf den eigenen Lebenssinn zu helfen (Frankl, 1971, 2005; Lukas, 2002). Imaginative Techniken sollen im Rahmen der Gesprächstherapie die Verarbeitung und Integration von negativen Emotionen und Erlebnissen unterstützen, mittels positiver Bilder die Kontrollwahrnehmung steigern und Handlungsmöglichkeiten aufzeigen, sowie den Therapieprozess beschleunigen (Holmes & Mathews, 2010; Jacob & Tuschen-Caffier, 2011; Reddemann, 2013).

Im Rahmen einer klinisch-psychologischen Interventionsforschung soll diese neu entwickelte Psychotherapieform nun empirisch erstüberprüft werden. Hierfür wurde ein drei Masterarbeiten umfassendes Projekt der Fakultät für Psychologie der Universität Wien, unter Leitung von ao. Univ. Prof. Priv. Doz. Dr. Brigitte Lueger-Schuster, in Kooperation mit dem Institut für Logotherapie und Existenzanalyse Salzburg initiiert. Als Grundlage der Überprüfung dient das 4-Phasen-Prüfmodell, welches aus folgenden Phasen besteht (Buchkremer & Klingberg, 2001):

Tabelle 1

4-Phasen-Prüfmodell im Rahmen einer evidenzbasierten Psychotherapie

Phase	Charakteristika
Phase 1	Konzeptentwicklung
Phase 2	Nicht kontrollierte Studien
Phase 3	Kontrollierte Studien
Phase 4	Anwendungsstudien unter Routinebedingungen

Nachdem die Phase der Konzeptentwicklung durch Hackmack-Eder und Schlick vor Beginn des Projektes durchgeführt wurde, befindet sich die Erfassung der Wissenschaftlichkeit innerhalb des gesamten Masterarbeitsprojektes am Ende von

Phase 1 bzw. in Phase 2. Die Aufteilung der einzelnen Masterarbeiten des Projektes innerhalb der zu überprüfenden Phase wird nachfolgend beschrieben.

Masterarbeit 1, verfasst von Tanja Auer, BSc:

Diese Arbeit behandelt den Abschluss von Phase 1 und dient der Erkundung der neu entwickelten Psychotherapieform in Bezug auf deren theoretische Konzepte und Wirkungsweisen. Diese wird im Rahmen einer qualitativen, hypothesengenerierenden Studie realisiert.

Masterarbeit 2, verfasst von Lukas Gregor, BSc und Masterarbeit 3, verfasst von Sophie Lindermann, BSc:

Die beiden Arbeiten umfassen die Erforschung der neu entwickelten IM-LT & EA unter global formulierten Hypothesen mittels Prä-Post-Analysen im vor-experimentellen Design ohne Vergleichsgruppe (Buchkremer & Klingberg, 2001; Krampen, Schui & Wiesenhütter, 2008). Sie befinden sich somit in Phase 2 des Prüfmodells.

Gregor fokussiert sich im Rahmen seiner empirischen (Erst-)Prüfung auf die Erkundung des Wirkfaktors Problembewältigung. Die vorliegende Masterarbeit behandelt schließlich den Wirkfaktor der *Ressourcenaktivierung*. Zusammengefasst ist das Thema der vorliegenden Masterarbeit daher eine (Erst-)Prüfung der IM-LT & EA in Bezug auf Ressourcenaktivierung.

Die Arbeit gliedert sich wie folgt auf:

Zu Beginn wird im Rahmen der *Theorie* ein Einblick in die Psychotherapieforschung und deren Bestandteile gegeben. Anschließend wird der zum Schwerpunkt gesetzte Wirkfaktor der Ressourcenaktivierung definiert und die erforschten Ressourcen beschrieben. Zuletzt werden die Besonderheiten der neu entwickelten IM-LT & EA erläutert und eine theoretische Verbindung dieser Psychotherapieform mit dem Konzept der Ressourcenaktivierung hergestellt. Im Zuge der Kapitel *Fragestellung und Hypothesen* sowie *Methodik* werden die genauen Forschungsfragen und -annahmen, sowie das Studiendesign der Masterarbeit vorgestellt. Anschließend werden im Rahmen der *Ergebnisse* und der *Interpretation* die statistischen Resultate präsentiert und der Einfluss von IM-LT & EA auf intrapersonelle Ressourcen interpretiert. Abschließend werden die Kritik und ein Ausblick für kommende wissenschaftliche Forschungen formuliert.

Theoretischer Hintergrund

Das Thema dieser Masterarbeit ist, wie bereits vorangehend beschrieben, die Erkundung der neu entwickelten Psychotherapieform, IM-LT & EA, mit dem Ziel einer empirischen (Erst-)Prüfung unter global formulierten Hypothesen (Buchkremer & Klingberg, 2001; Krampen, Schui & Westhütter, 2008). Nachfolgend soll erläutert werden, wieso klinisch-psychologische Interventionsforschung betrieben werden sollte, wie der Ablauf im Rahmen des 4-Phasen-Prüfmodell vonstattengeht und welche Ziele die Interventionsforschung verfolgt.

Wissenschaftlichkeit von Psychotherapie

Die wissenschaftliche Überprüfung von psychotherapeutischen Verfahren hat zum Ziel, die Erkenntnisse aus Forschung und Praxis in der Psychotherapie zu vereinen, Rahmenlinien für psychotherapeutische Behandlungen zu erstellen und somit eine stetige Weiterentwicklung jener Verfahren zum Wohle der zu behandelnden Patientin/des Patienten zu ermöglichen (Anderson, 2006; Kazdin, 2008; Parry, 2000). Mittels objektiver Parameter können daher effektive Psychotherapieverfahren bestimmt werden, was in Folge zu einer übersichtlichen Behandlungslandschaft und hohen Qualitätsstandards führt (Anderson, 2006; Parry, 2000). Zuletzt dient wissenschaftlich fundierte Psychotherapie als Voraussetzung für Behandlungs-Leitlinien, Therapie-Manuale und PatientInnenratgeber (Krampen, Schui & Wiesenhütter, 2008).

Der Ablauf einer wissenschaftlichen Überprüfung kann, wie bereits im Rahmen der Einleitung beschrieben, mithilfe des 4-Phasen-Prüfmodells einer evidenzbasierten Psychotherapie von Buchkremer & Klingberg (2001) durchgeführt werden. Dieses ist eine Weiterentwicklung des Modells zur wissenschaftlichen Überprüfung der pharmakologischen Forschung und evidenzbasierten Medizin und entstand im Zuge der Diskussion der Anwendbarkeit jenes Modells innerhalb der Psychologie bzw. Psychotherapie (Buchkremer & Klingberg, 2001; Jacobi, 2011; Krampen, Schui & Wiesenhütter, 2008). Jenes Modell soll eine schrittweise wissenschaftliche Überprüfung neuer Therapieformen ermöglichen. Nach der Erstellung eines wissenschaftlichen psychotherapeutischen Konzepts in Phase 1 wird in Phase 2 eine Erstüberprüfung der Wirksamkeit mittels Plausibilitätsprüfungen durchgeführt. Diese Prüfungen werden üblicherweise

mittels Prä-Post-Analysen durchgeführt, um einen Überblick über den Genesungsverlauf zu erhalten. Die wissenschaftliche Anerkennung einer Therapieform wird schließlich in Phase 3 belegt. Mittels randomisiert-kontrollierter Studien kann die Wirksamkeit in Vergleich zu einer Kontroll- oder Vergleichsgruppe untersucht werden, man spricht bei solchen Studien daher auch von *Efficacy-Studien* (Buchkremer & Klingberg, 2001). Innerhalb der letzten Phase des Prüfmodells kommt es zu einer Überprüfung der Wirksamkeit im naturalistischen Setting, jene Studien werden *Effectiveness-Studien* genannt (Buchkremer & Klingberg, 2001). Nach Ablauf des gesamten 4-Phasen-Prüfmodells soll die zu überprüfende Psychotherapieform wissenschaftlich anerkannt sein.

Die wissenschaftliche Überprüfung von Psychotherapie in den Phasen 1 bis 4 wird dabei anhand von zwei Wegen ermöglicht (Baumann, 1999; Buchkremer & Klingberg 2001; Vocks, Joormann, Michalak, Kosfelder & Meyer, 2005):

Zum einen können psychotherapeutische Verfahren durch die Überprüfung der *Gültigkeit der Therapietheorie* bewertet werden. Dies geschieht zeitlich gesehen zu Ende von Phase 1. Hierbei werden die zugrunde liegenden theoretischen Konstrukte und Wirkungsweisen der Therapieform analysiert (Buchkremer & Klingberg 2001). Diese Analyse der Wirkungsweise von Psychotherapie beschäftigt sich dabei mit Prozessen (= *Wirkfaktoren*) die durch Psychotherapie ausgelöst werden und zu Veränderungen bei der Person führen. Veränderungen, welche die Wirksamkeit einer Psychotherapie darstellen, können hierbei durch mehrere Wirkfaktoren bedingt werden. In Bezug auf das Konzept von Wirkfaktoren gibt es zwei unterschiedliche wissenschaftliche Ansichtsweisen (Ahn & Wampold, 2001; Pfammatter & Tschacher, 2012; Stiles, Shapiro & Elliott, 1986): Zum einen gibt es die Ansicht, dass psychotherapeutische Verfahren etwaige Veränderungen durch (verfahrens-) *spezifische Wirkfaktoren* erzielen. Diese spezifischen Wirkfaktoren können dabei besondere Techniken oder auch zugrundeliegende theoretische Annahmen sein. Eine zweite Ansicht besagt, dass Veränderungen durch allgemeine bzw. *unspezifische Wirkfaktoren* bedingt sind. Die Wirksamkeit sei somit bei allen Psychotherapieformen annähernd gleich und durch grundlegende Faktoren, die in jeder Psychotherapie vorkommen, beeinflusst. Unterschiedliche Meta-Analysen unterstützen die Annahme grundlegender, d.h. unspezifischer Wirkfaktoren (Ahn & Wampold, 2001; Imel & Wampold, 2008; Lambert & Barley, 2001). Eine der

bekanntesten Klassifizierungen von unspezifischen Wirkfaktoren ist jene von Grawe (1995). So definierte Grawe (1995, 2005) mit seinem Wirkfaktorenmodell vier unspezifische Wirkfaktoren, welche zu Veränderungen durch Psychotherapie beitragen: Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung und Motivationale Klärung.

Der zweite Weg, Psychotherapie wissenschaftlich zu überprüfen ist im Rahmen der *Erwiesenen Wirksamkeit* möglich. Die Erwiesene Wirksamkeit beschäftigt sich mit überprüfbar Veränderungen im Rahmen der Psychotherapie, wie etwa einer Reduktion von psychopathologischen Symptomen oder einer Zunahme adaptiver Verhaltensweisen und befindet sich im 4-Phasen-Modell in den Phasen 2 bis 4 (Baumann, 1997; Buchkremer & Klingberg, 2001). Jacobson, Follette und Revenstorf (1984) definierten in Bezug darauf Wirksamkeit als signifikante Veränderungen von vormals dysfunktionalen Personen in den funktionalen, unauffälligen Bereich der Population bzw. in jene positive Richtung. Die Erfassung von Wirksamkeit kann mittels nicht kontrollierter (Phase 2-Untersuchungen) und kontrollierter Studien (Phase 3-Untersuchungen) durchgeführt werden.

Wie in der Einleitung erwähnt, beschäftigte sich Auer (2016) im Rahmen des Masterarbeitsprojektes mit der Überprüfung der Wirkungsweise der IM-LT & EA und betrachtete in Bezug darauf unter anderem die unspezifischen Wirkfaktoren von Grawe (1995). Die Ergebnisse hypothetisieren das Vorhandensein dieser Wirkfaktoren. Im Rahmen dieser Masterarbeit wird der Wirkfaktor der Ressourcenaktivierung als Schwerpunkt genommen und dessen Einfluss, auf Auers Ergebnissen aufbauend, genauer untersucht. Basierend auf dieser Grundlage soll mithilfe dieser Arbeit untersucht werden, ob die theoretische Übereinstimmung der IM-LT & EA mit Ressourcenaktivierung durch Veränderungen im Laufe der Therapie bestätigt werden kann. Im folgenden Kapitel wird der Wirkfaktor der Ressourcenaktivierung genauer beschrieben.

Wirkfaktor „Ressourcenaktivierung“

Psychische Ressourcen können als positive Charakterstärken angesehen werden, die das Wohlbefinden und die Gesundheit eines Menschen fördern (Hobfoll, 2002; Willutzki & Teismann, 2013). Willutzki und Teismann (2013) beschreiben Ressourcen als individuumsspezifische Merkmale, welche für die Person als nützlich und hilfreich angesehen werden. Grawe und Grawe-Gerber (1999) beschreiben Ressourcen und deren Zusammenhang mit psychischen Störungen folgendermaßen:

„Auch Menschen mit psychischen Störungen verfügen über eine Vielzahl von Ressourcen. Diese kommen aber wegen der starken Aktivierung der Probleme weniger zum Zuge, als es ihrem eigentlichen Potential entspricht. Deswegen ist die Bedürfnisbefriedigung eines von psychischen Störungen betroffenen Menschen geringer, als sie aufgrund der vorhandenen Ressourcen eigentlich sein könnte.“ (S. 67).

Diese Masterarbeit versucht zu untersuchen, ob die IM-LT & EA ressourcenorientiert arbeitet und konzentriert sich dabei auf drei relevante intrapersonelle Ressourcen - *Resilienz, Coping und Lebensorientierung*. Nachfolgend sollen jene drei Ressourcen genau beschrieben werden.

Definition von Ressourcen.

Resilienz.

In psychologischen Studien erstmals erwähnt wurde der Begriff Resilienz bereits in den 1960-1970er Jahren (Luthar, 2003; Masten, 2001). Untersuchungen an Kindern, welche sich trotz widrigster Umstände adäquat entwickelten und keine Psychopathologien entwickelten, führten zu der Schlussfolgerung des Vorhandenseins eines protektiven Faktors – der *Resilienz*. Bonanno (2008) beschreibt wie unterschiedlich Personen mit ungünstigen oder verstörenden Situationen umgehen, und zeigt hierbei den Unterschied zwischen *resilience* und *recovery* auf. Er sieht Genesung (*recovery*) als einen Prozess, in welchem eine Person auf Grund eines bedeutenden negativen Erlebnisses ihren gesunden Zustand verliert, psychische Störungen auftreten und nachträglich wieder geneset, also zu seinem Ursprungszustand zurückkehrt. Im Gegenzug dazu steht Resilienz (*resilience*) für die Erhaltung des eigenen gesunden psychischen Zustands trotz Auftreten eines bedeutenden negativen Erlebnisses (Bonanno, 2008). Resilienz ist also die Fähigkeit einer Person zu *positiver Anpassung* unter Vorhandensein

ungünstiger und risikobehafteter Außenstände (Coutu, 2002; Masten, 2001, 2007; Masten & Obradovic, 2008; Rutter, 2006).

Rutter (2006, 2012) weist des Weiteren auf einen *Steeling Effect* durch Resilienz hin. So scheint es bei resilienten Personen durch das Erleben negativer Situationen ebenfalls zu einer Zunahme der Widerstandsfähigkeit für *zukünftigen Stress* zu kommen. In Bezug auf eine positive Anpassung schließlich fassen Masten, Cutuli, Herbers und Reed (2009) folgende Voraussetzungen zusammen: Das Vorhandensein positiver Verhaltensweisen, welche einen günstigen Ausgang der Situation wahrscheinlich machen, Lebenszufriedenheit und Glücklichkeit, sowie die Abwesenheit von ungünstigen Verhaltensweisen, welche zu psychischen Störungen führen können.

Coping.

Der Begriff *Coping* entstand in den 1960-1970er Jahren durch das steigende Interesse an Stress und dessen psychischen Folgen (Lazarus, 1993). Als *Coping* werden Verhaltensweisen bezeichnet, welche Personen anwenden, um durch stressige und herausfordernde Situationen keinen Schaden zu nehmen (Pearlin & Schooler, 1978). Jene Stresssituationen bzw. Stressoren können in besondere Lebensereignisse, chronische Belastungen und Alltagsstress unterteilt werden (Thoits, 1995). *Coping*verhalten kommt daher in Situationen zum Einsatz, in denen das Erreichen wichtiger Ziele der Person als gefährdet eingeschätzt wird. Unabhängig von der Art des Stressors reagieren Menschen aufgrund der Unsicherheit des Ausganges üblicherweise emotional negativ oder ängstlich auf diese Situation (Folkman & Moskowitz, 2004). In Bezug auf die Funktion des *Copings* beschrieben Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis und Gruen (1986) zwei Hauptziele: Die aktive Veränderung der emotional stressverursachenden Situation, sowie die Emotionsregulation in dieser stressigen Situation. Bewältigungsstrategien in Bezug auf Stressoren arbeiten somit sowohl auf kognitiver als auch auf behavioraler Ebene (Lazarus & Folkman, 1984; Thoits, 1995).

Folkman und Lazarus (1980) unterteilen *Coping* in zwei Typen. Mit dem *problemorientierten Coping* beschreiben sie den aktiven Zugang zur Veränderung der Situation, mit dem *emotionsorientierten Coping* das Äußern oder Ausleben auftauchender negativer Emotionen (Coyne, Aldwin & Lazarus, 1981; Folkman & Moskowitz, 2004; Folkman et al., 1986). Aufgrund der Vielzahl an darauffolgender

Forschung existieren je nach Ansicht der/s WissenschaftlerIn teilweise mehr als zwei Copingtypen (Endler & Parker, 1990b; Folkman & Moskowitz, 2004). So erweiterten Endler und Parker (1990b) das problemorientierte und das emotionsorientierte Coping um das *vermeidungsorientierte Coping*.

Vermeidungsorientiertes Coping steht dabei für Verhalten, welches angewandt wird, um die unsichere oder stresshafte Situation zu vermeiden (Endler & Parker, 1990b).

Lebensorientierung.

Scheier und Carver (1985) beschreiben *Lebensorientierung* als die Erwartung einer Person an den Ausgang einer Situation. So schreiben sie optimistischen Menschen einen positiven Blick auf die Zukunft zu. Diese Personen erwarten, dass die Dinge sich meist nach ihren Wünschen entwickeln und glauben daran, dass ihnen mehr gute als schlechte Dinge widerfahren werden. Studien weisen darauf hin, dass Optimismus und Pessimismus als unabhängige Dimensionen der Lebensorientierung gesehen werden sollen (Chang, Maydeu-Olivares & D’Zurilla, 1997; Glaesmer, Hoyer, Klotsche & Herzberg, 2008). Die beiden Pole können in unterschiedlichem Ausmaß gleichzeitig vorhanden sein; eine Person kann zum Teil optimistische als auch pessimistische Erwartungen an ihre Zukunft haben. Die Lebensorientierung scheint dabei ein relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal darzustellen, welches sich auch in negativen Situationen oder Phasen nicht verändert (Schou, Ekeberg, Sandvik & Ruland, 2005).

Relevanz von Ressourcenaktivierung.

Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit.

Studien zeigen, dass psychische Erkrankungen zumeist auch mit maladaptiven Ausprägungen der Ressourcen Coping und Lebensorientierung einhergehen: Emotionsorientiertes Coping korreliert beispielsweise positiv mit Psychopathologien; dabei zeigen Personen mit emotionalen Bewältigungsstrategien Symptome von Depressionen und Distress öfter als Personen mit problemorientierten Strategien (Beasley, Thompson & Davidson, 2003; Endler & Parker, 1994; Higgins & Endler, 1995). Personen, die vermeidungsorientiertes Coping anwenden, scheinen in Situationen physischen Stresses vermehrt ängstliche Reaktionen aufzuweisen; des Weiteren geben sie auch ein erhöhtes Maß an gefühlter körperlicher Panik und Ängstlichkeit an (Kardum & Krapic, 2000; Spira, Zvolensky, Eifert & Feldner, 2004). Ein hohes Ausmaß an vermeidungsorientiertem Coping scheint weiter das Ausmaß an zukünftigen akuten und chronischen Stressoren vorherzusagen und korreliert mit depressiven Symptomen in der Zukunft (Holahan, Moos, Holahan, Brennan & Schutte, 2005).

Eine pessimistische Lebenseinstellung steht ebenfalls in hohem Zusammenhang mit depressiven Symptomen, gesundheitsschädigendem Verhalten und korreliert mit vermeidungs- sowie emotionsorientiertem Coping (Carver, Scheier & Segerstrom, 2010; Chang, Maydeu-Olivares & D'Zurilla, 1997).

Bei der Behandlung von psychischen Störungen scheint die Reduktion von maladaptiven Copingstrategien und negativen Lebenseinstellungen daher ein relevanter Bestandteil von klinisch-psychologischer Behandlung bzw. Psychotherapie zu sein.

Die Verstärkung von positiven Ausprägungen der Ressourcen Coping und Lebensorientierung steht im Folgeschluss nun auch in Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung einer Person (Connor-Smith & Flachsbar, 2007). So steigert die Aktivierung von problemorientiertem Coping und optimistischer Lebensorientierung im Laufe von Psychotherapie das Ausmaß der (subjektiven) psychischen und physischen Gesundheit (Connor & Davidson, 2003; Endler & Parker, 1994; Thoits, 1995; Tugade, Fredrickson & Feldman Barret, 2004), des Wohlbefindens und der allgemeinen Lebenszufriedenheit (Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels & Conway, 2009; Glaesmer, Hoyer, Klotsche & Herzberg, 2008). Diese

Aktivierung der beiden Ressourcen erhöht schließlich die Resilienz einer Person und kann somit im Rahmen der Gesundheitspsychologie als Präventionsmaßnahme vor zukünftigen Erkrankungen eingesetzt werden (Carver, Scheier & Segerstrom, 2010; Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels & Conway, 2009; Hatchett & Park, 2004).

Biologische Komponente.

Psychopathologien des Menschen zeigen sich jedoch nicht nur anhand maladaptiver Verhaltensweisen oder Einstellungen; vielmehr liegen psychischen Störungen ebenfalls strukturelle Veränderungen des Gehirns zugrunde (Fuchs, Czéh, Kole, Michaelis & Lucassen, 2004; Grawe, 2004; Hüther & Sachsse, 2007; Pittenger & Duman, 2008). Studien weisen in Zusammenhang mit Depressionen beispielsweise auf eine Atrophie im präfrontalen Cortex sowie im Hippocampus hin (Bear & Abraham, 1996; Fuchs, Czéh, Kole, Michaelis & Lucassen, 2004; Lee, Ogle & Sapolsky, 2002). Hierbei kommt es durch die geringere Aktivierung der betroffenen Hirnregion zu einer Verkümmern der zugehörigen Nervenzellen und zu einer Abnahme des Volumens jener Hirnregion (Grawe, 2004; Lee, Ogle & Sapolsky, 2002; Pittenger & Duman, 2008; Stockmeier et al., 2004). Die Fähigkeit des Gehirns zur zukünftigen *Neuroplastizität* (= Adaption von Nervenzellen an ihre Umwelt) scheint durch affektive Störungen und die chronische Mobilisation von Stressreaktionen beeinträchtigt zu werden, was die Behandlung jener psychischen Störungen erschwert (Curtis & Cicchetti, 2003; Fuchs, Czéh, Kole, Michaelis & Lucassen, 2004; Pittenger & Duman, 2008).

