



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Der Einfluss der Imaginativen Logotherapie und
Existenzanalyse auf Depression, Angst und PTBS“

verfasst von / submitted by

Lukas Gregor, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2019 / Vienna 2019

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

Danksagung

Zu allererst möchte ich mich für die Möglichkeit bedanken in dieses interessante und vielseitige Projekt eingebunden worden zu sein. Es war mir ein großes Anliegen meine Abschlussarbeit in einem Umfeld zu schreiben, das nicht nur meine persönlichen und fachspezifischen Interessen widerspiegelt, sondern auch meine über das Studium hinweg erworbenen Fähigkeiten fordert und fördert. Dies konnte alles in diesem Forschungsprojekt verwirklicht werden und entstehen. Dafür danke ich der Universität Wien, speziell der Fakultät für Psychologie, die diese Art von externen Projekten unterstützt und fördert. Ganz speziell möchte ich hierbei Prof. Dr. Lueger – Schuster danken. Erstmals als Projektinitiatorin, die in Kooperation mit dem Sinnzentrum die Grundlagen für das studentische Mitwirken und die Basis für dieses Vorhaben gelegt hat. Noch größer fällt mein Dank allerdings an Ihre Rolle als Betreuerin aus. Ihre fachliche Kompetenz und ihr Erfahrungsschatz haben diesem Unterfangen qualitativ hochwertige und sehr professionelle Rahmenbedingungen gewährleistet. Neben ihrer regulären Betreuung ist sie uns durch sehr viel privates Engagement bei Unsicherheiten, ungelösten Fragen und langen Reisetagen beigestanden. Außerordentlich möchte ich mich auch nochmals für ihre große Geduld und die wundervolle Unterstützung bedanken, die sie mir trotz großer Verzögerung durch private Hindernisse (beruflich und gesundheitlich) bis zum Abschluss meiner Arbeit entgegenbringen konnte. Vielen Dank dafür!

Ein großes Dankeschön geht auch an das Sinnzentrum Salzburg. Ich habe es als etwas sehr Außergewöhnliches empfunden, so nahe und konkrete Einblicke in die Arbeit eines Institutes und allen damit in Verbindung stehenden Ebenen zu bekommen. Weiters wurde ein sehr professioneller und wertschätzender Umgang gepflegt, der dieses Projekt stark bereichert und geprägt hat. Vielen Dank Herr Mag. Schlick für die lehrreichen und interessanten Vorträge, Inhalte und Gespräche zum Thema Logotherapie und Existenzanalyse und ihre Bereitschaft dieses Projekt zu verwirklichen.

Ganz, ganz herzlich möchte ich mich auch bei Frau Dr. Hackmack-Eder bedanken. Ihre herausragenden fachlichen Fähigkeiten als Ärztin und Psychotherapeutin waren nicht nur ganz wichtige Teile des Fundamentes des gesamten Projektes, sondern gaben mir auch viele Einblicke in den Tätigkeitsbereich und Möglichkeiten zu lernen. Weiters war Ihr Engagement für das Projekt grenzenlos und immer auf das Wohl des Ganzen und der KlientInnen ausgerichtet. Ganz besonders möchte ich mich auch für die persönliche Anteilnahme, die Gespräche und den Beistand bis zu meinem Abschluss bedanken. Sie haben sehr viel Herz und Liebe in dieses Forschungsprojekt gebracht und dafür bin ich Ihnen sehr, sehr dankbar!

Vielen Dank auch an meine Freunde, speziell Dr. Ewald Schwarzbach, Samuel Keiblinger und Ing. Thomas Chwatal, die mich immer unterstützt haben und mir in schweren Zeiten beigestanden sind. Ein großes Dankeschön auch an Sophie Lindermann, MSc und Anais Hollborn, MSc, die mich als Kolleginnen und Freundinnen seit dem Beginn des Studiums begleiten. Ganz tief möchte ich mich auch bei Doris Fazekas, Msc bedanken – Worte werden dem kaum gerecht! Vielen Dank!