Psychische Behandlung bzw. Psychotherapie soll den genannten strukturellen Veränderungen entgegenwirken, indem sie das Aktivierungslevel der betroffenen Nervenzellen wieder in einen Normalzustand versetzt oder zusätzliche Areale aktiviert, welche vor Beginn der Therapie inaktiv waren (Barsaglini, Sartori, Benetti, Petterson-Yeo & Mechelli, 2014; Curtis & Cicchetti, 2003). Dabei sollen im Rahmen der Psychotherapie positive Emotionen und Kognitionen in den Fokus gerückt werden (Brendtro & Steinebach, 2012; Forbes & Dahl, 2005; Grawe, 2004). Die immer häufigere Aktivierung der Nervenzellen in Zusammenhang mit positiven Gefühlen soll schließlich die pathologischen Veränderungen im Gehirn umkehren (Grawe, 2004). Durch die (Re-)Aktivierung der betroffenen Gehirnareale soll eine bessere Emotionsregulation sowie die Zunahme von sozialen Kompetenzen erzielt werden (Curtis & Cicchetti, 2007).

An dieser Stelle kommt der Wirkfaktor der Ressourcenaktivierung zum Einsatz. In Abbildung 1 wird der Einfluss von Ressourcenaktivierung auf den gesamten Therapieprozess graphisch dargestellt.

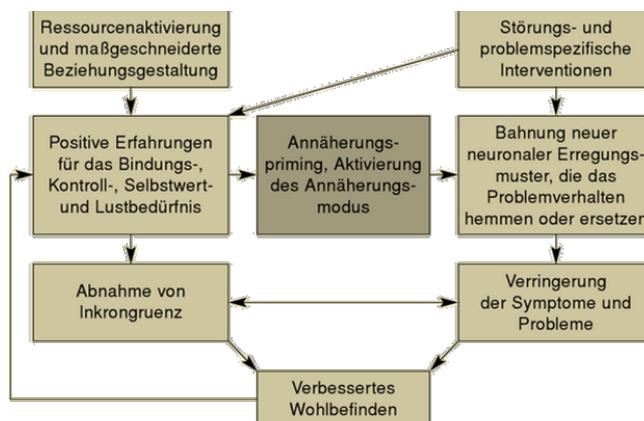


Abbildung 1. Die Rolle von Ressourcenaktivierung im Therapieprozess (Grawe, 2004, S. 408).

Wird Psychologische Behandlung bzw. Psychotherapie so gewählt, dass sie den Bedürfnissen bzw. der Persönlichkeit der Patientin/des Patienten entspricht, gelingt es der Person leichter, ihre Ressourcen zu nutzen, d.h. es kommt zu einer Aktivierung der vorhandenen Ressourcen (Grawe & Grawe-Gerber, 1999).

Ressourcenaktivierung unterstützt das Priming des *Annäherungsmodus* und die Deaktivierung des *Vermeidungsmodus* einer Person. Im Annäherungsmodus wird sich die Patientin/der Patient „mit größerer Bereitschaft und im Sinne eigener annähernder Ziele [...] auf das einlassen, was der Therapeut als notwendig an ihn heranträgt.“ (Grawe, 2004, S. 383). In jenem Modus ist es der Patientin/dem Patienten daher eher möglich, auf problembewältigende Interventionen einzugehen und diese auch umzusetzen (Grawe, 2004). Dieser Zusammenhang der Aktivierung des Annäherungsmodus' mit der Bewältigung von Problemen ist in Abbildung 2 ersichtlich. Hierbei zeigt sich, dass in erfolgreichen Therapiesitzungen Ressourcenaktivierung häufiger zum Einsatz kam, als in nicht erfolgreichen Sitzungen und dass diese Ressourcenaktivierung ebenfalls die Zunahme von *Problemaktivierung* bewirkte (Grawe, 2004). Im Zuge der Aktivierung bzw. der Fokussierung auf eigene Probleme können ungewollte, störungsspezifische Kognitionen und Verhaltensweisen sichtbar gemacht und letztendlich durch adaptive Kognitionen und Verhaltensweisen ersetzt werden. Dabei unterstützen die Ressourcen- und Problemaktivierung bei der Patientin/beim Patienten schließlich

die Neuroplastizität des Gehirns durch Bahnung neuer neuronaler Erregungsmuster (Grawe, 2004).

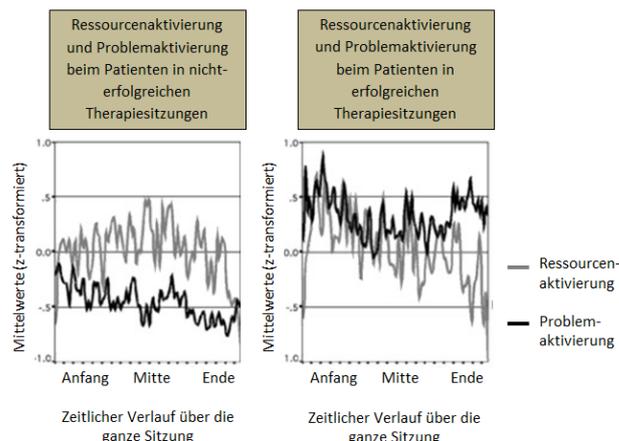


Abbildung 2. Gegenüberstellung der Intensität von Problemaktivierung und Ressourcenaktivierung in negativen und positiven Therapiesitzungen (Grawe, 2004, S. 394).

Zusätzlich kommt es durch erfolgreiche Nutzung bzw. Aktivierung der eigenen Ressourcen bei der Patientin/dem Patienten zu einem *positiven Rückkoppelungsprozess*; selbstwerterhöhende Wahrnehmung und positive Emotionen steigern das Wohlbefinden der Patientin/des Patienten und tragen so ebenfalls zum Erfolg der Therapie bei (Beiglböck & Feselmayer, 2010; Grawe, 2004; Grawe & Grawe-Gerber, 1999).

Zusammenfassend lässt sich zum Wirkfaktor der Ressourcenaktivierung daher folgendes sagen: Ressourcenorientierte Psychotherapie führt zu einer Verringerung von Psychopathologien, maladaptiven Kognitionen und Therapieabbrüchen, sowie zu einer Zunahme von Selbstwertgefühl, Kontrollempfinden und Wohlbefinden und trägt so zur Verbesserung des subjektiven Gesundheitsgefühls einer Person bei (Beiglböck & Feselmayer, 2010; Duckworth, Steen & Seligman, 2005; Grawe, 1995, 2004; Haug, Gabriel, Flückiger & Kordy, 2009). Weiter unterstützt sie die neuronale Umstrukturierung im Rahmen der Therapie und ist von hoher Relevanz für den Erfolg einer Psychotherapie (Grawe, 1995, 2004; Haug, Gabriel, Flückiger & Kordy, 2010; Willutzki, 2002; Willutzki, Neumann, Haas, Koban & Schulte, 2004). Aufgrund dieser Ergebnisse, welche die Relevanz von Ressourcenaktivierung aufzeigen, soll überprüft werden ob IM-LT & EA jenen Wirkfaktor der Therapie ebenfalls nutzt, um zu bestmöglichen Veränderungen im Rahmen der Psychotherapie zu kommen.

(Imaginative) Logotherapie und Existenzanalyse

Das Institut für Logotherapie und Existenzanalyse Salzburg, gegründet durch Schlick und Hackmack-Eder, arbeitet mittels Logotherapie und Existenzanalyse nach Frankl und erweitert diese mit Imaginationstechniken. Diese spezielle Psychotherapieform des Instituts für Logotherapie und Existenzanalyse nutzt somit zusätzlich neben regulären logotherapeutischen Gesprächseinheiten die Wahrnehmung innerer Bilder und Imaginationen durch die Patientin/den Patienten.

Nachfolgend werden sowohl die Besonderheiten und Eigenschaften der Logotherapie und Existenzanalyse nach Frankl, als auch die Eigenschaften von imaginativen Verfahren sowie deren Verwendung im Rahmen der IM-LT & EA näher erläutert.

Logotherapie und Existenzanalyse.

Entstehung und Definition.

Die *Logotherapie und Existenzanalyse* wurde von dem Wiener Psychiater Viktor Frankl im Jahr 1926 entwickelt und durch ihn und seine KollegInnen weiterentwickelt. Viktor Frankl verfasste zu diesem Thema über 30 Bücher, welche in bis zu 45 Sprachen übersetzt wurden. Ebenso wurden von anderen Autoren zahlreiche Werke zur Vertiefung und Weiterentwicklung publiziert (Viktor Frankl Institut, 2015). Ursprung der Entstehung der Logotherapie und Existenzanalyse war die Tatsache, dass Frankl die zu dieser Zeit vorherrschenden Psychotherapieschulen als zu einseitig ansah, und diese für ihn daher einer Erweiterung bedurften (Frankl, 2002).

Die dominierenden Therapieschulen Individualpsychologie (welche ihren Schwerpunkt im Willen zur Macht setzt) sowie die Tiefenpsychologie (welche sich vorrangig mit dem Willen zur Lust beschäftigt) schienen für Frankl den tief verwurzelten und essentiellen *Willen zum Sinn* nicht ausreichend zu behandeln (Frankl, 2002). Diesen Willen bzw. diese Freiheit zur Auffindung eines individuellen (Lebens-) Sinnes beschreibt Frankl (1973a) als Hauptmerkmal, das den Menschen vom Tier unterscheidet. Diese Freiheit, nach der Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens zu fragen, sieht Frankl als menschliche Eigenheit, die in jedem gesunden Menschen vorhanden zu sein scheint (Frankl, 1973a).

Mithilfe der Logotherapie (griechisch: logos = Sinn, therapeia = heilen) und Existenzanalyse (spätlateinisch: existentia = Vorhandensein, mittellateinisch: analysis = auflösen) soll der Patientin/dem Patienten geholfen werden, die eigene Existenz zu evaluieren und den individuellen Sinn zu erkennen bzw. aufzudecken. Eine Meta-Analyse von Vos, Craig und Cooper (2015) bestätigt, dass jene Ziele im Rahmen von Existenzanalyse erreicht werden. So kommt es in starkem Ausmaß zu positiverem Sinnerleben im eigenen Leben, zu einer Zunahme des eigenen Selbstvertrauens und einer moderaten Reduktion von Psychopathologien.

Für Frankl sollte die Logotherapie und Existenzanalyse jedoch keine eigenständige Psychotherapieform, sondern viel eher eine Ergänzung der bisherigen anerkannten und wissenschaftlich erforschten Therapieschulen darstellen, um dem Ziel einer für das Individuum allumfassenden sowie vollständigen Psychotherapie näher zu kommen (Frankl, 1971, 2002).

Zugrundeliegendes Menschenbild.

Viktor Frankl (1971) sah die Logotherapie und Existenzanalyse als *Höhenpsychologie* an, welche sich also in den Höhen der Geistigkeit einer Person bewegt. Im Rahmen von *Zehn Thesen über die Person* beschreibt Frankl (2005) das der Logotherapie und Existenzanalyse zugrundeliegendes Menschenbild rund um die Geistigkeit einer Person genauer. Die wichtigsten Postulate werden nachfolgend erläutert (Frankl, 2005, 2010; Lukas, 2002):

Frankl beschreibt die *Unteilbarkeit der Geistigkeit* einer Person, d.h. sie ist in ihrem Wesen einzigartig und vollständig. Die Eigenschaften und Besonderheiten dieser Person sind dabei an ihren Körper gebunden und so ist es auch nicht möglich, sie weiterzugeben (Frankl, 2005). Der Mensch ist *geistig und existentiell* – die Person ist also nicht nur körperlich, sondern auch auf geistiger Ebene vorhanden und greifbar, sie ist nach Frankl beseelt und existiert über ihre Taten und Entscheidungen (Frankl, 2005). In ihrer Geistigkeit ist es der Person weiter möglich, *sich sich selbst gegenüberzustellen* und über sich selbst beobachtend zu reflektieren. Durch diese Möglichkeit des über sich selbst Hinausdenkens ist der Geist *dynamisch*, es ist ihm möglich sich weiterzuentwickeln (Frankl, 2005). Zuletzt sieht Frankl die Person als *ich-haft* an. Hiermit meint er die *Verantwortlichkeit* und *Freiheit* (Frankl, 2005, 2010). Der Mensch wird nicht geleitet durch seine Triebe, er ist für sein Leben selbst verantwortlich und der Geist ist dabei frei in seiner Wahl Entscheidungen zu

treffen (Frankl, 2005, 2010). Der Schwerpunkt von Viktor Frankls Menschenbild lag somit vor allem auf der geistigen Ebene des Menschen (Frankl, 2010). Durch dieses Menschenbild sah Frankl jedes Leben als wertvoll und schützenswert an. Im Zuge der durch ihn entwickelten Logotherapie und Existenzanalyse war ihm daher besonders wichtig, seinen PatientInnen den Wert des eigenen Lebens und die Freiheit des Geistes durch Aufzeigen von Entscheidungsmöglichkeiten näherzubringen (Frankl, 2005).

Begriffsdefinitionen.

Werte.

Sinnerfüllung bzw. die Wahrnehmung von Sinn im eigenen Leben ist beim Menschen nach Frankl vor allem durch Werte bzw. durch die Verwirklichung dieser möglich (Frankl, 1971). Diese Werte sind für das Individuum unterschiedlich und können sich situationsbedingt im Laufe des Lebens verändern. Viktor Frankl unterscheidet weiter drei unterschiedliche Arten von Werten – die Schöpferischen Werte, die Erlebnis-Werte, sowie die Einstellungs-Werte (Frankl, 1971, 2015; Kurz & Sedlak, 1995):

Schöpferische Werte können durch die Gründung oder Erschaffung von etwas Individuellem erreicht werden. Sie können daher sowohl im Rahmen der Arbeit, z.B. einer handwerklichen Tätigkeit oder auch im Sinne einer Familiengründung entstehen (Kurz & Sedlak, 1995). Besonderheit ist jedenfalls, dass die Person durch die Schaffung von etwas Eigenem Zufriedenheit und Sinn im Leben erfährt (Frankl, 1971). Eine Voraussetzung für die Erfüllung Schöpferischer Werte sind eine schöpferische Fähigkeit bzw. das Talent einer Person, etwas zu erzeugen oder zu gründen (Frankl, 1971).

Erlebnis-Werte erreichen Erfüllung durch bewusstes Wahrnehmen und Erleben von Situationen (Frankl, 1971). Dies kann im Rahmen von besonderen Augenblicken, einer bewussten Wahrnehmung der Umgebung oder auch durch das Erleben von Interaktionen mit anderen Menschen geschehen. Die Person wird bei der Erfüllung von Erlebnis-Werten daher insofern aktiv, als sie sich bewusst der Situation hingibt und versucht, die Bestandteile dieser Situation wahrzunehmen und zu erleben (Frankl, 1971). Als Voraussetzung um Erlebnis-Werte zu erfüllen, werden sowohl die Nutzung der eigenen Sinne – Geruch, Geschmack, Gehör, Sehfähigkeit, Tastsinn – als auch spezielles Wissen und Erinnerungen angesehen (Kurz & Sedlak, 1995).

Diese Erlebnisfähigkeit wird benötigt, um die Relevanz und Besonderheit der Situation zu erkennen und das Erlebte zu erfassen.

Einstellungs-Werte kommen vor allem in Situationen zutage, in denen es der Person nicht möglich ist, etwas zu schaffen oder auch zu erleben (Frankl, 1971; Kurz & Sedlak, 1995). So kann eine Person in schicksalsschweren Zeiten durch die Einstellung zur Situation Sinn erleben, obwohl sie die Situation nicht aktiv verändern kann (Frankl, 1971, 2015). In der Akzeptanz des Leidens und dem Annehmen des Schicksals soll auch eine ausweglose Situation Sinn bekommen und das Leben der Person bereichernd bzw. wertvoll werden (Frankl, 2015). Für die beschriebene Akzeptanz benötigt der Mensch Leidensfähigkeit, welche im Gegensatz zur Schöpferischen Fähigkeit und der Erlebnisfähigkeit erst erlernt werden muss (Kurz & Sedlak, 1995). Die Leidensfähigkeit und somit die Erfüllung von Einstellungs-Werten stellt daher die letzte Stufe von Wertverwirklichung dar, da sie auf die Fähigkeiten und Ressourcen der vorherigen Wertkategorien zurückgreift, und erlernt werden muss.



Abbildung 3. Mögliche Stufen der Sinnerfüllung durch Verwirklichung von Werten.

Abbildung 3 zeigt den Pfad der Sinnerfüllung durch die drei Wertkategorien im Leben einer Person. Zu Beginn sind vor allem Schöpferische Werte im Leben zu erreichen, im Laufe der Reifung der Person rückt das Erleben und Genießen weiter in den Vordergrund, in Zeiten von Schicksalsschlägen sowie gegen Ende des Lebens verschiebt sich der Schwerpunkt der Wertverwirklichung weiter zur Einstellung der Person auf das eigene Leben. Die Art von Werten, welche vorrangig verwirklicht wird, verändert sich also im Laufe des Lebens, aber auch durch entscheidende Situationen im Leben der Person (Frankl, 2015).

Sinn.

Kurz und Sedlak (1995) definieren Sinn folgendermaßen:

„Sinn liegt in den verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen in unterschiedlichen Auffassungen vor, nämlich als Sinninhalt, als Bedeutung, als

Zweck bzw. Funktion und als Wert. Er wird materialisierbar und in der Verfügbarkeit des Subjekts gedacht. Da er sich jedoch immer versinnlichen muss, um wahrgenommen zu werden, ist er von der Wahrnehmungsfähigkeit des Subjekts abhängig.“ (S. 101).

Der Sinn ist daher einmalig, konkret und für die Person individuell (Kurz & Sedlak, 1995). Frankl (2014) sah den Sinn weiter als etwas an, das von der Person selbst gefunden werden muss. Dies weist darauf hin, dass der Sinn zwar der Person zugehörig ist, sich jedoch erst über die Umwelt oder Beziehungswelt der Person entwickeln kann. So beschrieb Frankl (2014), dass der Mensch letztlich in Bezug nach außen steht, indem er seine Aufmerksamkeit auf sinnvolle Tätigkeiten, Personen oder Situationen richtet. Diese Fähigkeit über sich hinaus zu sehen, nannte Frankl (2015) Selbsttranszendenz (s.u.).

Frankl betrachtete die Tatsache, dass der Mensch auf der Suche nach Sinn ist, als Besonderheit des Menschen. Den Wunsch, nach dem individuellen Sinn zu suchen, aber auch das Infrage stellen des entdeckten Sinnes sieht Frankl als nur menschlich und natürlich an (Frankl, 1971). Diesen inneren *Willen zum Sinn* verfolge der Mensch aufgrund des tief verankerten Wunsches glücklich zu sein (Frankl, 2014). Frankl vermutete außerdem, dass die Fokussierung auf einen Sinn den Menschen lebensfähiger und anpassungsfähiger werden lässt (Goldenberg & Hollander-Goldfein, 2011; Lukas, 2011).

Den Willen zum Sinn verfolge der Mensch in unterschiedlichen Bereichen; die Wichtigsten sind (Frankl, 1971, 2002, 2014, 2015):

Der Sinn des Lebens:

Das menschliche Leben erachtet Frankl in seiner Logotherapie und Existenzanalyse unter allen Umständen als sinnvoll (Kurz & Sedlak, 1995; Lukas, 1986). Da es auch nach negativen Geschehnissen seinen Sinn behält, ist das Leben immer wertvoll und schützenswert. Im Laufe des Lebens ist es jedoch möglich, den Sinn des eigenen Lebens nicht erkennen zu können. Der Sinn ist hierbei nicht verloren gegangen; er ist jedoch durch die aktuellen Entscheidungen und Lebensweisen nicht sichtbar. In jenem Fall ist es für den Menschen notwendig, durch Neuorientierung und Über-sich-Hinausgehen den Sinn neu zu entdecken (Lukas, 1986).

Der Sinn des Arbeitens:

Für einen Großteil des Lebens kann Lebenssinn unter anderem durch die Verwirklichung Schöpferischer Werte mittels beruflicher Beschäftigung erreicht werden (Frankl, 1971).

Der Sinn kann hierbei durch die persönliche Leistung und die gesellschaftliche Relevanz erfüllt werden. Sinnhafte Betätigungen benötigen jedoch keine außergewöhnlichen Aufgaben; ob eine Betätigung für das Individuum sinnhaft ist, hängt allein von der individuellen Einstellung zur Betätigung ab. Als Hindernis für die Erfüllung von Sinn durch berufliche Tätigkeit sieht Frankl (1971) problematische Arbeitsbedingungen.

Je mehr die Arbeit als Zwang gesehen wird, desto unwahrscheinlicher wird die Erfüllung von Sinn in dieser Beschäftigung. Als Ausgleich bleibt dem Individuum schließlich nur die Erfüllung ihrer Schöpferischen Werte durch Betätigungen in der Freizeit (Frankl, 1971).

Der Sinn des Leidens:

Frankl (2015) beschreibt die Möglichkeit auch in unabänderlichen Situationen des Lebens einen Sinn wahrnehmen zu können. Der Sinn wird hierbei durch Einstellungswerte erfasst: der Mensch agiert passiv, denn er verändert lediglich seine Einstellung zur Situation, nicht aber sein Umfeld oder Tun (Frankl, 1971). Den Sinn in unabänderlichen Situationen zu finden, bezieht sich dabei nicht nur auf freudige, sondern besonders auch auf leidvolle Momente des Lebens. So beschreibt Frankl, dass jede noch so tragische Situation im Leben eines Menschen in etwas Positives umgestaltet werden kann. Dies bezieht sich vor allem auf Ereignisse innerhalb der tragischen Trias, welche sich aus Leid, Schuld und Tod zusammensetzt (Frankl, 2002). Frankl (1971) beschreibt in Bezug auf diese Ereignisse eine Spannung zwischen dem (negativen) Ist-Zustand und dem Soll-Zustand. Diese unangenehme Spannung führt zu der Tendenz, eine Distanz zwischen sich und der unangenehmen Situation zu schaffen; das tragische Erleben bzw. die Situation wird so von der Person getrennt und unterdrückt. Mithilfe der Logotherapie und Existenzanalyse soll nun der Person dabei geholfen werden, sich mit der Unveränderbarkeit der Situation auseinanderzusetzen und diese zu akzeptieren (Frankl, 1971). Die Akzeptanz des Leidens ermöglicht der Person

schließlich einen möglichen Sinn darin zu erkennen, sich geistig weiterzuentwickeln und an dem Erlebten zu reifen (Frankl, 2015).

Selbsttranszendenz und Selbstdistanzierung.

Frankl sah die Selbsttranszendenz als Grundfertigkeit des Menschen an (Lukas, 2002). Die Selbsttranszendenz besagt, dass der Mensch nicht ausschließlich auf sich selbst bezogen ist, sondern seinen Sinn und seine Zufriedenheit unter anderem in der Außenwelt sucht. Nach Frankl ist somit ein gesunder Mensch für gewöhnlich nach außen orientiert (Frankl, 2010). Richtet die Patientin/der Patient die Aufmerksamkeit hauptsächlich nach innen, so verringert sich ihr/sein Sinnpotential, sie/er befasst sich eventuell vermehrt mit Problemen in Bezug auf ihre/seine Person und wird infolgedessen unzufriedener (Lukas, 2002). Im Rahmen einer LT & EA wird daher versucht, die Außenwelt der Patientin/des Patienten miteinzuschließen, um die Aufmerksamkeit mehr und mehr nach außen zu lenken (Lukas, 2002).

Eine zweite Fertigkeit liegt nach Frankl in der Selbstdistanzierung des Menschen. Sie steht für die Fähigkeit, von sich selbst Abstand nehmen zu können und ist die Voraussetzung für die Selbstwahrnehmung einer Person (Tutsch, 2000). Die Selbstdistanzierung ermöglicht es außerdem, die eigene Freiheit und Verantwortung zu erkennen und sich dem Leben nicht weiter ausgeliefert zu fühlen (Lukas, 2002; Tutsch, 2000).

Freiheit und Verantwortlichkeit.

Frankl sah (1971) die Dimension der Freiheit als Hauptunterscheidungspunkt zwischen Tier und Mensch. Als Dimension der Freiheit sah er „[...] eine Freiheit zu etwas, nämlich die Freiheit zu einer Stellungnahme gegenüber all den Bedingungen.“ (Frankl, 1971, S. 3).

Das Leben einer Person besteht aus *dem biologischen, dem psychologischen und dem soziologischen Schicksal* (Frankl, 1971). Hierbei wird unter dem biologischen Schicksal die genetische Ausgangslage bzw. Prädisposition angesehen. Das soziologische Schicksal steht für die Umwelt und deren Einflüsse auf die Person und das psychologische Schicksal schließlich steht für die Freiheit der Einstellung zum Leben. In der Freiheit sich zu entscheiden sieht Frankl gleichzeitig die Verantwortung, eine Entscheidung zu treffen und sein Leben aktiv zu steuern (von Frankl häufig *Verantwortlichkeit* genannt). „Verantwortung ist dasjenige, wozu man »gezogen« wird, und – dem man sich »entzieht.«“ (Frankl, 2014, S. 216). Denn diese

Verantwortung kann aufgrund der Vielzahl an Entscheidungsmöglichkeiten erschreckend und lähmend sein. Doch gerade diese unendlichen Möglichkeiten beschreibt Frankl (2014) auch als etwas Positives: sie ermöglichen es, das eigene Leben selbst zu erschaffen und seinem Dasein Sinn zu verschaffen. So sind Freiheit und Verantwortlichkeit also abhängig von der eigenen Einstellung zum Leben und zur Person. Das bedeutet, dass das Leben einer Person so lange sinnerfüllt ist, solange sie Verantwortung bezüglich ihrer Werte übernimmt und aktiv dazu beiträgt, diese zu verwirklichen (Frankl, 2014).

Trotzmacht des Geistes.

Frankl formulierte einmal „[...] wo ein Ziel – dort ist auch ein Wille.“ (1973b, S.128). Damit beschrieb er, dass der Mensch erst durch das Erkennen eines Zieles motiviert wird, sein Leben aktiv zu gestalten. Sieht die Person einen Sinn in ihrem Leben oder ihrem Tun, so wird sie auch schwierigste Situationen überstehen. Die Trotzmacht des Geistes fungiert hierbei also als Treibstoff für die Übernahme von Verantwortung und der Verwirklichung eigener Werte. Dies wiederum zeigt die Relevanz von sinnvoll erlebtem Sein dar; denn ohne jeglichen Sinn im Leben ist der Mensch motivations- und antriebslos (Frankl, 1973b).

Existentialität.

Der Begriff Existentialität stammt aus dem Spätlateinischen und steht übersetzt für *Dasein* oder Vorhandensein (Bibliographisches Institut GmbH, 2016). Frankl sah in der Existentialität „[...] die gesamte humane, also personal-geistige Dimension des Menschen, die im Vollzug des Glaubens aktiviert ist.“ (Biller & De Lourdes Stiegeler, 2008, S. 79). Fintz (2005) beschreibt weiter, dass sich Existentialität im Zuge der Selbsttranszendenz und Selbstdistanzierung verwirklicht. Das Über-sich-selbst-Hinaustreten und die Bezugnahme zur eigenen Umwelt führen in Folge zu einem verstärktem Fokus auf die eigenen Werte und der Sinnverwirklichung. Durch die Evaluierung der eigenen Handlungsmöglichkeiten zur Verwirklichung von Sinn und Werten entwickelt sich zugleich auch eine Verantwortung der Person zur Handlungssetzung (Biller & De Lourdes Stiegeler, 2008). Und so steht die Existentialität im Rahmen der LT & EA für das eigene Sein, die Freiheit der Person zur Suche nach Sinn und die Verantwortung zur aktiven Gestaltung des Lebens.

Hauptbehandlungsziel.

Das Haupt-Behandlungsziel der LT & EA ist die (Wieder-) Erlangung von Sinn im eigenen Leben. Dabei wird angenommen, dass durch aktuelle Entscheidungen und Lebensweisen jener Sinn nicht mehr sichtbar bzw. fühlbar sein kann; in dessen Folge schließlich Psychopathologien entstehen können. In jenem Fall beschreibt die LT & EA es als notwendig, den Sinn durch Neuorientierung und Über-sich-Hinausgehen neu zu entdecken (Lukas, 1986). Die Entwicklung von Sinn erfolgt hierbei durch Einstellungswerte, da diese Werte vor allem in Situationen entwickelt werden, in denen keine Handlungsmöglichkeiten bestehen und es daher zu einer Akzeptanz der Situation kommen muss (Frankl, 1971; Kurz & Sedlak, 1995). Die Wahrnehmung von Sinn soll schließlich zur Wiedererlangung der (psychischen) Gesundheit beitragen, vor zukünftigen (psychischen) Erkrankungen schützen und als Ressource in herausfordernden Situationen dienen (Frankl 2002, 2015; Lukas, 1986).

Hauptbehandlungskonzepte.

Freiheit und Verantwortlichkeit.

Frankl beschrieb, dass der Mensch von Grund auf frei ist, sein Leben zu gestalten. Mit ebendieser Freiheit kommt auch die Verantwortlichkeit, Entscheidungen zu treffen und aktiv an der Verwirklichung seines Lebenssinnes zu arbeiten (Frankl, 1971).

So bedingt das Erkennen der eigenen Verantwortlichkeit Verhaltensweisen, welche notwendig sind um auf Herausforderungen des Lebens adäquat reagieren zu können. Ist es der Person nicht möglich, ihre Handlungsmöglichkeiten und -freiheiten zu erkennen, kann es sein, dass sie aufgrund dessen nicht mehr fähig ist, verantwortlich und sinnhaft zu handeln (Frankl, 1971).

Aus diesem Grund ist die Wiedererkennung der eigenen Freiheit und Verantwortlichkeit ein entscheidendes Konzept in der Behandlung mittels LT & EA. Durch Fokuslegung auf Wahrnehmung der persönlichen Freiheit in der LT & EA soll es der Patientin/dem Patienten im Laufe der Therapie eher möglich sein, in stresshaften Situationen auf das Problem zuzugehen und aktiv an einer Lösung zu arbeiten.

Einstellungswerte und die Trotzmacht des Geistes.

Die Erlangung von Einstellungswerten sowie die Trotzmacht des Geistes stellen einen wichtigen Beitrag zur Erlangung von Sinn im eigenen Leben dar. Frankl sah Einstellungswerte als Option an, auch in unveränderlichen Situationen einen Sinn zu erkennen (Frankl, 1971). So ist es dem Menschen möglich, durch Zunahme der eigenen optimistischen Einstellung mehr Zufriedenheit und Sinnerfüllung im Leben zu erlangen. Gelingt es einer Person, in einer sehr tragischen Lebenssituation positiv eingestellt zu bleiben und sich sinnerfüllt zu fühlen, so steht dies für die Trotzmacht des Geistes (Frankl, 1971). Diese Trotzmacht des Geistes soll daher in PatientInnen der Logotherapie und Existenzanalyse erweckt werden, die nicht erkennen, dass jede Situation Potential zur Sinnerfüllung hat. In Folge soll somit die Patientin/der Patient optimistischer und weniger angstvoll in die Zukunft sehen können.

Mentale Imagination.

Definition und Anwendung.

Mentale Imaginationen sind innere Bilder und Vorstellungen einer Person. Diese können in Form von Träumen, Erinnerungen, spontan ausgelösten Bildern und bewussten inneren Bildern auftauchen (Hackmann & Holmes, 2004; Holmes & Mathews, 2010). Die Besonderheit von mentaler Imagination ist die Fähigkeit, emotionale Systeme im Gehirn direkt zu beeinflussen. Hierbei werden die gleichen Wahrnehmungsprozesse genutzt, als ob das Ereignis tatsächlich in jenem Moment passieren würde (Holmes & Mathews, 2010; Kosslyn, 1995; Pylyshyn, 2002). Faranda (2014) beschreibt Imaginationen daher weniger als bildliches, denn als gefühltes Erlebnis. In Folge haben innere Bilder dadurch ebenfalls die Möglichkeit, stark emotionale und nicht verarbeitete Erinnerungen auszulösen (Holmes & Mathews, 2010). Aus diesem Grund findet mentale Imagination im Rahmen von Psychotherapie vor allem bei der Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen Einsatz. Die wiederholte bewusste Produktion von unfreiwilligen Bildern und deren Verarbeitung durch begleitende Psychotherapie soll hierbei auftauchende Emotionen verändern und eine Integration in das Gedächtnis unterstützen (Holmes & Mathews, 2010; Jacob & Tuschen-Caffier, 2011). Imaginationen können jedoch ebenfalls als positive Ressource dienen: Bewusste positive innere Bilder, z.B. in Form von *Inneren Helfern* oder *Sicheren Orten*, können etwa bei der Verarbeitung schlechter Erinnerungen helfen, sowie als Rückzugsort und Ressource für eine vermehrte Kontrollwahrnehmung dienen (Reddemann, 2013).

Imaginative Logotherapie und Existenzanalyse.

Die zum Einsatz kommende imaginative Technik im Rahmen der IM-LT & EA beschreibt Hackmack-Eder (siehe Anhang, Experteninterview mit Dr. Hackmack-Eder) folgendermaßen:

Mentale Imaginationen werden im Rahmen der IM-LT & EA genutzt, um traumatische, prägende Kindheitserlebnisse oder schmerzhaft erlebte Erlebnisse zu zeigen. Diese mentalen Bilder werden hierbei emotional und körperlich erlebt und mithilfe der Therapeutin/des Therapeuten kognitiv verarbeitet. Allerdings können diese schmerzhaften, negativen Bilder durch die Patientin/den Patienten ebenfalls aktiv verändert werden (Hackmack-Eder, Interview, 2016).

Hierbei können sich unter anderem innere Helfer/innere Begleiter zeigen. Diese können in Form von realen Personen, Tieren oder Symbolen repräsentiert werden. Mithilfe dieser Begleiter sollen die auftauchenden Bilder wahrgenommen werden; sie sollen als sicherer Rückzugsort innerhalb des negativen Bildes dienen, die Kontrollwahrnehmung der Patientin/dem Patienten verstärken und die Verarbeitung der gesehenen Informationen unterstützen (Hackmack-Eder, Interview, 2016).

Die angewandte Imagination ist von offenem Typus. Das bedeutet, dass Thema und Inhalt der Einheit nicht von außen bestimmt werden. So kommen individuelle, für die/den einzelne/n PatientIn besonders relevante innere Bilder zutage (Hackmack-Eder, Interview, 2016).

Der Beginn und die Häufigkeit von Imaginationseinheiten wird hierbei für jede/n PatientIn individuell von der Therapeutin/dem Therapeuten entschieden. Relevant für diese Entscheidung ist unter anderem die Stabilität der/s PatientIn, als auch die vorhandene therapeutische Allianz zwischen TherapeutIn und PatientIn (Hackmack-Eder, Interview, 2016).

Ablauf von Imagination im Zuge der IM-LT & EA.

Die Imagination im Rahmen der IM-LT & EA besteht nach Hackmack-Eder aus folgenden fünf Schritten (siehe Anhang, Experteninterview mit Dr. Hackmack-Eder):

In einem ersten Schritt lässt sich die Patientin/der Patient auf ihre/seine aktuellen Gefühle oder Gedanken ein. Es werden dabei keine Vorgaben seitens der Therapeutin/des Therapeuten gemacht. Die sich daraus ergebenden innere Bilder der Patientin/des Patienten sollen aktiv zugelassen werden (Hackmack-Eder, Interview, 2016).

Im 2. Schritt kommt es zur wertfreien Wahrnehmung der Bilder unter Leitung der Therapeutin/des Therapeuten. Zur Unterstützung werden durch die Therapeutin/den Therapeuten Fragen gestellt, um das auftauchende Bild möglichst genau wahrzunehmen und abzugrenzen (Hackmack-Eder, Interview, 2016).

Im darauf folgenden Schritt soll die Patientin/der Patient die inneren Bilder so genau wie möglich verbalisieren. Der Schwerpunkt der Verbalisierung besteht vor allem in der Beschreibung des Standortes und des eigenen Blickfeldes, den auftauchenden Emotionen und Körperwahrnehmungen. Die Therapeutin/der Therapeut leitet diese Verbalisierung an und erfragt Aktivitäts- oder

Handlungsmöglichkeiten bzw. Veränderungen im Bild. Gibt die Patientin/der Patient Handlungsmöglichkeiten an, wird diesen – sofern die Patientin/der Patient dies wünscht – nachgegangen und das innere Bild so weiter exploriert (Hackmack-Eder, Interview, 2016).

Findet die Person einen Ort, an dem sich für sie positive Emotionen entwickeln, so kommt es zu einer Beendigung der Imagination durch einen positiven Abschluss. Falls es der Person nicht möglich ist, einen solchen Ort zu entdecken, kann die Imagination auf Wunsch der Patientin/des Patienten, bzw. bei anhaltenden, starken Widerständen durch Reflexion dieser Widerstände mit Hilfe der Therapeutin/des Therapeuten beendet werden (Hackmack-Eder, Interview, 2016).

In Schritt 4 soll die beendete Imagination reflektiert und verstanden werden, es kommt zu einer Nachbesprechung der Imagination, wobei jedoch auf Interpretationen seitens der Therapeutin/des Therapeuten verzichtet wird (Hackmack-Eder, Interview, 2016).

Zuletzt kommt es in Schritt 5 mit Hilfe der Therapeutin/des Therapeuten zu einer Neuinterpretation, sowie Integration der gesehenen Bilder in das eigene Bewusstsein. Eventuell positive Erfahrungen können durch die Patientin/den Patienten in den Alltag mitgenommen werden (Hackmack-Eder, Interview, 2016).

Verbindung der IM-LT & EA mit psychischen Ressourcen.

Resilienz.

Wie im Kapitel der Ressourcenaktivierung bereits erwähnt, versteht man unter Resilienz die Fähigkeit einer Person zur positiven Anpassung unter Vorhandensein ungünstiger und risikobehafteter Außenumstände und eine damit einhergehende Erhaltung des eigenen gesunden psychischen Zustands trotz Auftreten eines bedeutenden negativen Erlebnisses (Bonanno, 2008; Masten, 2001). Es wird davon ausgegangen, dass Personen durch das Vorhandensein eines Sinns widerständiger und anpassungsfähiger werden (Frankl, 1971, 2005; Goldenberg & Hollander-Goldfein, 2011; Lukas, 2011). Die Suche nach Sinn im Leben stellt in Frankls Theorie der Logotherapie und Existenzanalyse ebenfalls einen wichtigen Aspekt dar (Frankl, 1971, 2014). Somit wird angenommen, dass die Wahrnehmung von Sinn im Rahmen der IM-LT & EA zur Aktivierung der Resilienz einer Person führt. Die Erlangung von Resilienz kann in Folge als Hauptziel von IM-LT & EA beschrieben werden.

Coping und Lebensorientierung.

Wie im vorangehenden Kapitel erwähnt, versteht man unter problemorientiertem Coping instrumentelle Tätigkeiten, die zur Bewältigung eines Problems ausgeführt werden (Pearlin & Schooler, 1978). Durch die Bewusstmachung der eigenen Freiheit und Handlungsmöglichkeiten mithilfe von LT & EA soll es der Patientin/dem Patienten möglich werden, größere Distanz zum Problem zu bekommen und dadurch die Handlungsmöglichkeiten und die verbundene Freiheit zu erkennen und aufgrund dessen aktiv und verantwortlich zu handeln (Frankl, 1971, 2014). Die Verbindung des psychologischen Konzepts von Coping mit Frankls Logotherapie und Existenzanalyse findet sich somit vor allem in Bezug auf die Begriffe der Freiheit und Verantwortlichkeit. Die Erhöhung dieser beiden Konstrukte führt möglicherweise zu einer Erhöhung von adaptiven Copingstrategien. So wird angenommen, dass die Wahrnehmung von Verantwortung über das eigene Leben eine aktive Problembewältigung auslöst und zu einer Reduktion von vermeidenden Verhaltensweisen führt. Dies kann schließlich dazu beitragen, die Resilienz der Person zu erhöhen und Psychopathologien zu verringern.

Die Lebensorientierung wird in der Psychologie als Erwartung einer Person an den Ausgang einer Situation beschrieben (Scheier & Carver, 1985). Eine

optimistische Erwartung steht in hohem Zusammenhang mit Gesundheit und Resilienz und ist daher ein wichtiger Bestandteil im Rahmen von Psychotherapie (Connor & Davidson, 2003; Tugade, Fredrickson & Feldman Barret, 2004). Durch die Entwicklung von Einstellungswerten und der Trotzmacht des Geistes soll im Rahmen von IM-LT & EA eben jene optimistische Lebensorientierung unterstützt werden. Dies soll schließlich die Wahrnehmung von Sinn im eigenen Leben unterstützen.

In der nachfolgenden Abbildung wird die Verbindung von Begriffen der IM-LT & EA mit psychischen Ressourcen visuell ersichtlich. Die Fokussierung auf Freiheit und Verantwortlichkeit soll die Ressourcenaktivierung in Bezug auf Coping unterstützen, die Fokussierung auf Einstellungswerte und die Trotzmacht des Geistes wiederum die Ressourcenaktivierung in Bezug auf die Lebensorientierung einer Person. Dies soll in weiterer Folge zu einer Erhöhung von Sinnwahrnehmung im eigenen Leben und einer damit einhergehenden Erhöhung von Resilienz führen.



Abbildung 4. Verbindung von IM-LT & EA mit Ressourcenaktivierung.

Fragestellung

Forschungsziel

Ziel des gesamten Masterarbeitsprojekts war die Erst-Überprüfung der neu entwickelten IM-LT & EA mittels nichtkontrollierter Studien. Hierbei sollten sowohl die Wirkungsweise als auch die Wirksamkeit betrachtet werden. Jene Erkundung soll einen ersten Beitrag zur Wirksamkeitsforschung dieser speziellen Psychotherapieform leisten und die Basis für die darauf folgende Phase der wissenschaftlichen Anerkennung schaffen.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich im Schwerpunkt mit der Überprüfung des Einflusses auf den Wirkfaktor der Ressourcenaktivierung.

Die Analyse der theoretischen Konstrukte Viktor Frankls und des Prozesses von Imagination im Rahmen der IM-LT & EA sowie die hypothetischen Annahmen der Masterarbeit von Auer (2016) deuten insgesamt darauf hin, dass (IM-)LT & EA ressourcenorientiert zu arbeiten scheint und Ressourcenaktivierung im Rahmen der Therapie einen großen Stellenwert einnimmt.

Nun soll es zu einer Überprüfung dieser theoretischen Übereinstimmung durch Berechnung des Zusammenhangs von vorhandener Sinnwahrnehmung bzw. Existentialität und den intrapersonellen Ressourcen Resilienz, Coping und Lebensorientierung kommen. Anschließend soll der Einfluss der Psychotherapieform in Bezug auf Ressourcenaktivierung mittels Analyse der Veränderung der Ressourcen Resilienz, Lebensorientierung und Coping im Rahmen der Psychotherapie erfasst werden. Zur Bearbeitung dieses Forschungsziels wurden nachfolgende Fragestellungen und Hypothesen formuliert.

Fragestellungen und Hypothesen

Zusammenhang der IM-LT & EA mit Ressourcenaktivierung.

Gibt es einen Zusammenhang zwischen den intrapersonellen Ressourcen Resilienz/Coping/Lebensorientierung und der Existentialität der PatientInnen?

H1.0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von Resilienz und der Existentialität der PatientInnen.

H1.1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von Resilienz und der Existentialität der PatientInnen.

H2.0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von Coping und der Existentialität der PatientInnen.

H2.1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von Coping und der Existentialität der PatientInnen.

H3.0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von Lebensorientierung und der Existentialität der PatientInnen.

H3.1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von Lebensorientierung und der Existentialität der PatientInnen.

Veränderungen in Bezug auf Ressourcenaktivierung.

Kommt es bei PatientInnen durch Anwendung der IM-LT & EA zu einer Ressourcenaktivierung in Bezug auf die intrapersonellen Ressourcen Resilienz, Coping und Lebensorientierung?

H4.0: Die Anwendung von IM-LT & EA führt zu keinen Veränderungen in Bezug auf die Resilienz der PatientInnen.

H4.1: Die Anwendung von IM-LT & EA führt zu Veränderungen in Bezug auf die Resilienz der PatientInnen.

H5.0: Die Anwendung von IM-LT & EA führt zu keinen Veränderungen in Bezug auf das Coping der PatientInnen.

H5.1: Die Anwendung von IM-LT & EA führt zu Veränderungen in Bezug auf das Coping der PatientInnen.

H6.0: Die Anwendung von IM-LT & EA führt zu keinen Veränderungen in Bezug auf die Lebensorientierung der PatientInnen.

H6.1: Die Anwendung von IM-LT & EA führt zu Veränderungen in Bezug auf die Lebensorientierung der PatientInnen.

Kommt es bei PatientInnen durch Anwendung der IM-LT & EA zu Veränderungen in Bezug auf die Existentialität nach Frankl?

H7.0: Die Anwendung von IM-LT & EA führt zu keinen Veränderungen in Bezug auf die Existentialität der PatientInnen.

H7.1: Die Anwendung von IM-LT & EA führt zu Veränderungen in Bezug auf die Existentialität der PatientInnen.