Besonders aber möchte ich meiner Familie danken. Meine Mutter Beatrix, meine Schwester Cornelia und meine Großmutter Elisabeth, haben mir die nötige Kraft gegeben diese teilweise sehr schwere Zeit zu meistern und mich immer in meinem Tun bestärkt. Für diesen bedingungslosen Rückhalt und diese ganz besonderen Menschen in meinem Leben bin ich ewig dankbar.

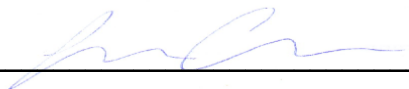
Abschließend möchte ich nochmals allen Beteiligten und Beistehenden trotz der zahlreichen Verschiebungen und Verzögerungen für ihre Geduld und ihre Unterstützung danken!

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die Diplomarbeit 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 07. Mai 2019

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

Der Einfluss der Imaginativen Logotherapie und Existenzanalyse auf Depression, Angst und Posttraumatische Belastungsstörung.....	1
Theoretischer Hintergrund	3
Logotherapie und Existenzanalyse	3
Entstehungsgrundlage	3
Grundlegende Konzepte und Begriffe der Logotherapie	4
Sinn	4
Verantwortung	4
Geistige Person/ Dreidimensionalität.....	4
Werte.....	5
Schöpferische Werte	5
Erlebniswerte	5
Einstellungswerte	6
Existentialität	6
Noodynamik.....	6
Sinnkrise	6
Existentielle Frustration	7
Existentielles Vakuum	7
Effektivitätsstudien der Logotherapie und Existenzanalyse	8
Imaginative Logotherapie und Existenzanalyse.....	8
Imaginationen	8
Psychische Störungen.....	10
Depression.....	10
Behandlungsalternativen.....	11
Pharmakotherapie	11
Psychotherapie	12
Kombinationstherapie	13
Depression im logotherapeutischen Kontext	13
Somatische Dimension (Schwermut).....	13
Psychische Dimension (Schwernehmen)	14
Noetische Dimension (Sinnlosigkeitsleiden).....	14
Angststörung	14
Behandlungsalternativen.....	15
Pharmakotherapie	15
Psychotherapie	16

Angststörung im logotherapeutischen Kontext.....	17
Posttraumatische Belastungsstörung.....	17
Behandlungsalternativen.....	19
Pharmakotherapie.....	19
Psychotherapie	20
PTBS im logotherapeutischen Kontext.....	21
Empirischer Abschnitt	21
Ziel und Forschungsbereich der Masterarbeit.....	21
Fragestellung und Hypothesen	22
Veränderungshypothesen.....	22
Wirksamkeitshypothesen.....	23
Zusammenhangshypothesen.....	23
Methodik.....	23
Forschungsdesign.....	24
Untersuchungsablauf.....	24
Stichprobe.....	24
Demographische Merkmale der Stichprobe.....	25
Erhebungsinstrumente	25
BSI-18 – Brief Symptom Inventory 18.....	25
BDI-II – Beck Depressions-Inventar II.....	26
BAI – Beck Angst Inventar.....	26
PCL-5 – Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5.....	27
ESK – Existenzskala	27
VEV – Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens.....	28
Ergebnisse	28
Grundlagen der Auswertung	28
Veränderungshypothesen	28
Generelle psychische Belastungen.....	28
Depression.....	29
Angst.....	29
Posttraumatische Belastungsstörung.....	30
Existentialität.....	30
Grafische Darstellung der Veränderungen.....	32
Wirksamkeitshypothese	33
Veränderungen des Erlebens und Verhaltens.....	33
Zusammenhangshypothesen.....	33