Unterschiede in Bezug auf die Veränderung von Ressourcenaktivierung.

Gibt es nach Beendigung der IM-LT & EA Unterschiede bei der Veränderung von Resilienz/Coping/Lebensorientierung in Bezug auf soziodemographische Daten der PatientInnen?

H8.0: Es gibt nach Beendigung der IM-LT & EA keinen Unterschied bei der Veränderung von Resilienz in Bezug auf soziodemographische Daten der PatientInnen.

H8.1: Es gibt nach Beendigung der IM-LT & EA einen Unterschied bei der Veränderung von Resilienz in Bezug auf soziodemographische Daten der PatientInnen.

H9.0: Es gibt nach Beendigung der IM-LT & EA keinen Unterschied bei der Veränderung von Coping in Bezug auf soziodemographische Daten der PatientInnen.

H9.1: Es gibt nach Beendigung der IM-LT & EA einen Unterschied bei der Veränderung von Coping in Bezug auf soziodemographische Daten der PatientInnen.

H10.0: Es gibt nach Beendigung der IM-LT & EA keinen Unterschied bei der Veränderung von Lebensorientierung in Bezug auf soziodemographische Daten der PatientInnen.

H10.1: Es gibt nach Beendigung der IM-LT & EA einen Unterschied bei der Veränderung von Lebensorientierung in Bezug auf soziodemographische Daten der PatientInnen.

H11.0: Es gibt nach Beendigung der IM-LT & EA keinen Unterschied bei der Veränderung von Existentialität in Bezug auf soziodemographische Daten der PatientInnen.

H11.1: Es gibt nach Beendigung der IM-LT & EA einen Unterschied bei der Veränderung von Existentialität in Bezug auf soziodemographische Daten der PatientInnen.

Subjektive Wirksamkeit der IM-LT & EA aus Sicht der PatientInnen.

Wird die IM-LT & EA von den PatientInnen als psychotherapeutisch wirksam angesehen?

H12.0: Die IM-LT & EA wird von den PatientInnen nicht als psychotherapeutisch wirksam angesehen.

H12.1: Die IM-LT & EA wird von den PatientInnen als psychotherapeutisch wirksam angesehen.

Methodik

Untersuchungsdesign

In Zusammenarbeit mit dem Institut für Logotherapie und Existenzanalyse Salzburg sollte die Wirksamkeit und Wirkungsweise von IM-LT & EA empirisch erstüberprüft werden. Zur Erfassung der Veränderungen im Rahmen der beiden Masterarbeitsthemen von Gregor und Lindermann wurden zu zwei Testzeitpunkten Symptome, psychische Störungen und intrapersonelle Ressourcen der Teststichprobe erfasst. Die verwendete Testbatterie bestand hierbei aus mehreren wissenschaftlich fundierten Testverfahren, sowie einem Anamneseleitfaden, welche nachfolgend genauer beschrieben werden.

Untersuchungsablauf

Der erste Testzeitpunkt (Prä-Testung; T1) zur Erfassung der Beschwerden, störungsspezifischen Symptomatiken und den aktuellen persönlichen Ressourcen der PatientInnen fand zu Beginn der Therapie statt, der zweite Testzeitpunkt (Post-Testung; T2) sechs Monate später. Die Testungen wurden hierbei in den Therapieräumen des Instituts für Logotherapie und Existenzanalyse Salzburg sowie in den Praxisräumlichkeiten von Hackmack-Eder in Eferding geführt.

Die Prä-Testung (T1) wurde in zwei Erhebungswellen durchgeführt. Die erste Erhebung fand zwischen 17. und 19. Februar 2015 in Salzburg bzw. zwischen 23. und 26. Februar 2015 in Eferding statt. Die zweite Erhebungswelle fand von 22. bis 23. April 2015 in Eferding bzw. am 05. Mai 2015 in Salzburg statt. Die Post-Testung (T2) wurde ebenfalls in zwei Erhebungswellen durchgeführt, um den Zeitrahmen von 6 Monaten zwischen den beiden Testungen bei jeder Testperson gewährleisten zu können. Aus diesem Grund fand die erste Erhebungswelle der Post-Testung am 22. September 2015 in Salzburg bzw. am 23. September 2015 in Eferding statt. Die zweite Erhebungswelle wurde am 27. Oktober 2015 in Salzburg, sowie am 28. Oktober 2015 in Eferding durchgeführt.

Stichprobe

Die Stichprobe der Wirksamkeitsstudie wurde durch Hackmack-Eder rekrutiert. Alle PatientInnen standen zum Zeitpunkt der Prä-Testung am Anfang ihrer Psychotherapie und nahmen freiwillig an der Studie teil. Als Aufwandsentschädigung wurde den PatientInnen ein reduzierter Stundensatz angeboten. Nach Einverständnis mit den Rahmenbedingungen fanden sich 25

Personen zur Prä-Testung ein. An der Post-Testung nahmen schließlich 23 Personen teil. Die Gesamtstichprobe der Datenanalyse beträgt daher 23 Personen.

Das Durchschnittsalter ($N = 23$) belief sich auf 41.74 Jahre ($SD = 12.36$), wobei die jüngste Person zum Zeitpunkt der Testung 18 und die älteste Person 59 Jahre alt war. 87 % ($n = 20$) der Stichprobe waren weiblich, 13 % ($n = 3$) waren männlich.

Die Verteilung der Stichprobe in Bezug auf den Wohnort zeigte sich sehr ausgewogen; 47.8 % ($n = 11$) der Personen gaben an in Salzburg bzw. Umgebung zu wohnen, 52.2 % ($n = 12$) gaben an in Eferding bzw. Umgebung zu wohnen.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen genauen Überblick der wichtigsten soziodemographischen Verteilungen der Stichprobe:

Tabelle 2

Soziodemographische Daten der Gesamtstichprobe

Variable		Gesamtstichprobe ($N = 23$)	
		<i>M</i>	<i>SD</i>
Alter:		41.74	12.36
Sitzungsanzahl:		11.96	4.63
		<i>n</i>	<i>%</i>
Geschlecht:	– männlich	3	13.0
	– weiblich	20	87.0
Wohnort:	– Salzburg	11	47.8
	– Eferding	12	52.2
Familienstand:	– Ledig/geschieden	14	60.9
	– in Beziehung/verheiratet	9	39.1
Kinder:	– ja	12	52.2
	– nein	11	47.8
Berufsstand:	– in Ausbildung	2	8.7
	– berufstätig	16	69.6
	– arbeitslos	2	8.7
	– in Pension	3	13.0

Instrumente

Die Testbatterie enthielt insgesamt einen Anamneseleitfaden sowie neun psychologische Diagnoseverfahren. Da einige dieser Verfahren für eine weitere Masterarbeit genutzt wurden, werden nachfolgend nur die für diese Arbeit relevanten Verfahren näher beschrieben.

Connor-Davidson-Resilience Scale (CD-RISC).

Die *Connor-Davidson-Resilience-Scale* ist ein von Connor und Davidson (2003) entwickeltes Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der Resilienz. Die CD-RISC dient hierbei sowohl zur Erfassung des individuellen Ausmaßes der Resilienz einer Person, als auch als Maß für Veränderungen der individuellen Ressourcen nach Behandlung psychischer Störungen.

Das Verfahren besteht in ihrer Erstversion aus 25 Items mit 5-stufiger Skala. Im Rahmen dieser Masterarbeit wurde die verkürzte 10-Item-Version von Campbell-Sills und Stein (2007) in deutscher Fassung angewandt. In dieser Version kann die zu untersuchende Person den Grad ihrer Zustimmung zu den Aussagen mittels 5-stufiger Skala (0 = „überhaupt nicht wahr“ bis 4 = „fast immer wahr“) angeben.

Die psychometrischen Kennwerte der CD-RISC in der verkürzten 10-Item-Version zeigen sich folgendermaßen: Die Innere Konsistenz liegt mit einem Cronbach's- α von .84 in einem sehr zufriedenstellenden Bereich. Die Retest-Reliabilität ist mit einem r von .81 ebenfalls sehr zufriedenstellend (Sarubin et al., 2015).

Coping Inventory for Stressful Situations (CISS).

Das *Coping Inventory for Stressful Situations* ist ein Verfahren zur Erfassung von Verhaltensweisen in Stresssituationen, entwickelt von Endler und Parker (1990a). Das Verfahren, welches in deutscher Fassung (Übersetzte Version von Kälin aus dem Jahr 1995) vorliegt, besteht aus 24 Items. Mithilfe einer 5-stufigen Skala (1 = „sehr untypisch“ bis 5 = „sehr typisch“) kann das individuelle Verhalten einer Person in Stresssituationen bestimmt werden. Das Verfahren unterscheidet dabei drei Arten des Coping-Verhaltens einer Person (Endler & Parker, 1990a):

1. das problemorientierte Coping
2. das emotionsorientierte Coping
3. das vermeidungsorientierte Coping

Das *problemorientierte Coping* wird mittels acht Items erfasst und umfasst Verhaltensweisen, welche sich um das Planen und Durchführen von Lösungsvorschlägen für das Problem drehen (z.B. aus Fehlern zu lernen). Das *emotionsorientierte Coping*, welches ebenfalls acht Items umfasst, beschreibt Verhaltensweisen mit Schwerpunkt auf die emotionale Verarbeitung der

Stresssituation (z.B. wütend zu werden). Das *vermeidungsorientierte Coping* (8 Items) erfasst problem-, sowie situationsvermeidende Verhaltensweisen einer Person (z.B. einen Einkaufsbummel zu machen).

Für jeden der drei Coping-Stile wird ein Summenscore berechnet und so das typische Coping-Verhalten einer Person in Stresssituationen beurteilt (Endler & Parker, 1990a). Hierbei werden emotions- sowie vermeidungsorientiertes Coping mit negativen Anpassungsmechanismen in Verbindung gebracht (Endler & Parker, 1994). Problemorientiertes Coping hingegen wird als günstiger Anpassungsmechanismus in stressigen Situationen angesehen und korreliert negativ mit psychischen Störungen (Endler & Parker, 1994).

Life-Orientation-Test revised (LOT-R).

Der *Life-Orientation-Test revised* ist ein von Scheier, Carver und Bridges (1994) entwickeltes Verfahren zur Beurteilung der Lebensorientierung einer Person. Hierbei wird in die beiden Pole *Optimismus* sowie *Pessimismus* unterteilt. Im Rahmen dieser Masterarbeit wurde die von Glaesmer, Hoyer, Klotsche und Herzberg (2008) deutsche revidierte Version mit 10 Items angewandt.

Zur Beurteilung der Lebensorientierung dienen in der deutschen Fassung für beide Pole jeweils drei Items des Fragebogens. Die Beantwortung der Items erfolgt anhand einer 5-stufigen Skala (0 bzw. 4 = „trifft überhaupt nicht zu“ bis 4 bzw. 0 = „trifft ausgesprochen zu“).

Glaesmer, Hoyer, Klotsche und Herzberg (2008) empfehlen die Annahme der Zweidimensionalität des Konstruktes Lebensorientierung, da die beiden Pole Optimismus und Pessimismus unabhängige Faktoren darstellen. Dies bedeutet, dass sowohl für die Optimismus-Skala als auch die Pessimismus-Skala eigene Summenscores berechnet und diese gegenübergestellt werden sollen.

Die psychometrischen Kennwerte des LOT-R in deutscher Fassung zur Inneren Konsistenz sind mit einem Cronbach's α von .69 für die Optimismus-Skala sowie einem Cronbach's α von .59 für die Pessimismus-Skala ausreichend. Die Retest-Reliabilität zeigt sich mit $r = .59$ für die Optimismus-Skala und $r = .65$ für die Pessimismus-Skala ebenfalls ausreichend (Glaesmer, Hoyer, Klotsche & Herzberg, 2008).

Existenzskala (ESK).

Die Existenzskala ist ein Fragebogenverfahren von Längle, Orgler und Kundi (2000) zur Erfassung der Existentialität einer Person. Existentialität steht in diesem Zusammenhang für die Fähigkeit, mit sich selbst umgehen zu können (Längle, Orgler & Kundi, 2000). Im Rahmen dieser Masterarbeit dient das Verfahren ebenfalls zur Überprüfung von Frankls theoretischem Konzept (Wiedererlangen des Lebenssinns und der Trostmacht des Geistes, Zunahme von Verantwortung und Freiheit).

Die ESK besteht aus 46 Items, welche anhand einer 6-stufigen Skala (1 = „stimmt nicht“ bis 6 = „stimmt“) beantwortet werden.

Das Verfahren ermittelt sowohl einen Gesamtwert zur Interpretation der Existentialität einer Person, als auch vier unterschiedliche Subskalen. Die Subskalen bestehen aus Selbstdistanzierung, Selbsttranszendenz, Freiheit und Verantwortung (Längle, Orgler & Kundi, 2000).

Die Subskala *Selbstdistanzierung* besteht aus insgesamt acht Items und erfasst nach Längle, Orgler und Kundi die „Fähigkeit, zu sich selbst Abstand gewinnen zu können“ (Längle, Orgler & Kundi, 2000, S. 45). Die Subskala *Selbsttranszendenz* umfasst 14 Items und misst nach Längle, Orgler und Kundi (2000) die Emotionalität einer Person. Die beiden Subskalen Selbstdistanzierung sowie -transzendenz können zum Summenwert *Personalität* zusammengefasst werden.

Die Subskala *Freiheit* besteht aus 11 Items der ESK und erfasst nach Längle, Orgler und Kundi (2000) das Ausmaß der Entscheidungsfähigkeit einer Person. Die Subskala *Verantwortung* zuletzt besteht aus 13 Items und erfasst die Bereitschaft, sich entschieden und pflichtbewusst auf Werte bzw. Aufgaben einzulassen zu können (Längle, Orgler & Kundi, 2000). Die beiden Subskalen Freiheit und Verantwortung können zum Summenwert *Existentialität* zusammengefasst werden. Eine hohe Existentialität bezieht sich nach Längle, Orgler und Kundi (2000) daher auf das Vorhandensein der vier Fähigkeiten Selbstdistanzierung, -transzendenz, Freiheit und Verantwortung. Die nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick über die Subskalen und deren Einteilung in die beiden Summenwerte der Existenzskala.

Die psychometrischen Kennwerte der Existenzskala zeigen sich folgendermaßen (Längle, Orgler & Kundi, 2000):

Die Innere Konsistenz erweist sich mit einem Cronbach's α von .93 (Gesamtwert), bzw. $\alpha = .87$ (Personalität) und $\alpha = .90$ (Existentialität) als gut bis exzellent.

Die Retest-Reliabilität ist mit einem r von .88 (Gesamtwert), bzw. $r = .80$ (Personalität) und $r = .84$ (Existentialität) ebenfalls sehr zufriedenstellend.

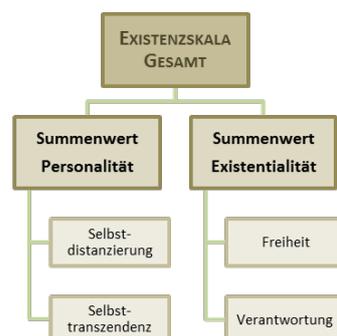


Abbildung 5. Übersicht der Summenwerte und Subskalen der Existenzskala

Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV).

Der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens wurde von Zielke und Kopf-Mehnert (1978) entwickelt. Das Verfahren dient dabei der Überprüfung von subjektiven Veränderungen in Bezug auf das Verhalten nach Behandlung. Mithilfe des VEV kann schließlich die psychotherapeutische Wirksamkeit der Behandlung aus Sicht der Person beurteilt werden (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978).

Der Fragebogen wurde im Rahmen dieser Masterarbeit ausschließlich zu Testpunkt T2 vorgelegt. Der VEV besteht aus 42 Items, das Ausmaß der Zustimmung wird hierbei auf einer 7-stufigen Skala (1 = „stark in entgegengesetzter Richtung“ bis 7 = „stark in gleicher Richtung“) angegeben. Zur Beantwortung der Items soll die Person den momentanen Zustand mit dem Therapiebeginn vor sechs Monaten vergleichen und so das Ausmaß der Veränderung beurteilen.

Bezüglich der psychometrischen Kennwerte zeigen sich folgende Informationen: Die Innere Konsistenz des VEV mit einem Cronbach's $\alpha = .99$, sowie die Retest-Reliabilität mit einem $r = .61$ erweisen sich als zufriedenstellend (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978).

Ergebnisanalyse

Die Analyse der Daten wurde mit IBM SPSS Statistics 22 durchgeführt, die statistischen Berechnungen werden nachfolgend genauer beschrieben.

- Zur Analyse der erhobenen Daten und der Überprüfung von Voraussetzungen für parametrische Verfahren wurden *Deskriptive Analysen* durchgeführt.
- Zur Überprüfung der Veränderungen wurden *t-Tests für abhängige Stichproben* gewählt. Für den Fall, dass die Voraussetzungen für dieses parametrische

Verfahren nicht gegeben waren, wurde auf den *Wilcoxon-Rangtest* zurückgegriffen.

- Die Überprüfung von Unterschieden in Bezug auf soziodemographische Daten wurde mittels *t-Tests für unabhängige Stichproben* durchgeführt. Sollten die Voraussetzungen für dieses Verfahren nicht gegeben sein, wurde ein *Mann-Whitney-U-Test* durchgeführt.
- Zusammenhänge wurden mit *Pearson's Korrelationen* berechnet.

Die Überprüfung der Hypothesen erfolgte zweiseitig, das Signifikanz- Niveau wurde mit $\alpha < .05$ festgelegt. Zur Bewertung der Effektstärken wurden Cohen's *d* bzw.

Pearson's Korrelations-Koeffizient *r* herangezogen, die Interpretation dieser Effektstärken erfolgte folgendermaßen (1988, 1992, zitiert nach Field, 2013):

$d \geq .20$ (kleiner Effekt), $d \geq .50$ (mittlerer Effekt), $d \geq .80$ (großer Effekt)

$r \geq .10$ (kleiner Effekt), $r \geq .30$ (mittlerer Effekt), $r \geq .50$ (großer Effekt).

Ergebnisse

Zusammenhang der IM-LT& EA mit Ressourcenaktivierung

Resilienz und Existentialität.

Fragestellung: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der intrapersonellen Ressource Resilienz und der Existentialität der PatientInnen?

Nach Überprüfung der Voraussetzungen wurde eine Rangkorrelation nach Pearson berechnet. Zur Berechnung herangezogen wurden dabei die Veränderungen der beiden Konstrukte, also die Differenz von Testzeitpunkt T2 und T1.

Die Veränderungen von Resilienz und Existentialität im Rahmen der Untersuchung korrelierten signifikant positiv miteinander, $r(21) = .61, p = .002$. Dies entspricht einer Varianzerklärung von 37.21 % (siehe Abbildung 6).

Aufgrund der Ergebnisse kann die Frage bezüglich des Zusammenhangs von Resilienz und Existentialität folgendermaßen beantwortet werden:

→ H1.1: *Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von Resilienz und der Existentialität der PatientInnen.*

Coping und Existentialität.

Fragestellung: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der intrapersonellen Ressource Coping und der Existentialität der PatientInnen?

In Bezug auf den Zusammenhang zwischen dem Veränderungsausmaßes des Copings der PatientInnen und dem Veränderungsausmaßes der Existentialität zeigten sich nach Durchführung einer Rangkorrelation nach Pearson folgende Ergebnisse:

Problemorientiertes Coping und Existentialität korrelierten signifikant positiv miteinander, $r(21) = .43, p = .040$. 18.49 % der Varianz werden hiermit erklärt.

Emotionsorientiertes Coping und Existentialität korrelierten nicht signifikant negativ miteinander, $r(21) = -.19, p = .392$.

Vermeidungsorientiertes Coping korrelierte ebenfalls nicht signifikant negativ, $r(21) = -.05, p = .805$.

In Abbildung 7 sind die Ausmaße des Zusammenhangs aufgeteilt nach Copingtyp graphisch dargestellt. Die Fragestellung wird aufgrund der berichteten Ergebnisse folgendermaßen beantwortet:

→ H2a.1: *Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von problemorientiertem Coping und der Existentialität der PatientInnen.*

→ H2b.0: *Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von emotionsorientiertem Coping und der Existentialität der PatientInnen.*

→ H2c.0: *Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von vermeidungsorientiertem Coping und der Existentialität der PatientInnen.*

Lebensorientierung und Existentialität.

Fragestellung: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der intrapersonellen Ressource Lebensorientierung und der Existentialität der PatientInnen?

Die Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der Lebensorientierung und der Existentialität zeigen sich bei einer Rangkorrelation nach Pearson folgendermaßen: Die optimistische Lebensorientierung korrelierte signifikant positiv mit der Existentialität einer Person, $r(21) = .52, p = .011$.

Die pessimistische Lebensorientierung korrelierte signifikant negativ mit der Existentialität, $r(21) = -.46, p = .028$. Dies entspricht einer Varianzerklärung von 27.04 % bzw. 21.16 % (siehe Abbildung 8).

Aufgrund dieser Ergebnisse kann die Fragestellung folgendermaßen beantwortet werden:

→ H3a.1: *Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von optimistischer Lebensorientierung und der Existentialität der PatientInnen.*

→ H3b.1: *Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von pessimistischer Lebensorientierung und der Existentialität der PatientInnen.*

Visuelle Darstellung des Zusammenhangs.