Psychische Belastung - Existentialität	33
Depression - Existentialität	34
Angst - Existentialität.....	34
Posttraumatische Belastungsstörung - Existentialität.	34
Grafische Darstellung der Zusammenhänge	36
Diskussion.....	37
Generelle psychische Belastung.....	37
Depression.....	37
Angst	38
Posttraumatische Belastungsstörung	39
Sinn und Gesundheit	40
Kritik und Forschungsausblick	41
Literaturverzeichnis	43
Abbildungsverzeichnis.....	55
Abkürzungsverzeichnis.....	55
Anhang.....	56
Abstract (deutsch)	56
Abstract (englisch)	57
Fragebögen.....	58
Experteninterview mit Frau Dr. Hackmack-Eder	68

Der Einfluss der Imaginativen Logotherapie und Existenzanalyse auf Depression, Angst und Posttraumatische Belastungsstörung

In unserer Epoche und Kultur ist die Frage nach dem Sinn im Leben von immer größerer Bedeutung (Auhagen, 2000). Nach Wong (2012) könnte das 21. Jahrhundert zwischen Terror und Finanzkrisen als Zeitalter der Sinnfrage betitelt werden. Studien zeigen, dass Sinn im Leben ein hoch komplexes und wichtiges Konzept darstellt (Auhagen, 2000). Das Vorhandensein von Sinn steht mit einer Reihe von positiven Effekten in Zusammenhang (Schulenberg, Nassif, Hutzell, & Rogina, 2008) und hat unter anderem Einfluss auf die Gesundheit (Czekierda, Banik, Park, & Luszczynska, 2017; Roepke, Jayawickreme, & Riffle, 2014; Van Tongeren, Hill, Krause, Ironson, & Pargament, 2017), das psychische Wohlbefinden (Brassai, Piko, & Steger, 2011; Galek, Flannelly, Ellison, Sifton, & Jankowski, 2015) und die Lebenszufriedenheit (Wilt et al., 2017). Sinn im Leben war und ist immer noch von Interesse in der Psychologie und stellt eine interdisziplinäre Thematik in dieser Wissenschaft dar. Er betrifft einen Forschungsbereich, der kaum so groß ist wie ein anderer und fließt in theoretische, empirische, klinische und therapeutische Fachrichtungen ein. Speziell innerhalb der klinischen Psychologie ist im Sinnkontext die Logotherapie von Viktor Frankl von größter Bedeutung, da ihre therapeutische Methode direkt der Sinnfindung gewidmet ist (Auhagen, 2000). Durch den Einfluss von Sinn auf die Gesundheit und das menschliche Verhalten, bietet die Logotherapie eine Bereicherung für unterschiedliche Fachrichtungen im Gesundheitsbereich. Ein besonderer Vorteil der Logotherapie ist dabei, dass sie mit anderen Ansätzen kombiniert werden kann (Schulenberg et al., 2008).

Dies war auch ein Ansinnen von Viktor Frankl (Lukas, 2002), der als Begründer der Logotherapie gilt (Frankl, 2015; Lukas, 1999). Dieser rückt den Sinn in den Vordergrund der therapeutischen Behandlung und versteht die Logotherapie auch als sinnzentrierte Psychotherapie (Frankl, 2015). Das Grundkonzept der Logotherapie wurde über die Jahre aufgegriffen und weiterentwickelt; unter anderem z.B. die sinnzentrierte Beratung und Therapie (Wong, 2012) oder die sinnzentrierte Familientherapie (Lukas, 2002).

Diese Masterarbeit widmet sich einer dieser Weiterentwicklungen: der Imaginativen Logotherapie (IMLT) und Existenzanalyse (EA). Diese Behandlungsform wurde von Frau Dr. Hackmack-Eder und Mag. Schlick entwickelt und wird von ihr im Sinnzentrum Salzburg und als selbstständige Therapeutin und Ärztin praktiziert. Dabei wird nach logotherapeutischen Ansätzen versucht die KlientInnen bei ihrer Sinnfindung zu unterstützen

und dadurch ihre Fähigkeiten zur Überwindung von Problemen und Krankheiten zu bestärken (Frankl, 2015b). Darüber hinaus wird die logotherapeutische Gesprächstherapie durch die Arbeit mit inneren Bildern (Imaginationen) erweitert.

In Kooperation mit der Fakultät für Psychologie der Universität Wien und dem Sinnzentrum Salzburg wurde unter Leitung und Betreuung von a.O. Univ. Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster ein Forschungsprojekt entwickelt, dass die IMLT & EA an einen klinisch – psychologischen Kontext heranführen und erste Grundlagen für eine Psychotherapieevaluation schaffen soll. Dies wurde im Rahmen von drei Masterarbeiten mit unterschiedlichen Schwerpunkten abgehandelt. Masterarbeit (1) widmet sich den theoretischen Inhalten und zugrunde liegenden Wirkmechanismen (Auer, 2016). Die anderen zwei Masterthesen hatten eine gemeinsam durchgeführte nichtkontrollierte Studie in Form einer Prä – post – Analyse zum Inhalt. Masterarbeit (2) legte hier den Schwerpunkt auf Ressourcenaktivierung (Lindermann, 2016).

Die vorliegende (3) Masterarbeit legt den Fokus auf den Einfluss der IMLT & EA auf psychische Störungen und Beschwerden. Dabei werden die Störungskomplexe Depression, Angst und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) herausgegriffen und abgehandelt. Die Arbeit gliedert sich in eine Einleitung zu dem Theoriekonzept der Logotherapie und Existenzanalyse. Hier werden deren Entstehungsgeschichte und ihre grundlegenden Annahmen erläutert. In weiterer Folge wird ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand und die Behandlungsmöglichkeiten von Depression, Angst und PTBS geboten. Diese Störungen werden auch in einem logotherapeutischen Kontext gesetzt. Anschließend wird ein Einblick in die IMLT & EA gegeben.

In dem empirischen Teil der Arbeit werden das Studiendesign und die Operationalisierung behandelt. Es wird sich den Fragestellungen und Hypothesen gewidmet sowie die Ergebnisse der Studie aufgelistet und diskutiert. Abschließend wird eine kritische Auseinandersetzung mit dem Thema und den Studienergebnissen sowie ein Forschungsausblick geboten.

Theoretischer Hintergrund

Logotherapie und Existenzanalyse

Entstehungsgrundlage. Die Logotherapie und Existenzanalyse wurde von Viktor Frankl begründet (Frankl, 2015; 2015b; Lukas, 1999). In diesem Zusammenhang hat er über 700 Artikel publiziert und über 30 Bücher verfasst, die in mindestens 32 Sprachen übersetzt wurden (Schulenberg et al., 2008). Die Logotherapie und Existenzanalyse werden im Allgemeinen der humanistisch-psychologischen bzw. der existenziell-psychiatrischen Richtung zugeordnet (Frankl, 1991, 2015; Lukas 1999). Neben Sigmund Freuds Psychoanalyse und der Individualpsychologie Alfred Adlers wird die Logotherapie auch als die „Dritte Wiener Schule der Psychotherapie“ bezeichnet (Kurz & Sedlak, 1995). In jungen Jahren stand Frankl in regem Austausch mit Freud und Adler und war sowohl in der Psychoanalyse sowie nach dem Bruch mit Freud, auch in der Individualpsychologie aktiv involviert. Aber auch mit der Individualpsychologie kam es zu Zerwürfnissen (Raskob, 2005). Beide Richtungen empfand Frankl (2015) in vielen Aspekten eingeschränkt und war bestrebt, deren Grenzen aufzubrechen und um einen neuen Richtungsansatz zu erweitern. Er sah die Psychoanalyse auf das Bewusstsein und die Individualpsychologie auf das Verantwortlichsein beschränkt. Frankl (2015) betrachtet aber beide als Grundlage für menschliches Dasein und nur beide gemeinsam ergeben ein ganzheitliches Bild vom Menschen. Frankl (2015) sieht die Ziele der Psychoanalyse in der Kompromissfindung zwischen Ansprüchen des Unbewussten und Anforderungen der Realität. Also die Anpassung der Triebe an die Außenwelt. Das Ziel der Individualpsychologie ist nach Frankl (2015) weiter gegriffen und fordert über die Anpassung hinaus auch die aktive Gestaltung der Wirklichkeit. Aber neben den Kategorien der Anpassung und der Gestaltung braucht es noch eine weitere Kategorie um einem ganzheitlichen Bild, also die leiblich-seelisch-geistige Wirklichkeit, des Menschen ansichtig zu werden. Diese Kategorie ist die Kategorie der Erfüllung. Diese entspricht der individuellen Wertemöglichkeiten, die es im Leben zu verwirklichen gilt. Die Logotherapie erweitert also die Psychotherapie um die Dimension des Geistigen, die hinter den Affekten und den psychogenen Ebenen steht (Frankl, 2015).