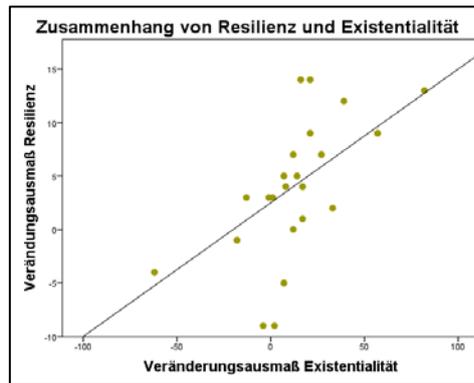


Abbildung 6. Streudiagramm des Zusammenhangs von Resilienz und Existentialität

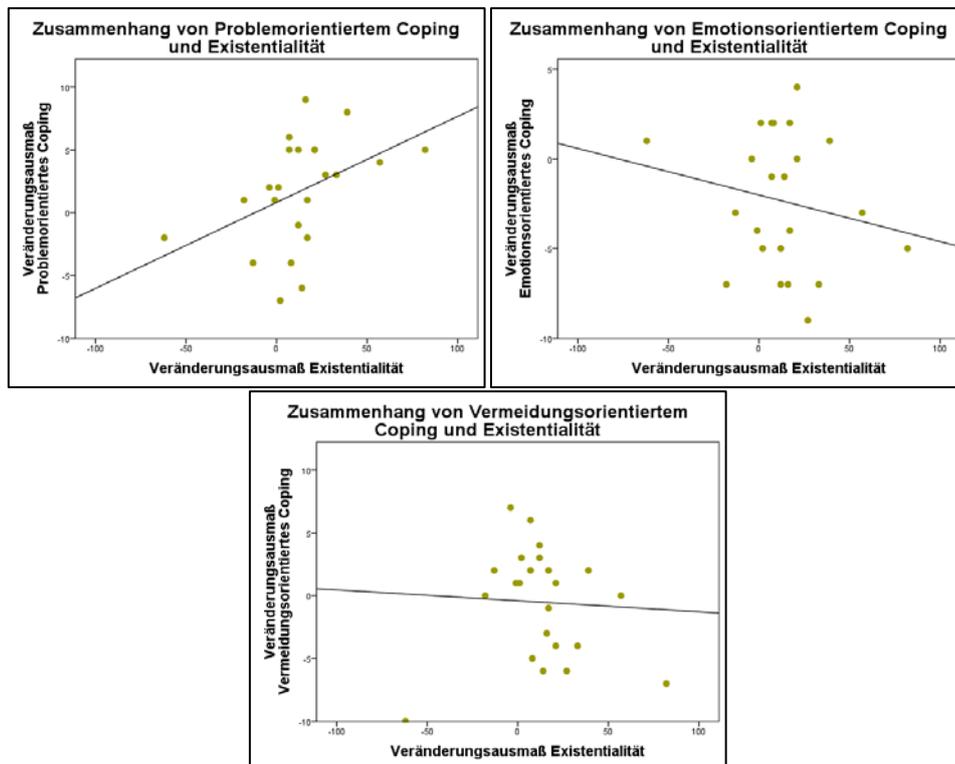


Abbildung 7. Streudiagramme des Zusammenhangs der drei Copingstile mit Existentialität

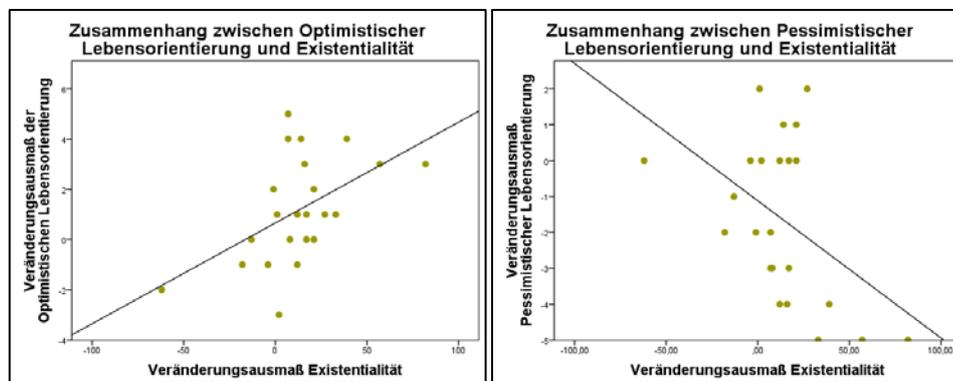


Abbildung 8. Streudiagramme des Zusammenhangs zwischen den Polen der Lebensorientierung und Existentialität

Veränderungen in Bezug auf Ressourcenaktivierung

Resilienz.

Kommt es bei PatientInnen durch Anwendung von IM-LT & EA zu Veränderungen in Bezug auf die Resilienz?

Nach Überprüfung der Voraussetzungen wurde mittels SPSS 22 ein t-Test für abhängige Stichproben zur Ermittlung von Mittelwerts-Unterschieden durchgeführt.

Im Vergleich der beiden Testzeitpunkte zeigte sich zu Testpunkt T2 ein höherer Resilienz-Wert ($M = 24.57$, $SD = 6.40$) als zu Testzeitpunkt T1 ($M = 20.78$, $SD = 6.05$). Die Differenz dieser beiden Zeitpunkte (3.78 , BCa 95% KI [1.08 ; 6.44]) war signifikant, $t(22) = 2.75$, $p = .012$.

Die Effektstärke dieser Differenz war mit einem $d = .61$ mittel ausgeprägt (siehe Abbildung 9).

Somit kann die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden:

→ H4.1: Die Anwendung von IM-LT & EA führt zu Veränderungen in Bezug auf die Resilienz der PatientInnen.

Coping.

Fragestellung: Kommt es bei PatientInnen durch Anwendung von IM-LT & EA zu Veränderungen in Bezug auf Coping?

Nach Überprüfung der Voraussetzungen wurde mittels SPSS 22 ein t-Test für abhängige Stichproben zur Ermittlung von Mittelwerts-Unterschieden durchgeführt.

Durchschnittlich gesehen zeigte sich im Vergleich der beiden Testzeitpunkte in Bezug auf problemorientiertes Coping ein höherer Wert zu Testpunkt T2 ($M = 27.78$, $SD = 6.34$) als zu Testzeitpunkt T1 ($M = 26.09$, $SD = 6.33$). Allerdings war die Differenz dieser beiden Zeitpunkte (1.70 , BCa 95% KI [0.00 ; 3.35]) nicht signifikant, $t(22) = 1.88$, $p = .073$ (Cohen's $d = .27$).

Bei Vergleich der Testzeitpunkte in Bezug auf emotionsorientiertes Coping zeigte sich zu Testzeitpunkt T2 ($M = 23.30$, $SD = 5.01$) ein niedrigerer Wert als zu Testzeitpunkt T1 ($M = 25.65$, $SD = 4.10$). Die Differenz dieser beiden Zeitpunkte (-2.35 , BCa 95% KI [-3.85 ; -0.87]) war hierbei signifikant, mit einem $t(22) = -2.99$,

$p = .007$. Die Effektstärke dieser Differenz war mit einem $d = .50$ mittelstark ausgeprägt.

Der Vergleich der beiden Testzeitpunkte in Bezug auf das vermeidungsorientierte Coping zeigte zu Testzeitpunkt T2 ($M = 20.96, SD = 6.90$) einen schwach geringeren Wert als zu Testzeitpunkt T1 ($M = 21.48, SD = 6.67$). Die Differenz der beiden Zeitpunkte ($-0.52, BCa\ 95\% KI [-2.26 ; 1.13]$) erwies sich als nicht signifikant, $t(22) = -0.57, p = .573 (d = .10)$.

In Abbildung 10 sind die Veränderungen der drei Copingtypen innerhalb des Testzeitraumes visuell ersichtlich.

Aufgrund der Mittelwert-Vergleiche kann in Bezug auf das emotionsorientierte Coping die Nullhypothese verworfen, sowie die Alternativhypothese angenommen werden, beim problemorientierten sowie dem vermeidungsorientierten Coping werden die Nullhypothesen beibehalten.

→ *H5a.0: Die Anwendung von IM-LT & EA führt zu keinen Veränderungen in Bezug auf das problemorientierte Coping der PatientInnen.*

→ *H5b.1: Die Anwendung von IM-LT & EA führt zu Veränderungen in Bezug auf das emotionsorientierte Coping der PatientInnen.*

→ *H5c.0: Die Anwendung von IM-LT & EA führt zu keinen Veränderungen in Bezug auf das vermeidungsorientierte Coping der PatientInnen.*

Lebensorientierung.

Fragestellung: Kommt es bei PatientInnen durch Anwendung von IM-LT & EA zu Veränderungen in Bezug auf die Lebensorientierung?

Nach Überprüfung der Voraussetzungen wurde für die Skala Optimismus des LOT-R ein t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt. Beim Vergleich der Werte der Optimismus-Skala des LOT-R zeigte sich zu Testzeitpunkt T2 ($M = 8.35, SD = 2.55$) ein höherer Wert als zu Testzeitpunkt T1 ($M = 7.17, SD = 2.55$). Die Differenz dieser beiden Werte ($1.17, BCa\ 95\% KI [0.30 ; 2.00]$) war signifikant, $t(22) = 2.68, p = .014$. Mit einer Effektstärke von $d = .46$ war diese Differenz mittelstark ausgeprägt.

Da die Differenzwerte der Skala Pessimismus die Voraussetzung der Normalverteilung nicht erfüllten, wurde für diese ein Wilcoxon-Paarvergleichs-Test durchgeführt. Testzeitpunkt T2 zeigte einen geringeren Wert an der Pessimismus-Skala ($M = 3.96, SD = 2.38$) als Testzeitpunkt T1 ($M = 5.57, SD = 2.76$), was auf eine

Verringerung von pessimistischen Lebenseinstellungen hinweist. Die Ergebnisse zeigten hierbei ein signifikantes Ergebnis, $p = .003$. Die Effektstärke war mit einem $r = -.42$ mittelstark ausgeprägt.

Somit kann in Bezug auf die Veränderungen der Lebensorientierung sowohl für die Skala Optimismus als auch für die Skala Pessimismus die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden (siehe Abbildung 11).

→ *H6.1: Die Anwendung von IM-LT & EA führt zu Veränderungen in Bezug auf die Lebensorientierung der PatientInnen.*

Existentialität.

Fragestellung: Kommt es bei PatientInnen durch Anwendung von IM-LT & EA zu Veränderungen in Bezug auf die Existentialität nach Frankl?

Nach Überprüfung der Voraussetzungen wurde mittels SPSS 22 ein t-Test für abhängige Stichproben zur Ermittlung von Mittelwerts-Unterschieden durchgeführt.

Beim Vergleich der Mittelwerte der Existenzskala Gesamt zeigte sich zu Testzeitpunkt T2 ($M = 199.30$, $SD = 30.30$) ein höherer Wert als zu Zeitpunkt T1 ($M = 186.48$, $SD = 32.30$).

Die Differenz dieser beiden Werte (12.83, BCa 95% KI [0.15 ; 24.43]) zeigte sich mit einem $t(22) = 2.26$, $p = .034$ signifikant. Die Effektstärke dieser Differenz war mit einem $d = .41$ mittelstark (siehe Abbildung 12).

Aufgrund der Ergebnisse in Bezug auf das Gesamtausmaß der Existentialität wird die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen.

→ *H7.1: Die Anwendung von IM-LT & EA führt zu Veränderungen in Bezug auf die Existentialität der PatientInnen.*

Für eine detailliertere Interpretation der Ergebnisse ist eine Aufteilung auf die beiden Summenwerte des ESK möglich.

Summenwert *Personalität* besteht aus den beiden Skalen Selbstdistanzierung und Selbsttranszendenz, Summenwert Existentialität aus den beiden Skalen Freiheit und Verantwortung.

Bei Aufteilung des Gesamtwertes auf die Summenwerte Personalität und Existentialität des ESK zeigt sich folgendes Bild:

Der Vergleich der Summenwerte Personalität zeigte zu Testzeitpunkt T2 ($M = 101.52$, $SD = 11.89$) höhere Werte als zu Testzeitpunkt T1 ($M = 97.65$,

$SD = 16.57$), wobei die Differenz dieser Werte (3.87 , BCa 95% KI $[-2.48 ; 10.13]$) mit einem $t(22) = 1.36$, $p = .188$ nicht signifikant war ($d = .26$).

Bei dem Vergleich der Summenwerte Existentialität zeigte sich zu Testzeitpunkt T2 ($M = 97.78$, $SD = 21.05$) ein höherer Wert als zu Zeitpunkt T1 ($M = 88.83$, $SD = 19.47$). Die Differenz dieser beiden Werte (8.96 , BCa 95% KI $[2.10 ; 15.73]$) war hierbei signifikant, $t(22) = 2.67$, $p = .014$. Die Effektstärke dieses Unterschiedes war mit einem $d = .44$ mittelstark.

Bei Betrachtung der einzelnen vier Subskalen der ESK zeigen sich schließlich folgende Ergebnisse:

Subskalen des Summenwertes Personalität:

Der Mittelwert der Subskala Selbstdistanzierung zeigte zu Testzeitpunkt T2 ($M = 31.30$, $SD = 3.81$) einen minimal geringeren Wert als zu Testzeitpunkt T1 ($M = 31.74$, $SD = 6.90$). Die Differenz (0.43 , BCa 95 % KI $[-2.71 ; 1.89]$) war hierbei nicht signifikant, $t(22) = -0.36$, $p = .721$ ($d = -.07$).

Der Vergleich bezüglich der Subskala Selbsttranszendenz zeigte zu Testzeitpunkt T2 ($M = 70.22$, $SD = 9.54$) einen höheren Wert als zu Zeitpunkt T1 ($M = 65.91$, $SD = 11.43$). Die Differenz dieser Mittelwerte (4.30 , BCa 95 % KI $[-0.15 ; 8.74]$) war signifikant, $t(22) = 2.14$, $p = .043$. Die Effektstärke war mittelstark, $d = .40$.

Subskalen des Summenwertes Existentialität:

Beim Vergleich der Mittelwerte der Subskala Freiheit konnte zu Testzeitpunkt T2 ($M = 46.39$, $SD = 10.44$) ein höherer Wert als zu Zeitpunkt T1 ($M = 42.17$, $SD = 9.59$) gefunden werden. Diese Differenz (4.22 , BCa 95% KI $[-0.04 ; 8.09]$) war hierbei signifikant, $t(22) = 2.17$, $p = .041$. Die Effektstärke dieser Differenz war mit einem $d = .42$ mittelstark ausgeprägt.

Die Mittelwerte der Subskala Verantwortung zeigten zu Zeitpunkt T2 ($M = 51.39$, $SD = 11.31$) einen höheren Wert als zu Zeitpunkt T1 ($M = 46.65$, $SD = 10.59$). Diese Differenz (4.74 , BCa 95 % KI $[1.83 ; 7.61]$) war hierbei signifikant, $t(22) = 3.03$, $p = .006$. Dieser Effekt war mit einem $d = .43$ mittelstark.

Visuelle Darstellung von Veränderungen.

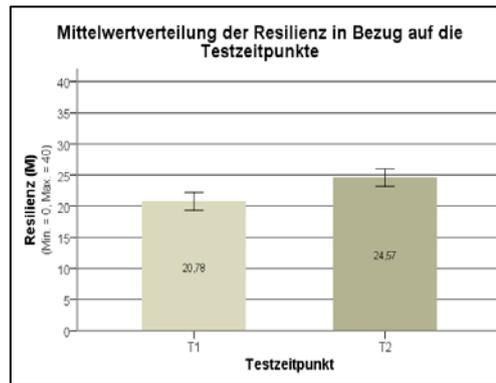


Abbildung 9. Resilienz-Mittelwerte der Testzeitpunkte T1 und T2

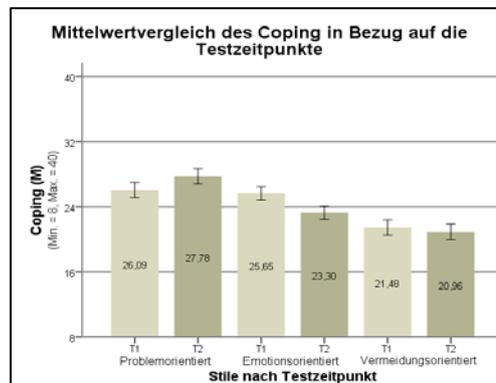


Abbildung 10. Coping-Mittelwerte der Testzeitpunkte T1 und T2

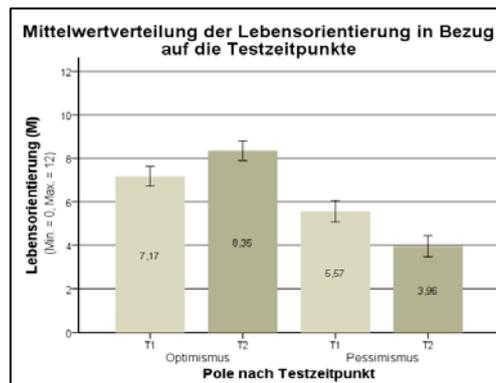


Abbildung 11. Lebensorientierungs-Mittelwerte der Testzeitpunkte T1 und T2

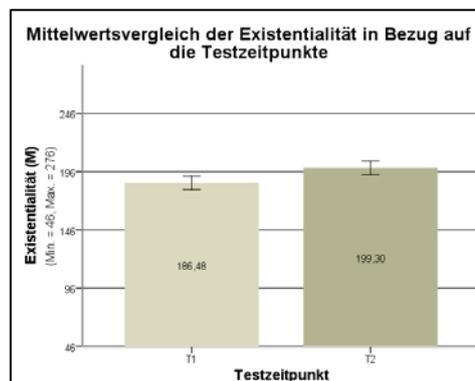


Abbildung 12. ESK-Mittelwerte der Testzeitpunkte T1 und T2

Unterschiede in Bezug auf die Veränderung von Ressourcenaktivierung

Zur Untersuchung von Unterschieden in Bezug auf soziodemographische Daten wird der Mittelwert der Veränderung der jeweiligen Ressource (= Differenz von T1 und T2) herangezogen. Da kein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis besteht (männlich $N = 3$, weiblich $N = 20$), konnte in Bezug auf das Geschlecht der Personen keine Unterschiedshypothese überprüft werden. Das Alter wurde in zwei Gruppen geteilt, als Trennungskriterium wurde der Median ($Mdn = 46$) herangezogen. Die Sitzungsanzahl wurde ebenfalls mittels Median ($Mdn = 11$) unterteilt.

Resilienz und soziodemographische Daten.

Fragestellung: Gibt es nach Beendigung der IM-LT & EA Unterschiede bei der Veränderung von Resilienz in Bezug auf soziodemographische Daten der PatientInnen?

Es zeigen sich bei Betrachtung der Ergebnisse in Tabelle 3 geringe Unterschiede in der Veränderung von Resilienz. Junge PatientInnen, eine längere Sitzungsanzahl, ledige Personen, Personen ohne Kinder und Personen aus Eferding zeigten größere Veränderungen der Resilienz. Die Unterschiede erwiesen sich jedoch bei keiner soziodemographischen Variable als signifikant. Keine Unterschiede zeigten sich beim Berufsstand der Personen.

Tabelle 3

Unterschiede der Veränderung der Resilienz in Bezug auf soziodemographische Daten der Stichprobe

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (21)	<i>p</i>
Alter:	– < 46 Jahre	11	6.27	6.62	-1.83	0.082
	– ≥ 46 Jahre	12	1.50	5.92		
Sitzungsanzahl:	– < 11 Sitzungen	9	2.89	5.62	0.51	0.613
	– ≥ 11 Sitzungen	14	4.36	7.28		
Wohnort:	– Salzburg	11	2.45	3.67	-0.95	0.367
	– Eferding	12	5.00	8.43		
Familienstand:	– ledig	14	5.36	6.39	1.47	0.157
	– verheiratet/in Partnerschaft	9	1.33	6.46		
Kinder:	– ja	12	2.75	6.80	-0.78	0.445
	– nein	11	4.91	6.47		
Berufsstand:	– berufstätig	16	3.94	7.10	0.17	0.869
	– in Ausbildung/arbeitslos/in Pension	7	3.43	5.71		

Die berichteten Ergebnisse führen zu folgender Beantwortung der 8. Fragestellung:
 → H8.0: *Es gibt nach Beendigung der IM-LT & EA keine Unterschiede bei der Veränderung von Resilienz in Bezug auf soziodemographische Daten der PatientInnen.*

Coping und soziodemographische Daten.

Fragestellung: Gibt es nach Beendigung der IM-LT & EA Unterschiede bei der Veränderung von Coping in Bezug auf soziodemographische Daten der PatientInnen?

In Tabelle 4 sind die Unterschiede des problemorientierten Copings erkenntlich. Größere Veränderungen dieses Coping-Stils zeigten sich bei älteren PatientInnen, einer längeren Sitzungsanzahl, bei Personen aus Eferding und bei Personen mit Kindern. Keine Veränderungen zeigten sich in Bezug auf Berufs- und Familienstand. Die gefundenen Unterschiede waren nicht signifikant.

Tabelle 4

Unterschiede der Veränderung des problemorientierten Copings in Bezug auf soziodemographische Daten der Stichprobe

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t(21)</i>	<i>p</i>
Alter:	– < 46 Jahre	11	0.91	4.87	0.83	0.416
	– ≥ 46 Jahre	12	2.42	3.83		
Sitzungsanzahl:	– < 11 Sitzungen	9	0.00	4.85	1.56	0.134
	– ≥ 11 Sitzungen	14	2.79	3.73		
Wohnort:	– Salzburg	11	1.27	3.95	-0.44	0.664
	– Eferding	12	2.08	4.78		
Familienstand:	– ledig	14	1.79	4.61	0.12	0.904
	– verheiratet/in Partnerschaft	9	1.56	4.09		
Kinder:	– ja	12	3.00	3.44	1.56	0.134
	– nein	11	0.27	4.88		
Berufsstand:	– berufstätig	16	1.69	4.50	-0.01	0.989
	– in Ausbildung/arbeitslos/in Pension	7	1.71	4.23		

Tabelle 5 zeigt die Unterschiede bei der Veränderung des emotionsorientierten Copings. Jüngere Personen, Personen aus Eferding, Personen ohne Kinder und berufstätige Personen zeigten größere Veränderungen. Keine Unterschiede konnten in Bezug auf Sitzungsanzahl und Familienstand gefunden werden. Die Unterschiede waren allesamt nicht signifikant.

Tabelle 5

Unterschiede der Veränderung des emotionsorientierten Copings in Bezug auf soziodemographische Daten der Stichprobe

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (21)	<i>p</i>
Alter:	– < 46 Jahre	11	-3.36	3.50	1.26	0.223
	– ≥ 46 Jahre	12	-1.42	3.90		
Sitzungsanzahl:	– < 11 Sitzungen	9	-2.89	3.66	0.54	0.592
	– ≥ 11 Sitzungen	14	-2.00	3.92		
Wohnort:	– Salzburg	11	-1.55	3.78	0.98	0.339
	– Eferding	12	-3.08	3.75		
Familienstand:	– ledig	14	-2.36	3.88	-0.01	0.989
	– verheiratet/in Partnerschaft	9	-2.33	3.81		
Kinder:	– ja	12	-1.00	3.54	1.90	0.071
	– nein	11	-3.82	3.57		
Berufsstand:	– berufstätig	16	-2.63	3.79	-0.53	0.605
	– in Ausbildung/arbeitslos/in Pension	7	-1.71	3.90		

Tabelle 6 zeigt die Unterschiede des vermeidungsorientierten Copings. Personen unter 46 Jahren, eine lange Sitzungsanzahl, Personen aus Eferding, ledige Personen, Personen ohne Kinder und berufstätige Personen zeigten eine Reduktion des vermeidungsorientierten Copings. Ältere Personen, eine kurze Sitzungsanzahl, in Salzburg wohnende Personen, sowie Personen in Partnerschaft und Berufstätige wiederum zeigten eine Zunahme. Keiner der gefundenen Unterschiede war allerdings signifikant.