Grundlegende Konzepte und Begriffe der Logotherapie.

Sinn. Frankl (2015) versteht die Logotherapie als sinnzentrierte Psychotherapie. Das Wort „logos“ steht im griechischen für „Sinn“ und bildet den Mittelpunkt im theoretischen Konzept von Frankl. Das größte Bedürfnis und die grundlegende Motivation eines Menschen sieht Frankl (2015) in der Sinnfindung. In der Logotherapie werden die KlientInnen mit der Frage nach dem individuellen Sinn ihres Lebens konfrontiert und bei dessen Verwirklichung unterstützt.

Der Sinn ist etwas Subjektives, da er für jeden Menschen etwas anderes darstellt. Er ist aber auch etwas Relatives, da er in Relation zu einer Person und deren Situation steht. Folglich ist Sinn auch etwas Einzigartiges, das nicht gegeben, sondern erfahren, herausgelöst, transsubjektiviert werden muss (Frankl, 2015). Bei diesem Prozess (der Sinnfindung) ist die Logotherapie bestrebt die KlientInnen zu unterstützen. Dabei sollen die aktiven Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten wieder erfahrbar (Frankl, 2015) und durch die Hinwendung zum Sinn, Fähigkeiten zur Überwindung von Problemen und Krankheiten gestärkt werden (Frankl, 2015). Menschliches Sein ist immer auf Sinn ausgerichtetes Sein. Auch wenn der Sinn noch so wenig bewusst ist hat der Mensch nach Frankl (2003) eine Vorahnung um den Sinn. Instinktiv weiß der Mensch also um den Sinn so lange er lebt, auch wenn er ihn nicht wahrnehmen kann (Frankl, 2003). Wenn eine Person den Sinn des eigenen Lebens nicht erkennt und die einzigartigen Möglichkeiten ihres Daseins nicht erschlossen sind, dann ist die nächstliegende Aufgabe zur Sinnhaftigkeit ihres Lebens vorzudringen (Frankl, 2015).

Verantwortung. Doch die Logotherapie sieht den Menschen nicht als denjenigen, der die Sinnfrage ans Leben stellt, sondern er selbst ist der Befragte. Er hat die Fragen, die ihm das Leben stellt zu beantworten. Diese Beantwortung erfolgt in Taten und im Handeln. Diese Beantwortung ist zeitgleich die Verantwortung des eigenen Daseins. Die Logotherapie und Existenzanalyse sieht es als ihre Aufgabe den Menschen ihre Verantwortung gewahr werden zu lassen (Frankl, 2003). Diese Verantwortung liegt in der Verwirklichung von individuellen Aufgaben und Werten. Jeder Mensch hat ein einzigartiges und ihm individuell zugeschriebenes Ziel, zu dem nur ein ihm einmaliger Weg führt. Diesen Weg zu beschreiten, darin liegt seine Verantwortung (Frankl, 2015).

Geistige Person/ Dreidimensionalität. Frankl (1994) sieht neben dem Psychophysikum das Geistige als dritte Dimension des menschlichen Seins. Das Geistige beschreibt er als die eigentliche Dimension des Menschen (sie steht also über der psychischen und physischen Dimension), bildet aber mit dem Psychischen und Physischen die Ganzheit, die den Menschen ausmacht. Die bloße Betrachtung des Psychophysikums als einziger Bestandteil

des Menschen ist für Frankl zu kurz gegriffen. Der Mensch ist für ihn eine leiblich-seelisch-geistige Einheit und Ganzheit. Sie lässt sich nicht teilen, weil sie eine Einheit ist und nicht verbinden, weil sie Ganzheit ist. Den Menschen macht aber nicht das Geistige allein, sondern die Gesamtheit von Geist (noetische Dimension), Leib (physische Dimension) und Seele (psychische Dimension) aus (Frankl, 1994). Der Geist ist nicht reflektierbar und der Selbstbeobachtung nicht zugänglich. Er ist also nicht bewussteinfähig.

Die geistige Person lenkt den psychophysischen Organismus (Frankl, 1994). Nach Frankl (1994) ist der Mensch also immer frei, wie er sich gegenüber der Außenwelt, den sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen, sowie der Innenwelt, seinen psychischen und physischen Bestandteilen, einstellt und verhält. Und dies tut er in jedem Moment seines Lebens neu.

Dasjenige was zu diesen Bereichen (gesellschaftlich, psychisch und physisch) Stellung bezieht, nennt Frankl (1994) das Geistige. Das Geistige ist das Freie im Menschen. Als Person versteht Frankl (1994) den Teil des Menschen, der sich immer frei verhalten kann – egal in welchem Rahmen und zu welcher Begebenheit. Die geistige Person kann also zu allem und zu jeder Zeit Stellung beziehen und sich frei entscheiden.

Werte. Wie oben bereits ausgeführt ist nach Frankl (2015) menschliches Sein auch Verantwortlichsein. Diese Verantwortung hat der Mensch gegenüber der Verwirklichung von Werten und Sinn zu tragen (Frankl, 1994). Werte sind situationsübergreifende Sinnmöglichkeiten (Frankl, 2003). Sie sind Grundlage und Motivation für das Handeln und Verhalten (Frankl, 1991). Die Werteverwirklichung ist individuell verschieden und situationsspezifisch (Frankl, 2005). Nach Frankl (1991) können Werte anhand von drei Kategorien verwirklicht werden: schöpferische Werte, Erlebniswerte und Einstellungswerte. Nach Riemeyer (2002) sind dies die drei Möglichkeiten zur persönlichen Sinnerfüllung.

Schöpferische Werte. Schöpferische Werte werden durch Schaffensprozesse verwirklicht (Frankl, 2005). Es sollen also durch aktives Gestalten im Beruf oder in der Freizeit persönliche Werke erzeugt werden (Riemeyer, 2002). Riemeyer (2002) nennt hierzu mannigfaltige Beispiele wie: Erzeugnisse aus Kunst, Wissenschaft und Technik, aber auch Kinder großziehen, einen Beruf ausüben, eine Familie ernähren oder ein Leben meistern. Im Mittelpunkt steht also nicht die Tätigkeit selbst, sondern die erlebte Erfüllung und Sinnhaftigkeit des Schaffensprozesses und dessen Produkt(e).

Erlebniswerte. Frankl (2005) beschreibt die Erlebniswerte als Hingeben und Aufgehen in Erlebnissen, die durch Sinne erfahrbar sind. Sie stehen für die Aufnahme von Erfahrungen aus der Umwelt (Riemeyer, 2002). Es sind verinnerlichte Sinnbezüge, die von der Außenwelt

aufgenommen werden und das innere Erleben bereichern. Darunter fallen neben anderen das Erlebnis des Schönen, der Wahrheit und im Besonderen der Liebe. So führt die Hingabe z.B. zu Kunst, Natur oder Alltagsgeschehnissen und deren genussvolles Erleben zu wertvollen und sinnhaften Erfahrungen.