Tabelle 6

Unterschiede der Veränderung des vermeidungsorientierten Copings in Bezug auf soziodemographische Daten der Stichprobe

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (21)	<i>p</i>
Alter:	– < 46 Jahre	11	-1.18	3.92	0.69	0.501
	– ≥ 46 Jahre	12	0.08	4.83		
Sitzungsanzahl:	– < 11 Sitzungen	9	0.89	3.18	-1.26	0.222
	– ≥ 11 Sitzungen	14	-1.43	4.88		
Wohnort:	– Salzburg	11	1.00	2.93	1.66	0.111
	– Eferding	12	-1.92	5.09		
Familienstand:	– ledig	14	-1.21	4.28	-0.95	0.355
	– verheiratet/in Partnerschaft	9	0.56	4.53		
Kinder:	– ja	12	0.58	3.64	1.29	0.212
	– nein	11	-1.73	3.90		
Berufsstand:	– berufstätig	16	-0.75	4.24	-3.71	0.714
	– in Ausbildung/arbeitslos/in Pension	7	0.00	4.97		

Die Ergebnisse führen zu folgender Beantwortung der Fragestellung:

→ *H9.0: Es gibt nach Beendigung der IM-LT & EA keine Unterschiede bei der Veränderung von Coping in Bezug auf soziodemographische Daten der PatientInnen.*

Lebensorientierung und soziodemographische Daten.

Fragestellung: Gibt es nach Beendigung der IM-LT & EA Unterschiede bei der Veränderung von Lebensorientierung in Bezug auf soziodemographische Daten der PatientInnen?

Die Veränderungen der optimistischen Lebensorientierung sind in Tabelle 7 ersichtlich. Ältere PatientInnen, eine längere Sitzungsanzahl, Salzburger PatientInnen, ledige Personen und Personen ohne regelmäßige Berufstätigkeit zeigten größere Veränderungen der optimistischen Lebensorientierung. Keinen Unterschied zeigten die Veränderungen in Bezug auf Kinder. Die gefundenen Unterschiede waren nicht signifikant.

Tabelle 7

Unterschiede der Veränderung der optimistischen Lebensorientierung in Bezug auf soziodemographische Daten der Stichprobe

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (21)	<i>p</i>
Alter:	– < 46 Jahre	110.91	1.76	0.57	0.575	
	– ≥ 46 Jahre	121.42	2.43			
Sitzungsanzahl:	– < 11 Sitzungen	90.44	1.88	1.36	0.189	
	– ≥ 11 Sitzungen	141.64	2.17			
Wohnort:	– Salzburg	111.55	2.07	0.81	0.430	
	– Eferding	120.83	2.17			
Familienstand:	– ledig	141.36	2.10	0.51	0.614	
	– verheiratet/in Partnerschaft	90.89	2.21			
Kinder:	– ja	121.25	2.22	0.18	0.861	
	– nein	111.09	2.07			
Berufsstand:	– berufstätig	160.88	2.06	-1.03	0.314	
	– in Ausbildung/arbeitslos/in Pension	71.86	2.19			

Tabelle 8 zeigt die Unterschiede der Veränderung der pessimistischen Lebensorientierung. Ältere Personen, Personen aus Eferding und ledige Personen zeigten geringfügig mehr Veränderungen. Keine Unterschiede gab es in Bezug auf Sitzungsanzahl, Kinder oder Berufsstand. Die Unterschiede waren nicht signifikant.

Tabelle 8

Unterschiede der Veränderung der pessimistischen Lebensorientierung in Bezug auf soziodemographische Daten der Stichprobe

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (21)	<i>p</i>
Alter:	– < 46 Jahre	11-1.18	2.64	-0.86	0.401	
	– ≥ 46 Jahre	12-2.00	1.91			
Sitzungsanzahl:	– < 11 Sitzungen	9-1.67	2.40	0.10	0.924	
	– ≥ 11 Sitzungen	14-1.57	2.28			
Wohnort:	– Salzburg	11-1.27	1.85	0.67	0.510	
	– Eferding	12-1.92	2.64			
Familienstand:	– ledig	14-1.93	2.24	-0.84	0.412	
	– verheiratet/in Partnerschaft	9-1.11	2.37			
Kinder:	– ja	12-1.50	2.20	0.24	0.817	
	– nein	11-1.73	2.45			
Berufsstand:	– berufstätig	16-1.63	2.19	-0.05	0.960	
	– in Ausbildung/arbeitslos/in Pension	7-1.57	2.64			

Beantwortung der Fragestellung:

→ H10.0: Es gibt nach Beendigung der IM-LT & EA keine Unterschiede bei der Veränderung von Lebensorientierung in Bezug auf soziodemographische Daten der PatientInnen.

Existentialität und soziodemographische Daten.

Fragestellung: Gibt es nach Beendigung der IM-LT & EA Unterschiede bei der Veränderung von Existentialität in Bezug auf soziodemographische Daten der PatientInnen?

Tabelle 9 zeigt die Unterschiede der Veränderung von Existentialität. Es zeigten sich größere Veränderungen bei älteren Personen, Personen aus Eferding, ledigen und kinderlosen Personen und Personen ohne regelmäßige Berufstätigkeit. Keine Unterschiede gab es in Bezug auf die Sitzungsanzahl. Die Unterschiede waren nicht signifikant.

Tabelle 9

Unterschiede der Veränderung der Existentialität in Bezug auf soziodemographische Daten der Stichprobe

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (21)	<i>p</i>
Alter:	– < 46 Jahre	1120.91	26.95	-1.40		0.178
	– ≥ 46 Jahre	125.42	26.30			
Sitzungsanzahl:	– < 11 Sitzungen	912.33	16.03	0.07		0.946
	– ≥ 11 Sitzungen	1413.14	33.04			
Wohnort:	– Salzburg	115.82	12.57	-1.20		0.245
	– Eferding	1219.25	35.21			
Familienstand:	– ledig	1417.29	32.13	0.98		0.338
	– verheiratet/in Partnerschaft	95.89	16.27			
Kinder:	– ja	125.08	26.03	-1.46		0.158
	– nein	1121.27	27.00			
Berufsstand:	– berufstätig	169.38	27.18	-0.92		0.369
	– in Ausbildung/arbeitslos/in Pension	720.71	27.52			

Aufgrund der Ergebnisse kann die Fragestellung nachfolgend beantwortet werden:

→ H11.0: Es gibt nach Beendigung der IM-LT & EA keine Unterschiede bei der Veränderung von Existentialität in Bezug auf soziodemographische Daten der PatientInnen.

Subjektive Wirksamkeit der IM-LT & EA aus Sicht der PatientInnen

Fragestellung: Wird die IM-LT & EA von den PatientInnen als psychotherapeutisch wirksam angesehen?

In Bezug auf die subjektive Veränderung des Erlebens und Verhaltens gemessen mit dem VEV zeigten sich folgende Ergebnisse: Der Mittelwert der Stichprobe ($N = 23$) lag bei 237.7 ($SD = 31.23$, $Rg = 185-294$), welcher bei Vergleich der Normwerte eine signifikante Veränderung darstellt. Die genaue Verteilung wird in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10

Subjektive Veränderungseinschätzung des Erlebens und Verhaltens

Wertbereich	Veränderungseinschätzung	N	%
42-136	sehr stark negative Veränderung ($p \leq .001$)	0	0
137-143	stark negative Veränderung ($p \leq .01$)	0	0
144-149	negative Veränderung ($p \leq .05$)	0	0
148-186	keine Veränderung	1	4.3
187-192	positive Veränderung ($p \leq .05$)	0	0
193-199	stark positive Veränderung ($p \leq .01$)	2	8.7
200-294	sehr stark positive Veränderung ($p \leq .001$)	20	87

Aufgrund der Ergebnisse wird die Nullhypothese in Zusammenhang mit der Wirksamkeit der Imaginativen Logotherapie und Existenzanalyse verworfen sowie die Alternativhypothese angenommen.

→ H12.1: Die IM-LT & EA wird von den PatientInnen als psychotherapeutisch wirksam angesehen.

Interpretation

Interpretation und Diskussion

Inhaltlich konnten zwischen Frankls Theorien zur Logotherapie und Existenzanalyse und dem Wirkfaktor der Ressourcenaktivierung (in Bezug auf die Ressourcen Resilienz, Lebensorientierung und Coping) starke Überschneidungen gefunden werden. Frankls Psychotherapiekonzept legt besonderen Schwerpunkt auf die Förderung und Entwicklung positiver Fähigkeiten und Einstellungen der Person. In Bezug auf den statistischen Zusammenhang und Veränderungen im Rahmen der Therapie konnten jedoch nur zum Teil signifikante Ergebnisse gefunden werden. Nachfolgend soll diskutiert werden, weshalb es zu diesen Ergebnissen gekommen ist und was diese bedeuten können.

Resilienz.

Im Kontext des Begriffes Sinn des Leidens beschrieb Frankl, dass jede noch so tragische Situation im Leben eines Menschen in etwas Positives umgestaltet werden kann (Frankl, 1971, 2002). Dabei nahm er an, dass die Logotherapie und Existenzanalyse durch die Suche nach Sinn im Leben dabei helfen kann, sich mit der Unveränderbarkeit einer Situation auseinanderzusetzen, diese zu akzeptieren bzw. einen Sinn darin zu erkennen und in Folge dessen widerstandsfähiger zu werden (Frankl, 1971, 2002, 2005; Goldenberg & Hollander-Goldfein, 2011; Lukas, 2011).

Aus diesem Grund wurde im Rahmen des theoretischen Teils dieser Arbeit vermutet, dass die Suche nach bzw. das Vorhandensein von Sinn im Leben dazu beiträgt, die Resilienz einer Person zu erhöhen und somit Personen, welche sich als existentiell angaben, ebenfalls hohe Resilienzen beschrieben.

Die statistischen Auswertungen bestätigen diese Annahmen. Es kam innerhalb der 6-monatigen Therapie zu einer signifikanten Zunahme der Resilienz mit mittlerer Effektstärke ($d = .61$). PatientInnen der Imaginativen Logotherapie und Existenzanalyse schätzten sich nach einem halben Jahr als resilienter, d.h. widerstandsfähiger, als zu Beginn der Therapie ein.

Ebenfalls beschrieben sich Personen mit hoher Resilienz als hoch verantwortlich, frei, selbstdistanziert und selbsttranszendent. Es scheint daher so, als ob die Fokussierung auf Sinn im Rahmen der IM-LT & EA sowohl die Selbsttranszendenz, -distanzierung, Freiheit und Verantwortlichkeit, als auch die Resilienz einer Person erhöhen kann.

Coping.

Frankls Logotherapie und Existenzanalyse sah einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung von Situationen in der gefühlten Freiheit, Handlungskontrolle und der Übernahme von Verantwortung im eigenen Leben (Frankl, 1971). Die Freiheit zur Handlung bestehe in jeder Situation. Die Logotherapie und Existenzanalyse soll dabei helfen, die Angst vor der Verantwortung zu verlieren, das Positive an der Freiheit an Entscheidungen zu erkennen und schließlich erforderliche Handlungen setzen zu können (Frankl, 1971, 2014). Somit wurde im Rahmen des theoretischen Teils angenommen, dass durch die Förderung von Freiheit und Verantwortlichkeit im Rahmen der IM-LT & EA die Nutzung von problemorientierten Copingstrategien gefördert wird und emotions- sowie vermeidungsorientiertes Coping abnimmt. Es wurde vermutet, dass Personen, die sich als sehr verantwortlich, frei, selbstdistanziert und –transzendent beschreiben, vermehrt problemorientierte Verhaltensweisen und kaum emotions-, sowie vermeidungsorientierte Verhaltensweisen aufweisen.

Im Laufe der statistischen Untersuchung konnten diese Annahmen nur bedingt bestätigt werden: Das Coping der PatientInnen veränderte sich im Laufe der IM-LT & EA lediglich in Bezug auf das emotionsorientierte Coping signifikant. Es kam zu einer Abnahme von emotionsbezogenen Bewältigungsstrategien mit mittlerem Effekt ($d = .50$). Das vermeidungsorientierte, sowie das problemorientierte Coping veränderten sich jedoch nicht signifikant.

Mit der Existentialität einer Person korrelierte wiederum lediglich das problemorientierte Coping. Es kam hierbei zu einer Varianzerklärung von 18.49 %. Verhaltensweisen, die aktiv zur Problembewältigung beitragen, nahmen also mit dem Ausmaß an Existentialität zu. Emotionsorientiertes sowie vermeidungsorientiertes Coping und Existentialität korrelierten nicht signifikant negativ miteinander. Diese Coping-Strategien konnten daher nicht in Zusammenhang mit dem Ausmaß der Existentialität gebracht werden. Zusammenfassend ist es möglich, dass die 6-monatige Behandlung mittels IM-LT & EA durch die Wahrnehmung der eigenen Freiheit und Handlungsmöglichkeiten das Ausmaß der Selbstkontrolle und somit die Sicherheit einer Person erhöhen konnte; die Wahrnehmung der eigenen Verantwortung in dieser relativ kurzen Behandlungsdauer jedoch nicht oder nur bedingt zu

Veränderungen in Bezug auf das Verhalten einer Person in Stresssituationen führen konnte.

Lebensorientierung.

Viktor Frankl schrieb der Trostmacht des Geistes im Rahmen der Logotherapie und Existenzanalyse einen großen Stellenwert zu. Diese steht für die Fähigkeit, in schwierigen Situationen einen Sinn und die eigenen Freiheiten zu erkennen (Frankl, 1973b). Ebenso als relevant erachtete Frankl die Entwicklung von Einstellungswerten. Einstellungswerte ermöglichen es der Person, sich bezüglich einer Situation positiv oder auch negativ zu äußern (Scheier & Carver, 1985). So bezeichnet Frankl das Leben als in jedem Fall sinnvoll (Lukas, 1986). Im Rahmen der theoretischen Verknüpfung mit psychischen Ressourcen wurde vermutet, dass die Entwicklung von Einstellungswerten und die Aktivierung der Trostmacht des Geistes eine optimistische Lebensorientierung somit unterstützen kann. Zugleich wurde angenommen, dass somit die pessimistische Lebensorientierung im Rahmen der IM-LT & EA abnimmt. Diese theoretischen Annahmen konnten im Rahmen der statistischen Untersuchung bestätigt werden.

Die Lebensorientierung der PatientInnen veränderte sich im Rahmen der 6-monatigen Therapie signifikant. Es kam zu einer Zunahme von optimistischer Lebensorientierung in schwachem Ausmaß ($d = .46$), sowie zu einer Reduktion von pessimistischer Lebensorientierung mit mittlerer Effektstärke ($r = -.42$). Die teilnehmenden PatientInnen schienen also eine vermehrt positive Einstellung zum Leben entwickelt zu haben, und äußerten weniger oft negative Ansichten bei der Bewertung des eigenen Lebens.

Ein Zusammenhang von Existentialität mit Lebensorientierung konnte ebenfalls gefunden werden. So korrelierte die optimistische Lebensorientierung positiv signifikant, während die pessimistische Lebensorientierung negativ signifikant korrelierte. Die Varianzerklärung zeigte sich hierbei mit 27.04 % für die optimistische bzw. 21.16 % für die pessimistische Lebensorientierung. Je höher das Ausmaß der Existentialität einer Person war, desto optimistischer beschrieb sie somit ihre Lebensorientierung. Gleichzeitig beschrieb sie ihre pessimistische Lebensorientierung in solch einem Fall als niedriger ausgeprägt.

Es kann daher angenommen werden, dass die Begleitung der PatientInnen bei der Entwicklung von Einstellungswerten und der Trostmacht des Geistes die Ressourcenaktivierung in Bezug auf Lebensorientierung unterstützt und in Folge dessen einen Beitrag zur Entwicklung von Lebenssinn und Resilienzfähigkeit leistet.

Subjektive Wirksamkeit der IM-LT & EA.

In Bezug auf die Wirksamkeit der Psychotherapieform zeigen sich positive Ergebnisse. Über 95 % der Stichprobe gaben stark bis sehr stark empfundene positive Veränderungen im Zuge der IM-LT & EA an. Dies bedeutet, dass die überwiegende Mehrheit der teilnehmenden Personen angab, von den 6 Monaten IM-LT & EA zu profitieren. Aus subjektiver Sicht schien es daher zu sehr starken Veränderungen im Verhalten und den Kognitionen der Personen zu kommen.

Allgemeingültigkeit der Ergebnisse.

Eine genaue Betrachtung der Veränderungen der intrapersonellen Ressourcen konnte keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf soziodemographische Daten zeigen. Betrachtet man jedoch die nicht signifikanten Gruppenunterschiede, so lassen sich einige Trends erkennen.

Stärkere Veränderungen der Ressourcen sowie der Existentialität gab es in Zusammenhang mit einer längeren Sitzungsanzahl. Ausnahmen bildeten das emotionsorientierte Coping sowie die pessimistische Lebensorientierung; hierbei schienen die Gruppe mit geringerer Sitzungsanzahl größere Veränderungen aufzuweisen.

Die Veränderungen zeigten ebenfalls bei Betrachtung des Wohnorts einen Trend. Mit Ausnahme der optimistischen Lebensorientierung zeigten Personen aus Eferding größere Veränderungen im Laufe der Therapie. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte die unterschiedliche Versicherungslandschaft dieser beiden Wohnorte darstellen. So könnte sich ein zusätzlicher Organisationsaufwand zur Erlangung eines Kassenplatzes eventuell auf die Wirksamkeit der Psychotherapie auswirken.

Ledige Personen zeigten zudem größere Veränderungen in Rahmen der Psychotherapie als Personen in einer Partnerschaft. Eine mögliche Erklärung könnte hierbei die Schwierigkeit sein, sich in einem festen System, wie dem einer Familie oder Partnerschaft, zu verändern oder in eine unerwartete Richtung zu entwickeln.

Eine mögliche Starrheit des Familiensystems könnte daher die individuellen Veränderungen der Person mindern oder einschränken.

Keine Trends konnten schließlich in Bezug auf das Alter, den Berufsstand und das Vorhandensein eigener Kinder gefunden werden. Unterschiede des Geschlechts wurden - wie bereits erwähnt - nicht untersucht, da im Zuge der Rekrutierung der Stichprobe kein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis eingehalten werden konnte.

Conclusio.

Das Masterarbeits-Projekt zur Erforschung der Wirksamkeit und der Wirkungsweisen der IM-LT & EA stellt eine Ersterforschung dar und befindet sich innerhalb des 4-Phasen Prüfmodells im Rahmen einer evidenzbasierten Psychotherapie in Phase 2, der Überprüfung mittels nicht kontrollierter Studien. Aufgrund dessen sollte vor allem eine Übersetzung in den wissenschaftlich-psychologischen Kontext durchgeführt und der Grundstein zur Wirksamkeitsforschung gelegt werden. Nach der Erst-Überprüfung der IM-LT & EA im Zuge dieser Masterarbeit können folgende Schlussfolgerungen gezogen werden:

Die erzielten Ergebnisse scheinen Frankls Theorie zu bestätigen, dass IM-LT & EA einer Person dabei helfen kann, Resilienz zu entwickeln. Dabei lässt sich vermuten, dass die Entwicklung von Sinn im Leben bzw. Sinn im Leiden die Widerstandsfähigkeit der Person erhöht und somit als Ressource in zukünftigen herausfordernden Situationen dient.

Das Coping veränderte sich nur in einem Bereich signifikant – im emotionsorientierten Coping. Dies lässt die Vermutung zu, dass die Wahrnehmung von Freiheiten und eigener Handlungskontrolle die Angst und negative Emotionalität der Person verringern lässt. Die Ergebnisse in Bezug auf vermeidungsorientiertes und problemorientiertes Coping zeigen jedoch keine eindeutigen Ergebnisse in Bezug auf die Übernahme von Verantwortung. Möglich ist daher, dass die IM-LT & EA vor allem die Freiheit beeinflusst, eine daraus resultierende Übernahme von Verantwortung jedoch nicht so rasch oder nur bedingt erwirkt werden kann.

Die Ergebnisse in Bezug auf die Lebensorientierung lassen darauf schließen, dass die IM-LT & EA über die Wahrnehmung bzw. Veränderung von Einstellungswerten einer Person zu einer positiveren Einstellung zum Leben führt.

IM-LT & EA zeigt sich somit im Zuge dieser Erstüberprüfung als eine Psychotherapieform, welche von den PatientInnen als sehr wirksam erachtet wird und den Wirkfaktor der Ressourcenaktivierung zur Erreichung des Therapieziels zu nutzen scheint. Im Zuge der 6-monatigen Psychotherapie schien es den PatientInnen zu gelingen, ihre individuellen Ressourcen zu erkennen und diese zu fördern bzw. weiterzuentwickeln.

Limitationen

Nachfolgend werden etwaige Kritikpunkte dieser Masterarbeit erläutert:

Als Erstuntersuchung stand für diese Masterthesis nur eine begrenzte Stichprobe zur Verfügung. Die daraus resultierende relativ kleine, nicht randomisierte Stichprobe von insgesamt 23 Personen könnte zu zufällig signifikanten Ergebnissen aufgrund von Gruppeneffekten geführt haben und repräsentiert die Gesamtbevölkerung möglicherweise nicht adäquat. Ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis, welches im Rahmen dieser Masterarbeit angestrebt wurde, konnte aufgrund der begrenzten Stichprobe ebenfalls nicht eingehalten werden. Die weibliche Überrepräsentation ist somit auch als Kritikpunkt anzusehen und mindert die Interpretationseindeutigkeit der Ergebnisse.

Als zweiter Kritikpunkt könnte die Durchführung der IM-LT & EA von nur einer einzigen Therapeutin zu einer Verzerrung geführt haben. So könnten unter anderem auch die Charaktereigenschaften der Therapeutin die erzielten Veränderungen beeinflusst haben. Aufgrund des Fehlens weiterer, in dieser speziellen Psychotherapieform ausgebildeter TherapeutInnen konnte dieser methodische Schwachpunkt jedoch nicht verhindert werden.

Ein letzter Kritikpunkt ist schließlich die Heterogenität der Stichprobe in Bezug auf Psychopathologien. Nach ICD-10 Diagnosen litten die PatientInnen der Stichprobe unter Depressiven Störungen, Anpassungsstörungen, Angst- und Panikstörungen oder Posttraumatischen Belastungsstörungen. Der Einfluss der IM-LT & EA konnte hierbei nicht an einzelnen psychischen Störungen untersucht werden, da die geringe Stichprobenzahl keine eindeutigen Ergebnisse zulassen würde. Mögliche Unterschiede des Einflusses dieser Psychotherapieform auf unterschiedliche Störungen konnten somit nicht festgestellt werden.

Forschungsausblick

Trotz dieser Kritikpunkte sind wichtige Beiträge zur Wirksamkeitsforschung erbracht worden.

Die Therapieform wurde von den PatientInnen Großteils als sehr hilfreich eingeschätzt und die erzielten Ergebnisse der Veränderungen lassen eine gute Wirksamkeit der IM-LT & EA vermuten.

Eine genauere und intensivere Untersuchung dieser speziellen Psychotherapieform ist aufgrund dieser Ergebnisse sehr empfehlenswert. Um eindeutige, allgemeingültige Ergebnisse zur Wirksamkeit dieser Psychotherapieform zu erhalten, sollte die kommende Forschung eine Untersuchung mittels randomisierter Versuchs- sowie Kontrollgruppe als Studiendesign im Zuge der 3. Phase des 4-Phasen Prüfmodells anstreben. Ein solches Verfahren erlaubt genaue Interpretationen und schließt zufällige Veränderungen überwiegend aus. Des Weiteren erlaubt die Überprüfung der Wirksamkeit innerhalb der 3. Phase die wissenschaftliche Anerkennung einer Psychotherapieform.

Eine weitere mögliche Richtung zur Forschung ist der Einfluss der IM-LT & EA auf spezielle psychische Störungen. So wäre die differenzierte Betrachtung des Einflusses IM-LT & EA auf PatientInnen mit beispielsweise Posttraumatischen Belastungsstörungen, Angststörungen oder Depressionen sehr interessant. Eine Ressourcenförderung und -aktivierung könnte bei diesen Psychopathologien einen unterschiedlich großen Einfluss haben.

Abschließend lässt sich sagen, dass die bisherigen Forschungsergebnisse eine gute Wirksamkeit der Psychotherapieform erhoffen lassen und zukünftige weitere Erforschungen dieses Themas empfehlen.

Literaturverzeichnis

- Ahn, H., & Wampold, B. E. (2001). Where Oh Where Are the Specific Ingredients? A Meta-Analysis of Component Studies in Counseling and Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 251-257.
- American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Anderson, N. B. (2006). Evidence-based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Auer, T. A. (2016). *Wirkfaktoren und Wirkungsweise der Imaginativen Logotherapie und Existenzanalyse* (Master Thesis). Universität Wien, Wien.
- Barsaglini, A., Sartori, G., Benetti, S., Pettersson-Yeo, W., & Mechelli, A. (2014). The effects of psychotherapy on brain function: A systematic and critical review. *Progress in neurobiology*, 114, 1-14.
- Baumann, U. (1997). Wie objektiv ist die Wirksamkeit der Psychotherapie?. In C. Mundt, M. Linden & W. Barnett (Hrsg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie* (15-26). Wien: Springer.
- Baumann, U. (1999). Wissenschaftliche Psychotherapie auf der Basis der wissenschaftlichen Psychologie. In H. Petzold & M. Märtens (Hrsg.), *Wege zu effektiven Psychotherapien* (45-61). Wiesbaden: Springer.
- Bear, M. F., & Abraham, W. C. (1996). Long-term Depression in Hippocampus. *Annual review of neuroscience*, 19, 437-462.
- Beasley, M., Thompson, T., & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: the effects of coping styles and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34, 77-95.
- Beiglböck, W., & Feselmayer, S. (2010). Psychologische Behandlung bei Suchtkranken – Problem- oder ressourcenorientiert?. *Psychologie in Österreich*, 30, 202-210.
- Bibliographisches Institut GmbH (2016). Duden Online, Definitionen. Gefunden am 23.02.2016 unter <http://www.duden.de/definition>.
- Biller, K., & De Lourdes Stiegeler, M. (2008). *Wörterbuch der Logotherapie und Existenzanalyse von Viktor Emil Frankl*. Wien: Böhlau.

- Bonanno, G. A. (2008). Loss, Trauma and Human Resilience: Have we Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events?. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 1, 101-113.
- Brendtro, L. K., & Steinebach, C. (2012). Positive Psychologie für die Praxis. In C. Steinebach, D. Jungo & R. Zihlmann (Hrsg.), *Positive Psychologie in der Praxis. Anwendung in Psychotherapie, Beratung und Coaching* (18-26). Weinheim, Basel: Beltz.
- Buchkremer, G., & Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. *Nervenarzt*, 72, 20-30.
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric Analysis and Refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-Item Measure of Resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 1019-1028.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.
- Chang, E. C., Maydeu-Olivares, A., & D’Zurilla, T. J. (1997). Optimism and Pessimism as Partially Independent Constructs: Relationship to Positive and Negative Affectivity and Psychological Well-Being. *Personality and Individual Differences*, 23, 433-440.
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., & Conway A. M. (2009). Happiness Unpacked: Positive Emotions Increase Life Satisfaction by Building Resilience. *Emotion*, 9, 361-368.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Connor-Smith, J. K., & Flachsbart, C. (2007). Relations between Personality and Coping: A Meta-Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 1080-1107.
- Coutu, D. L. (2002). How resilience works. *Harvard Business Review*, 80, 46-56.
- Coyne, J. C., Aldwin, C., & Lazarus, R. S. (1981). Depression and Coping in Stressful Episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 439-447.

- Curtis, W. J., & Cicchetti, D. (2003). Moving research on resilience into the 21st century: Theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. *Development and Psychopathology*, 15, 773-810.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. (2005). Positive Psychology in Clinical Practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990a). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS). Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990b). Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Endler, N.S., & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of Multidimensional Coping: Task, Emotion, and Avoidance Strategies. *Psychological Assessment*, 6, 50-60.
- Fakultät für Psychologie der Universität Wien (2015). *Leitlinien zur Erstellung der Masterarbeit für Lehrende und Studierende im Fachbereich Psychologie*. Gefunden am 20.02.2016 unter https://ssc-psychologie.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/ssc_psychologie/downloads/Masterstudium/Masterarbeit/Leitlinien_zur_Masterarbeit_2015-10-01.pdf.
- Faranda, F. (2014). Working With Images in Psychotherapy: An Embodied Experience of Play and Metaphor. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24, 65-77.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics*. London: Sage.
- Fintz, A. (2005). Die Existenzanalyse: eine angewandte Existenzphilosophie?. In D. Batthyány & O. Zsok (Hrsg.), *Viktor Frankl und die Philosophie (183-212)*. Wien: Springer.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a middle-aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.

- Forbes, E. E., & Dahl, R. E. (2005). Neural Systems of Positive Affect: Relevance to Understanding Child and Adolescent Depression?, *Development and Psychopathology*, 17, 827-850.
- Frankl, V. E. (1971). *Ärztliche Seelsorge*. Wien: Franz Deuticke.
- Frankl, V. E. (1973a). *Der Mensch auf der Suche nach Sinn*. Wien: Wiener Verlag.
- Frankl, V. E. (1973b). *Psychotherapie für den Laien*. Wien: Wiener Verlag.
- Frankl, V. E. (2002). *Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten*. Weinheim: Beltz.
- Frankl, V. E. (2005). *Der Wille zum Sinn*. Wien: Huber.
- Frankl, V. E. (2010). *Der unbewußte Gott. Psychotherapie und Religion*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Frankl, V. E. (2014). *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn*. München: Piper.
- Frankl, V. E. (2015). *Grundkonzepte der Logotherapie*. Wien: Facultas.
- Fuchs, E., Czéh, B., Kole, M. H. B., Michaelis, T., & Lucassen, P. J. (2004). Alterations of neuroplasticity in depression: the hippocampus and beyond. *European Neuropsychopharmacology*, 14, 481-490.
- Glaesmer, H., Hoyer, J., Klotsche, J., & Herzberg, P.Y. (2008). Die deutsche Version des Life-Orientations-Tests (LOT-R) zum dispositionellen Optimismus und Pessimismus. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16, 26-31.
- Goldenberg, J., & Hollander-Goldfein, B. (2011). Resilience After Prolonged Trauma: An Integrated Framework. In B. Hollander-Goldfein, N. Isserman & J. Goldenberg (Hrsg.), *Transcending Trauma: Survival, Resilience, and Clinical Implications in Survivor Families* (13-36). New York: Routledge.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2005). Kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden?. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 4-11.
- Grawe, K., & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63-73.
- Hackmann, A., & Holmes, E. A. (2004). Reflecting on imagery: A clinical perspective and overview of the special issue of Memory on mental imagery and memory in psychopathology. *Memory*, 12, 389-402.

- Hatchett, G. T., & Park, H. L. (2004). Relationships among optimism, coping styles, psychopathology, and counseling outcome. *Personality and Individual Differences, 36*, 1755-1769.
- Haug, S., Gabriel, C., Flückiger, C., & Kordy, H. (2010). Ressourcenaktivierung bei Patienten. *Psychotherapeut, 55*, 128-135.
- Higgins, J. E., & Endler, N. S. (1995). Coping, life stress, and psychological and somatic distress. *European journal of personality, 9*, 253-270.
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and Psychological Resources and Adaption. *Review of General Psychology, 6*, 307-324.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Brennan, P. L., & Schutte, K. K. (2005). Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: a 10-year model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 658.
- Holmes, E. A., & Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review, 30*, 349-362.
- Hüther, G., & Sachsse, U. (2007). Angst- und stressbedingte Störungen. Auf dem Weg zu einer neurobiologisch fundierten Psychotherapie. *Psychotherapeut, 52*, 166-179.
- Imel, Z., & Wampold, B. (2008). The Importance of Treatment and the Science of Common Factors in Psychotherapy. In S. D. Brown & R. W. Lent (Hrsg.), *Handbook of Counseling Psychology* (4. Aufl., 249-262). Hoboken: Wiley and Sons.
- Jacob, G. A., & Tuschen-Caffier, B. (2011). Imaginative Techniken in der Verhaltenstherapie. *Psychotherapeutenjournal, 2*, 139-145.
- Jacobi, F. (2011). Entwicklung und Beurteilung therapeutischer Interventionen. In H. U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (609-640). Berlin Heidelberg: Springer.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior therapy, 15*, 336-352.
- Kardum, I., & Krapic, N. (2000). Personality traits, stressful life events, and coping styles in early adolescence. *Personality and Individual Differences, 30*, 503-515.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-Based Treatment and Practise. *American Psychologist, 63*, 146-159.

- Kosslyn, S. M. (1995). Mental imagery. In S. Kosslyn & D. Osherson (Hrsg.), *Visual cognition: An invitation to cognitive science* (2. Auflage, 267-296). Cambridge, MA: MIT Press.
- Krampen, G., Schui, G., & Wiesenhütter, J. (2008). Evidenzbasierte Psychotherapie und Therapie-Ressourcen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37, 43-51.
- Kurz, W., & Sedlak, F. (1995). *Kompendium der Logotherapie und Existenzanalyse – Bewährte Grundlagen, Neue Perspektiven*. Tübingen: Verlag Lebenskunst.
- Längle, A., Orgler, Ch., & Kundi, M. (2000). *Existenzskala (ESK)*. Göttingen: Hogrefe-Beltz.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38, 357-361.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, A. L., Ogle, W. O., & Sapolsky, R. M. (2002). Stress and depression: possible links to neuron death in the hippocampus. *Bipolar disorders*, 4, 117-128.
- Lukas, E. (1986). *Von der Trotzmacht des Geistes – Menschenbild und Methoden der Logotherapie*. Freiburg: Herder.
- Lukas, E. (2002). *Lehrbuch der Logotherapie – Menschenbild und Methoden* (2. Auflage). München, Wien: Profil.
- Lukas, E. (2011). *Auf den Stufen des Lebens - Aus dem Erfahrungsschatz einer Psychologin*. Saarbrücken: Satzweiss.com.
- Luthar, S. S. (2003). *Resilience and Vulnerability: Adaption in the context of childhood adversities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic – Resilience Processes in Development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19, 921-930.

- Masten, A. S., Cutuli, J. J., Herbers, J. E., & Reed, M. J. (2009). Resilience in Development. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Positive Psychology* (117-131). Oxford: Oxford University Press.
- Masten, A. S., & Obradovic, J. (2008). Disaster Preparation and Recovery: Lessons from Research on Resilience in Human Development. *Ecology and Society*, 13, 9.
- Parry, G. (2000). Evidence-based Psychotherapy: an Overview. In N. Rowland & S. Goss (Hrsg.), *Evidence Based Counselling and Psychological Therapies: Research and Applications* (57-76). East Sussex: Routledge.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pfammater, M., & Tschacher, W. (2012). Wirkfaktoren der Psychotherapie – eine Übersicht und Standortbestimmung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60, 67-76.
- Pittenger, C., & Duman, R. S. (2008). Stress, Depression, and Neuroplasticity: A Convergence of Mechanisms. *Neuropsychopharmacology*, 33, 88-109.
- Pylyshyn, Z. W. (2002). Mental Imagery: In search of a theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 25, 157-238.
- Reddemann, L. (2013). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24, 335-344.
- Sarubin, N., Gutt, D., Giegling, I., Bühner, M., Hilbert, S., Krähenmann, O., . . . Padberg, F. (2015). Erste Analyse der psychometrischen Eigenschaften und Struktur der deutschsprachigen 10- und 25-Item Version der Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23, 112-122.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, Coping and Health: Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation

- of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Schou, I., Ekeberg, O., Sandvik, L., & Ruland C. M. (2005). Stability in Optimism-Pessimism in Relation to Bad News: A Study of Women With Breast Cancer. *Journal of Personality Assessment*, 84, 148-154.
- Spira, A. P., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., & Feldner, M. T. (2004). Avoidance-oriented coping as a predictor of panic-related distress: a test using biological challenge. *Anxiety Disorders*, 18, 309-323.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). Are All Psychotherapies Equivalent?. *American Psychologist*, 41, 165-180.
- Stockmeier, C. A., Mahajan, G. J., Konick, L. C., Overholser, J. C., Jurjus, G. J., Meltzer, H. Y., ... & Rajkowska, G. (2004). Cellular changes in the postmortem hippocampus in major depression. *Biological psychiatry*, 56, 640-650.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, Coping, and Social Support Processes: Where are we? What Next?. *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue, 53-79.
- Tugade, M. M., Fredrickson, B. L., & Feldman Barret, L. (2004). Psychological Resilience and Positive Emotional Granularity: Examining the Benefits of Positive Emotions on Coping and Health. *Journal of Personality*, 72, 1161-1190.
- Tutsch, L. (2000). Selbstdistanzierung. In G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (624-625). Wien: Springer.
- Viktor Frankl Institut. *Viktor Frankl - Life and Work*. Gefunden am 10.08.2015 unter <http://www.viktorfrankl.org/e/lifeandwork.html>.
- Vocks, S., Joormann, J., Michalak, J., Kosfelder, J. & Meyer, F. (2005). Diagnostik und Erfolgsmessung in der ambulanten Psychotherapie - Ein Vorschlag. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (89-112). Göttingen: Hogrefe.
- Vos, J., Craig, M., & Cooper, M. (2015). Existential Therapies: A Meta-Analysis of Their Effects on Psychological Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 115-128.
- Willutzki, U. (2002). Allgemeine Prinzipien der Psychotherapie sozialer Ängste: Die Rolle von Ressourcen. In U. Stangier & T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und Soziale Angststörung: Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie* (370-396). Göttingen: Hogrefe.

- Willutzki, U., Neumann, B., Haas, H., Koban, C., & Schulte, D. (2004). Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33, 42-50.
- Willutzki, U., & Teismann, T. (2013). *Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Zielke, M., & Kopf-Mehnert, C. (1978). *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)*. Weinheim: Beltz.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Die Rolle von Ressourcenaktivierung im Therapieprozess (Grawe, 2004, S. 408).....	11
Abbildung 2. Gegenüberstellung der Intensität von Problemaktivierung und Ressourcenaktivierung in negativen und positiven Therapiesitzungen (Grawe, 2004, S. 394).....	12
Abbildung 3. Mögliche Stufen der Sinnerfüllung durch Verwirklichung von Werten.	16
Abbildung 4. Verbindung von IM-LT & EA mit Ressourcenaktivierung.....	27
Abbildung 5. Übersicht der Summenwerte und Subskalen der Existenzskala	37
Abbildung 6. Streudiagramm des Zusammenhangs von Resilienz und Existentialität	41
Abbildung 7. Streudiagramme des Zusammenhangs der drei Copingstile mit Existentialität.....	41
Abbildung 8. Streudiagramme des Zusammenhangs zwischen den Polen der Lebensorientierung und Existentialität.....	41
Abbildung 9. Resilienz-Mittelwerte der Testzeitpunkte T1 und T2.....	46
Abbildung 10. Coping-Mittelwerte der Testzeitpunkte T1 und T2	46
Abbildung 11. Lebensorientierungs-Mittelwerte der Testzeitpunkte T1 und T2	46
Abbildung 12. ESK-Mittelwerte der Testzeitpunkte T1 und T2	46

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>4-Phasen-Prüfmodell im Rahmen einer evidenzbasierten Psychotherapie.....</i>	1
Tabelle 2 <i>Soziodemographische Daten der Gesamtstichprobe.....</i>	33
Tabelle 3 <i>Unterschiede der Veränderung der Resilienz in Bezug auf soziodemographische Daten der Stichprobe.....</i>	47
Tabelle 4 <i>Unterschiede der Veränderung des problemorientierten Copings in Bezug auf soziodemographische Daten der Stichprobe</i>	48
Tabelle 5 <i>Unterschiede der Veränderung des emotionsorientierten Copings in Bezug auf soziodemographische Daten der Stichprobe</i>	49
Tabelle 6 <i>Unterschiede der Veränderung des vermeidungsorientierten Copings in Bezug auf soziodemographische Daten der Stichprobe</i>	50

Tabelle 7 <i>Unterschiede der Veränderung der optimistischen Lebensorientierung in Bezug auf soziodemographische Daten der Stichprobe.....</i>	51
Tabelle 8 <i>Unterschiede der Veränderung der pessimistischen Lebensorientierung in Bezug auf soziodemographische Daten der Stichprobe.....</i>	51
Tabelle 9 <i>Unterschiede der Veränderung der Existentialität in Bezug auf soziodemographische Daten der Stichprobe</i>	52
Tabelle 10 <i>Subjektive Veränderungseinschätzung des Erlebens und Verhaltens.....</i>	53

Abkürzungsverzeichnis

Allgemein

<i>bzw.</i>	beziehungsweise
<i>d.h.</i>	das heißt
<i>etc.</i>	et cetera
<i>IM-LT & EA</i>	Imaginative Logotherapie und Existenzanalyse
<i>LT & EA</i>	Logotherapie und Existenzanalyse
<i>s.u.</i>	siehe unten
<i>z.B.</i>	zum Beispiel

Statistisch

<i>BCa</i>	Bootstrapping, Bias corrected accelerated Method
<i>d</i>	Effektstärke nach Cohen
<i>KI</i>	Konfidenzintervall
<i>M</i>	Mittelwert
<i>Mdn</i>	Median
<i>p</i>	Signifikanz
<i>r</i>	Korrelationskoeffizient
<i>Rg</i>	Range
<i>SD</i>	Standardabweichung
<i>SE</i>	Standardfehler
<i>t</i>	t-Wert

Anhang

Abstract (deutsch)

Die Imaginative Logotherapie und Existenzanalyse (IM-LT & EA) ist eine Erweiterung von Viktor Frankls Logotherapie und wurde von Frau Dr. Ruth Hackmack-Eder in Kooperation mit Herrn Mag. Christoph Schlick vom Institut für Logotherapie und Existenzanalyse Salzburg entwickelt. Bei dieser Therapieform werden zusätzlich zur Gesprächstherapie nach Frankl Imaginationseinheiten durchgeführt. Ziel dieser Masterthesis war die Erstüberprüfung dieser Psychotherapieform. Bei der Literaturanalyse zeigten sich theoretische Überschneidungen der Logotherapie und Existenzanalyse mit den psychischen Ressourcen Resilienz, Coping und Lebensorientierung. Aus diesem Grund lag der Schwerpunkt auf der Erforschung des Einflusses von IM-LT & EA auf Ressourcenaktivierung.

Die wissenschaftliche Überprüfung erfolgte anhand einer Stichprobe von 23 PatientInnen mittels Prä-Post-Analyse im vor-experimentellen Design ohne Vergleichsgruppe.

Es konnten in Bezug auf die überprüften Ressourcen teilweise signifikante Verbesserungen gefunden werden. So kam es zu einer signifikanten Zunahme von Resilienz. In Bezug auf Coping kam es zu einer signifikanten Reduktion von emotionsorientiertem Coping, die Veränderungen des problemorientierten, sowie des vermeidungsorientierten Copings erwiesen sich als nicht signifikant. Zuletzt nahm die optimistische Lebensorientierung signifikant zu, als auch die pessimistische Lebensorientierung signifikant ab.

Im Zuge der 6-monatigen Psychotherapie scheint es den PatientInnen größtenteils zu gelingen, ihre individuellen Ressourcen zu erkennen und diese zu fördern bzw. weiterzuentwickeln. Aufgrund dieser Ergebnisse wird angenommen, dass IM-LT & EA eine ressourcenorientierte Psychotherapieform darstellt. Zur Bestätigung dieser Annahme empfiehlt sich eine weitere vertiefende Erforschung dieser Thematik.

Schlagwörter: Logotherapie und Existenzanalyse, Viktor Frankl, Imaginationen, Intrapersonelle Ressourcen, Resilienz, Lebensorientierung, Coping, Existentialität

Abstract (englisch)

The subject of this master thesis was the investigation of a specific psychotherapy method called imaginative logotherapy and existential analysis (IM-LT & EA). This method, based on Viktor Frankl's logotherapy and existential analysis works with imagery techniques and was invented by Dr. Ruth Hackmack-Eder and Mag. Christoph Schlick at the institute of logotherapy and existential analysis in Salzburg. A first theoretical analysis found connections between (IM-) LT & EA and the psychological resources resilience, life orientation and coping. Therefore the aim of this master thesis was the exploration of the influence of IM-LT & EA on resource activation.

Design of this study was a pre-post-analysis without a control group. 23 patients of the institute of logotherapy and existential analysis took part in the study. The first evaluation took place at the beginning of the psychotherapy, the second evaluation six months later.

The statistical analysis showed a significant increase of resilience during the psychotherapy. Emotion oriented coping decreased significantly, whereas problem oriented and avoidant oriented coping did not change significantly. Optimistic life orientation increased and pessimistic life orientation decreased significantly.

To summarise, a 6 months long participation on IM-LT & EA seemed to help the patients in recognizing and developing their individual resources. Therefore IM-LT & EA is assumed to be a resource-oriented method of psychotherapy. Further investigations are recommended in order to validate this assumption.

Keywords: logotherapy and existential analysis, Viktor Frankl, imagery, intrapersonal resources, resilience, life orientation, coping, existentiality

Fragebögen

Erfassung von Resilienz (CD-Risc):

Uhrzeit Beginn Testung:.....

Instruktion:

Ich lese Ihnen nun einige Aussagen vor. Bitte geben Sie an, inwiefern die folgenden Aussagen über den **letzten Monat** hinweg mit Ihnen übereinstimmen. Wenn eine bestimmte Situation in letzter Zeit nicht aufgetreten ist, antworten Sie so, wie sie gefühlt hätten, wenn die Situation eingetreten wäre.

	Überhaupt nicht wahr	Selten wahr	Manchmal wahr	Oft wahr	Fast immer wahr
1. Ich bin fähig mich anzupassen , wenn sich etwas verändert.	0	1	2	3	4
2. Ich komme mit allem klar , was sich mir in den Weg stellt.	0	1	2	3	4
3. Wenn ich mit Problemen konfrontiert bin, versuche ich dies mit Humor zu sehen.	0	1	2	3	4
4. Der Umgang mit Stress kann mich stärken .	0	1	2	3	4
5. Ich neige dazu, mich nach Krankheit, Verletzungen oder anderen Missgeschicken wieder gut zu erholen .	0	1	2	3	4
6. Auch wenn es Hindernisse gibt, bin ich der Meinung meine Ziele erreichen zu können.	0	1	2	3	4
7. Wenn ich unter Druck stehe, bleibe ich fokussiert und denke klar .	0	1	2	3	4
8. Wenn ich versage , lasse ich mich nicht leicht entmutigen .	0	1	2	3	4
9. Wenn es um den Umgang mit Herausforderungen des Lebens und allgemeine Schwierigkeiten geht, schätze ich mich als starke Person ein.	0	1	2	3	4
10. Ich bin fähig , mit unerfreulichen oder schmerzhaften Gefühlen wie Traurigkeit, Angst oder Wut umzugehen .	0	1	2	3	4

Erfassung von Optimismus und Pessimismus (LOT-R):

Instruktion:

Bitte geben Sie an, inwieweit Ihre **Meinung** mit den folgenden Aussagen übereinstimmt.

	Trifft über- haupt nicht zu	Trifft kaum zu	Teils, teils	Trifft etwas zu	Trifft aus- gesprochen zu
1. Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Beste .	0	1	2	3	4
2. Es fällt mir leicht , mich zu entspannen .	0	1	2	3	4
3. Wenn bei mir etwas schief laufen kann, dann tut es das auch.	0	1	2	3	4
4. Meine Zukunft sehe ich immer optimistisch .	0	1	2	3	4
5. In meinem Freundeskreis fühle ich mich wohl .	0	1	2	3	4
6. Es ist wichtig für mich, ständig beschäftigt zu sein.	0	1	2	3	4
7. Fast nie entwickeln sich die Dinge nach meinen Vorstellungen.	0	1	2	3	4
8. Ich bin nicht allzu leicht aus der Fassung zu bringen.	0	1	2	3	4
9. Ich zähle selten darauf , dass mir etwas Gutes widerfährt .	0	1	2	3	4
10. Alles in allem erwarte ich, dass mir mehr gute als schlechte Dinge widerfahren .	0	1	2	3	4

Erfassen von Fähigkeiten und Coping (CISS):

Instruktion:

Geben Sie bitte auf der Skala von 1 bis 5 an, was Sie **typischerweise tun**, wenn Sie **unter Stress stehen**.

	Sehr untypisch	Eher untypisch	Teils/teils	Eher typisch	Sehr typisch
1. Ich suche den Kontakt mit anderen Menschen .	1	2	3	4	5
2. Ich mache mir Vorwürfe , weil ich die Dinge vor mir herschiebe .	1	2	3	4	5
3. Ich mache mir Vorwürfe , dass ich in diese Situation geraten bin.	1	2	3	4	5
4. Ich mache einen Einkaufsbummel .	1	2	3	4	5
5. Ich setze Prioritäten .	1	2	3	4	5
6. Ich nasche oder gönne mir meine Lieblingsspeise.	1	2	3	4	5
7. Ich habe die Befürchtung , dass ich die Situation nicht bewältigen kann.	1	2	3	4	5
8. Ich bin sehr angespannt .	1	2	3	4	5
9. Ich denke darüber nach, wie ich ähnliche Probleme gelöst habe.	1	2	3	4	5
10. Ich gehe essen .	1	2	3	4	5
11. Ich gerate aus der Fassung .	1	2	3	4	5
12. Ich erarbeite mir einen Plan und führe ihn auch aus.	1	2	3	4	5
13. Ich mache mir Vorwürfe , weil ich nicht weiß , was ich machen soll.	1	2	3	4	5
14. Ich denke über die Situation nach , damit ich sie verstehe .	1	2	3	4	5
15. Ich denke über die Situation nach und versuche, aus meinen Fehlern zu lernen .	1	2	3	4	5
16. Ich wünsche mir, ich könnte ungeschehen machen , was passiert ist.	1	2	3	4	5
17. Ich besuche einen Freund/ eine Freundin.	1	2	3	4	5
18. Ich verbringe Zeit mit einem mir nahestehenden Menschen .	1	2	3	4	5
19. Ich durchdenke zuerst das Problem, bevor ich etwas unternehme.	1	2	3	4	5
20. Ich rufe einen Freund/eine Freundin an .	1	2	3	4	5
21. Ich werde wütend .	1	2	3	4	5
22. Ich schaue mir einen Film an.	1	2	3	4	5
23. Ich erarbeite mehrere Lösungsvorschläge für das Problem.	1	2	3	4	5
24. Ich versuche so planmäßig und gezielt vorzugehen , dass ich die Situation in den Griff bekomme.	1	2	3	4	5

Existenz-Skala (ESK):

Instruktion:

Der vorliegende Fragebogen enthält eine Reihe von **Aussagen zu Wahrnehmung, Einstellung und Handlung**. Sie werden gebeten **anzugeben, wie stark** die Aussagen auf Sie **zutreffen**. Bitte beantworten Sie die Fragen spontan und ohne langes Überlegen.

	Stimmt	Stimmt mit Einschränkungen	Stimmt eher schon	Stimmt eher nicht	Stimmt nicht mit Einschränkungen	Stimmt nicht
1. Ich breche wichtige Tätigkeiten oft ab, weil mir die Anstrengung zu unangenehm ist.	1	2	3	4	5	6
2. Ich fühle mich von meinen Aufgaben persönlich angesprochen .	6	5	4	3	2	1
3. Für mich hat etwas nur dann Bedeutung , wenn es meinem eigenen Wunsch entspricht .	1	2	3	4	5	6
4. In meinem Leben gibt es nichts Gutes .	1	2	3	4	5	6
5. Ich beschäftige mich am liebsten mit mir selbst – mit meinen Sorgen, Wünschen, Träumen und Ängsten.	1	2	3	4	5	6
6. Ich bin meistens zerstreut .	1	2	3	4	5	6
7. Auch wenn ich viel getan habe, bin ich unbefriedigt , weil es Wichtigeres gegeben hätte.	1	2	3	4	5	6
8. Ich richte mich immer nach den Erwartungen anderer .	1	2	3	4	5	6
9. Unangenehme Entscheidungen versuche ich ohne lange Überlegungen aufzuschieben .	1	2	3	4	5	6
10. Ich lasse mich leicht ablenken , selbst bei Arbeiten, die ich gerne tue.	1	2	3	4	5	6
11. Es gibt eigentlich nichts in meinem Leben, wofür ich mich richtig einsetzen möchte.	1	2	3	4	5	6
12. Bei vielem verstehe ich nicht, warum ausgerechnet ich es tun soll.	1	2	3	4	5	6
13. Ich glaube, dass mein Leben , so wie ich es führe, für nichts gut ist.	1	2	3	4	5	6
14. Es fällt mir schwer , die Dinge in ihrer Bedeutung zu erfassen .	1	2	3	4	5	6
15. Ich kann gut mit mir umgehen .	6	5	4	3	2	1
16. Ich nehme mir zu wenig Zeit für das, was wichtig ist.	1	2	3	4	5	6
17. Es ist mir nie spontan klar , was ich in einer Situation tun kann .	1	2	3	4	5	6
18. Ich mache vieles nur deshalb, weil ich es tun muss , und nicht, weil ich es tun will.	1	2	3	4	5	6
19. Wenn Probleme auftauchen, verliere ich leicht den Kopf .	1	2	3	4	5	6
20. Ich tue meistens Dinge , die genauso gut später gemacht werden könnten.	1	2	3	4	5	6
21. Ich bin immer wieder interessiert, was der Tag bringt .	6	5	4	3	2	1
22. Meistens merke ich erst beim Handeln, welche Konsequenzen die Entscheidung	1	2	3	4	5	6

hat.						
23. Wenn ich mich entscheiden muss, ist auf mein Gefühl kein Verlass.	1	2	3	4	5	6
24. Selbst wenn mir ein Unternehmen am Herzen liegt, hält mich die Unsicherheit seines Ausganges von der Durchführung ab.	1	2	3	4	5	6
25. Ich weiß nie genau, wofür ich zuständig bin.	1	2	3	4	5	6
26. Ich fühle mich innerlich frei.	6	5	4	3	2	1
27. Ich fühle mich vom Leben benachteiligt , weil es mir die Erfüllung meiner Wünsche vorenthalten hat.	1	2	3	4	5	6
28. Zu sehen, dass ich keine Wahl habe, ist eine Erleichterung für mich.	1	2	3	4	5	6
29. Es gibt Situationen , in denen ich mich völlig hilflos fühle.	1	2	3	4	5	6
30. Ich tue viele Dinge , ohne mich dabei wirklich auszukennen.	1	2	3	4	5	6
31. Ich weiß gewöhnlich nicht , was in einer Situation wichtig ist.	1	2	3	4	5	6
32. Die Erfüllung der eigenen Wünsche hat Vorrang.	1	2	3	4	5	6
33. Mich in andere Menschen einzu fühlen fällt mir schwer.	1	2	3	4	5	6
34. Es wäre besser , wenn es mich nicht geben würde.	1	2	3	4	5	6
35. Im Grunde sind mir viele Dinge , mit denen ich zu tun habe, fremd.	1	2	3	4	5	6
36. Ich bilde mir gerne eine eigene Meinung.	6	5	4	3	2	1
37. Ich fühle mich so zerrissen , weil ich so viele Dinge gleichzeitig mache.	1	2	3	4	5	6
38. Auch bei Wichtigem fehlt mir die Kraft zum Durchhalten.	1	2	3	4	5	6
39. Ich tue vieles , was ich eigentlich gar nicht tun will.	1	2	3	4	5	6
40. Eine Situation ist dann für mich interessant , wenn sie meinen Wünschen entgegenkommen.	1	2	3	4	5	6
41. Wenn ich krank bin, weiß ich mit dieser Zeit nichts anzufangen	1	2	3	4	5	6
42. Ich sehe selten , dass ich in einer Situation mehrere Handlungsmöglichkeiten habe.	1	2	3	4	5	6
43. Ich finde meine Umwelt eintönig.	1	2	3	4	5	6
44. Die Frage, ob ich etwas tun will , stellt sich selten , weil ich meistens etwas tun muss.	1	2	3	4	5	6
45. In meinem Leben ist nichts wirklich schön , denn alles hat sein Für und Wider.	1	2	3	4	5	6
46. Meine innere Unfreiheit und Abhängigkeit machen mir zu schaffen.	1	2	3	4	5	6

Erfassung des Therapieverlaufs (VEV):

Instruktion:

Bitte stellen Sie sich den **Zeitpunkt vor Wochen/Monaten** vor. Das war der (Datum des Beginns des Beurteilungszeitraums).

Überlegen Sie, **was Sie zu diesem Zeitpunkt machten, und wie Sie sich fühlten.**

Überblicken Sie bitte nunmehr immer den Zeitraum vom vorhin genannten Datum bis heute.

Bitte prüfen Sie bei den nachfolgenden Fragen immer, **ob sich bei Ihnen innerhalb dieses Zeitraums eine Änderung in die eine oder andere Richtung vollzogen hat.** Das Ausmaß der Änderung geben Sie durch eine Zahl an.

	Stark in gleiche Richtung	Mittel in gleiche Richtung	Schwach in gleiche Richtung	Gleich	Schwach in andere Richtung	Mittel in andere Richtung	Stark in andere Richtung
1. Ich fühle mich weniger gehetzt.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
2. Ich rege mich über viele Dinge nicht mehr auf.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
3. Ich weiß jetzt eher, was ich tun will und tun kann.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
4. Ich habe jetzt das Gefühl, in einer Sackgasse zu stecken , aus der ich nicht herauskomme.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
5. Das Leben hat für mich keinen rechten Inhalt mehr.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
6. Ich bin mit mir zufrieden und mache mir weniger Gedanken über mich selbst.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
7. Ich sehe Schwierigkeiten gelassener entgegen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
8. Ich bin innerlich ruhiger geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
9. Alle Dinge haben jetzt Bedeutung und Leben für mich.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
10. Ich habe weniger Ausdauer und gebe schneller auf.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
11. Ich bin heiterer geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
12. Meine Stimmungen schwanken jetzt stärker als früher.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
13. Ich fühle mich unabhängiger von anderen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
14. Ich leide nicht mehr unter meiner Unsicherheit.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
15. Im Umgang mit anderen Menschen bin ich ruhiger geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
16. Ich fühle mich weniger beunruhigt , wenn ich an die Zukunft denke.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
17. Diese quälende Ungewissheit ist stärker geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
18. Unerwartete Ereignisse nehme ich gelassener hin.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
19. Ich fühle mich stärker isoliert als früher.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

20. Ich weiß jetzt manchmal nicht mehr, wie es weitergehen soll.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
21. Ich kann es noch nicht verstehen, aber es geht mir seit einiger Zeit besser.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
22. Ich kann jetzt freier sprechen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
23. Ich habe weniger Selbstvertrauen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
24. Irgendwie sehe ich wieder mehr Sinn in meinem Leben.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
25. Ich fühle mich freier.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
26. Mit Personen des anderen Geschlechts kann ich schlechter Kontakt aufnehmen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
27. Meine Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen haben zugenommen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
28. Ich bin häufiger niedergestimmt.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
29. Ich fühle mich meinen Aufgaben nicht mehr gewachsen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
30. Ich bin entspannter.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
31. Ich fühle mich ruhiger und ausgeglichener.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
32. Ich habe ein klareres Bild von mir und meiner Zukunft.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
33. Irgendwie bin ich froh und sehe die Dinge optimistischer.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
34. Ich glaube, dass ich jetzt eher weiß, was für mich wichtig ist.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
35. Ich kann mich jetzt mit meinen Problemen besser abfinden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
36. Im Gespräch mit anderen fühle ich mich nicht mehr so unsicher.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
37. Ich komme mit mir selbst schlechter aus.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
38. Ich kann das Ungemach des alltäglichen Lebens besser ertragen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
39. Ich habe keine Angst mehr, in einer Sache zu versagen , die mir gelingen soll.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
40. Es macht mich nicht mehr so unsicher , wenn sich ein anderer mir gegenüber selbstbewusst gibt.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
41. Ich liege nicht mehr im Kriegszustand mit mir selbst.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
42. Ich habe immer größere Schwierigkeiten, mich mit anderen Menschen zu unterhalten	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

Sonstiges/Anmerkungen zur Testung:

Uhrzeit Ende Testung:.....

.....

Experteninterview mit Dr. Hackmack-Eder

- *Wie sind Sie in Kontakt mit der Logotherapie und Existenzanalyse gekommen?*

„In Kontakt mit der Logotherapie bin ich in den 1970er Jahren, am Anfang meiner Studienzeit in Wien gekommen. Mein Onkel war ein Fan von Frankl und hatte viele Bücher von ihm. Diese habe ich zu lesen begonnen und war davon sehr beeindruckt. 2003 begann ich dann aus Lust und Laune erneut mit dem Frankl Studium. In einer 2-jährigen Ausbildung bei Mag. Schlick wurde dieses vertieft. Auch Uwe Böschmeyer hat mich über einige Jahre in der Logotherapie und Existenzanalyse unterrichtet. In der Therapie hat mich die Idee der Sinnzentrierung herausgefordert und ich habe diese Sichtweise bislang nie bereut. Um die Eintragung als Psychotherapeutin für Logotherapie und Existenzanalyse habe ich mich unter anderem deswegen bemüht, weil diese Therapieausrichtung viel therapeutischen Spielraum offen lässt. Es ist eine angewandte Anthropologie.“

- *Wie sind Sie in Kontakt mit der Methode der Imagination gekommen?*

„Ich selbst träumte und träume immer schon sehr intensiv und viel. Die Bedeutung der Träume in den Schriften von Freud und Jung brachten mich auf die Idee, dass es eine Verbindung zum Bewusstsein geben muss. Träume sind vorbewusste, einmal gewesene Bewusstseinsinhalte. Allerdings war ich der Meinung, dass die Deutung der eigenen Träume durch andere nicht authentisch sein kann. Ich habe auch die Erfahrung gemacht, dass „Fehldeutungen“ viel innere Unruhe erzeugen können. Deswegen habe ich mich gegen eine Ausbildung in Hypnotherapie, oder in der klassischen Jung'schen Traumdeutung entschieden. Dann lernte ich Uwe Böschmeyer in einem Seminar in Salzburg anlässlich des 100. Geburtstages von Viktor Frankl kennen. Als Böschmeyer nach Salzburg kam, lernte ich seine Imaginationmodelle kennen und in einer jahrelangen Selbsterfahrung schätzen. Ab ungefähr 2007 begann ich als Ärztin Imaginationen mit PatientInnen auszuführen. Ich war von Anfang an fasziniert von den dadurch erzielbaren schnellen, positiven Therapieergebnissen. Vor etwa 3 Jahren traf ich dann wieder auf Mag. Schlick, erzählte ihm von meinen Erfahrungen und gewann ihn für die „Imaginative Logotherapie und Existenzanalyse“. Überschlagmäßig habe ich bis heute zumindest 300 Stunden Imaginationserfahrung mit KlientInnen.“

– *Wie wird die Imagination eingeleitet, durchgeführt, beendet?*

„Am Beginn der Imagination steht eine durch den/die TherapeutIn eingeleitete Entspannungsphase. Der/die KlientIn wird gebeten die Augen zu schließen und langsam zur Ruhe zu kommen. Anschließend wird er/sie dazu angeleitet, sich auf aktuelle Gefühle oder Gedanken bzw. zuvor besprochene Inhalte einzulassen und daraus vor dem inneren Auge, ohne Einschränkungen, Bilder entstehen zu lassen.

Im Anschluss wird der/die KlientIn dazu ermutigt die entstandenen Bilder wahrzunehmen, wobei eine sofortige Interpretation oder Reflexion vermieden werden sollte. Zunächst soll das entstandene Bild dem/der TherapeutIn sprachlich dargestellt werden. Unterstützt wird dieser Prozess durch Fragen des/der TherapeutIn. Die Fragen beziehen sich dabei auf Standortfragen, Empfindungen der Umgebung, des Blickfelds, der Bildqualität, emotionaler und körperlicher Empfindungen, sowie Aktivitäts- und Handlungsimpulse. Anschließend können innerhalb des Bildes Interventionen und Handlungen gesetzt werden, wie beispielsweise das Umdrehen zu gewissen Bildern. Der/die TherapeutIn achtet dabei jedoch immer auf die Handlungs- und Aktivitätsimpulse des/der KlientIn und leitet den/die KlientIn dazu an, diesen zu folgen. Es wird versucht auf konkrete Anweisungen seitens des/der Therapeutin zu verzichten und den/die KlientIn als aktiv Handelnden bestimmten zu lassen.

Für die Beendigung der Imagination existieren drei unterschiedliche Möglichkeiten: 1.) auf Wunsch des/der KlientIn 2.) durch positiven Abschluss 3.) bei Vorhandensein eines inneren Widerstandes durch den/die TherapeutIn. Anschließend kommt es zu einer Nachbesprechung der Imagination, wobei jedoch auf Interpretationen seitens des/der Therapeutin verzichtet wird. Eventuell wird der/die KlientIn dazu aufgefordert, die Bilder im Alltag wiederzuerleben bzw. positive Erfahrungen in den Alltag mitzunehmen. Besonders wichtig in der Imagination sind die inneren Begleiter, welche in den Bildern auftauchen. Dabei handelt es sich um innere Hilfsfiguren, die KlientInnen positive Gefühle vermitteln, sowie diese bei der Konfrontation mit unangenehmen mentalen Bildern unterstützen können.“

- *Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten hat die IMLT & EA mit anderen psychotherapeutischen Schulen?*

„In ihrer methodischen Durchführung orientiert sich die IMLT & EA an der aktiven Imagination von C. G. Jung. Sie verwendet keine Motivvorgaben, wie andere imaginative Verfahren.“

- *Wie kann die Methode der Imagination in der IMLT & EA wirksam sein?*

„Die Imagination kann in der IMLT & EA dadurch wirksam sein, dass sich in den mentalen Bildern traumatische, prägende Kindheitserlebnisse oder schmerzhaft erlebte Erlebnisse zeigen. Diese mentalen Bilder werden emotional und körperlich erlebt, sowie kognitiv begriffen. Allerdings können die Bilder von den KlientInnen auch aktiv verändert werden. Die KlientInnen sind in den Bildern handlungs- und entscheidungsfähig und bekommen Zugang zu vorhandenen Möglichkeiten, welche auch ausprobiert werden können. In Bezug auf Traumata ergibt sich durch die mentalen Bilder auch der Blick auf all jene Aspekte, die zum Zeitpunkt der Traumatisierung lebenserhaltend wirkten und das Trauma überlebbar machten.

In den mentalen Bildern zeigen sich oftmals innere Begleiter in einer Gestaltform. Dabei handelt es sich um Symbolgestalten, welche persönliche Wahrheiten, Werte und Normen darstellen. Sie stehen zum Beispiel für all das, was Mut, Verantwortung, Liebe, Lebensbejahung ausmacht. Sozusagen als Konzentrat all unserer Lebenserfahrungen zu einem dieser Themen. Durch die Imagination kann zu diesen Gestalten Kontakt aufgenommen und Klarheit über diese gewonnen werden. Sie können KlientInnen bei der Konfrontation mit schmerzhaften Inhalten unterstützen oder im Alltag unterstützend begleiten.“

Curriculum Vitae

Persönliche Daten:

Name	Sophie Lindermann
E-Mail	s_lindermann@hotmail.com
Geburtsdatum	15.12.1989
Staatsbürgerschaft	Österreich

Ausbildung:

2009-2016	Bachelor und Master of Science in Psychologie, Schwerpunkt „Gesundheit, Entwicklung und Förderung“ Universität Wien, Liebiggasse 5, 1010 Wien
2009-2004	Bundeshandelsakademie Bankmannring 1, 2100 Korneuburg
2004-1999	Wirtschafts- und Realgymnasium Kleine Sperlgasse 2c, 1020 Wien
1999-1995	Volksschule Wolfgang Schmelzlgasse, 1020 Wien

Berufliche Erfahrung:

Apr. – Juli 2016	FHWien der WKW, Institut für Kommunikation, Marketing & Sales Praktikum Psychologie, Ausmaß 240h
Sept. – Jan. 2016	SMZ-Ost – PflEGEwohnhAus Donaustadt, Zentrum für Lungenerkrankungen, Langzeitbeatmung, sowie Wachkomabetreuung Praktikum Psychologie, Ausmaß 205h
April – Juli 2015	BBRZ, Zentrum für seelische Gesundheit LEOpoldau Praktikum Psychologie, Ausmaß 240h

Sonstige Kenntnisse:

EDV	Maschinenschreiben 10-Finger-System, MS Office, SPSS
Sprachen	Deutsch – Muttersprache Englisch – Ausgezeichnet Spanisch – Schulkenntnisse