Einstellungswerte. Einstellungswerte werden verwirklicht durch die Einstellung eines Menschen zu einem unveränderbaren Schicksal oder Ereignis (Frankl, 2005). Es beschreibt, wie jemand einem Umstand gegenübertritt und zu einem gewissen Geschehnis Position bezieht. Frankl (2005) nennt hier z.B. Würde und Tapferkeit im Untergang und Scheitern. Einstellungswerte sind also trotz bzw. speziell bei Einschränkung oder Wegfallen von schöpferischen Werten oder Erlebniswerten möglich und zählen zu den höchsten erfahrbaren Werten. Selbst wenn also keine Sinnbezüge über Schaffens-, oder Erlebnisprozesse hergestellt werden können, kann anhand der Einstellung zur Situation immer noch Sinn erfahren werden. Selbst wenn äußerliche Umstände nicht verändert werden können, bleibt immer noch die Freiheit, wie dazu Stellung bezogen wird. Um Schicksalsschläge anzunehmen, braucht es auch die Leidensfähigkeit eines Menschen. In diesem Wie steckt die Verwirklichung von Einstellungswerten. Diese Haltung gegenüber einem nicht beeinflussbaren Umstand ermöglicht eine neue Möglichkeit zur Herstellung eines Sinnbezuges (Riemeyer, 2002). Somit ist das menschliche Leben niemals sinnlos, sondern behält die Sinnhaftigkeit bis zum Schluss (Frankl, 2005).

Existentialität. Nach Frankl (2015b) hat der Begriff „existentiell“ drei unterschiedliche Anwendungsmöglichkeiten bzw. Bedeutungen: einerseits kann damit (1) die Existenz selbst gemeint sein, also das spezifische menschliche Sein. Andererseits kann es sich (2) auf den Sinn der Existenz beziehen oder aber (3) auf den Willen einen Sinn in der eigenen Existenz zu finden (Frankl, 2015b). Längle, Orgler und Kundi (2000) beschreiben Existentialität als Fähigkeit einer Person, mit sich selbst und der Umwelt zurechtzukommen und auf innere und äußere Wertangebote eingehen zu können.

Noodynamik. Entgegengesetzt zum Homöostaseprinzip (Der Mensch ist bemüht um Spannungsabbau) geht die Logotherapie davon aus, dass es ein wesentliches Merkmal des menschlichen Daseins ist, im Hintergrund von Sinn und Werten zwischen dem Spannungsfeld von Sein und Sollen zu stehen (= Nodynamik). Die Flucht vor diesem Spannungsgefüge ist demnach eine negative Adaption (Frankl, 2015).

Sinnkrise. Der Wille zum Sinn wird oftmals in dessen Frustration erfahrbar und tritt als erlebte Sinnlosigkeit der eigenen Existenz zu Tage (Frankl, 1971). Riemeyer (2002)

bezeichnet die Auseinandersetzung mit dem eigenen Dasein, das Sinn Forschende, als ein Zeichen geistiger Mündigkeit.

Existentielle Frustration. Der Mensch ist in seinem Leben intentional auf Sinnsuche aus und möchte sinnvolle Inhalte finden und umsetzen (Frankl, 2005). Ist ihm dies nicht möglich und wird sein Wille zum Sinn frustriert, bezeichnet dies Frankl (1993) als existentielle Frustration. Biller und Stiegeler (2008) definieren eine Frustration im Allgemeinen als Gefühl der Benachteiligung oder des Versagens, das aufgrund einer nicht eingetretenen bzw. unerfüllbaren Erwartung entsteht. Sie ist also eine Enttäuschung über die Verwehrung eines intendierten Zieles. Die existentielle Frustration sehen sie in diesem Zusammenhang als Erlebnis einer Enttäuschung über einen unerfüllten Sinnbezug im Leben. Nach Frankl (2005) ist diese ein Umstand des Zweifels am Lebenssinn oder gar das Verzweifeln, ob es diesen überhaupt gibt. Diese äußert sich als ein Gefühl der Ziel- und Inhaltslosigkeit des Daseins. Riedel, Deckert und Noyon (2002) halten jedoch fest, dass auch wenn im aktuellen Moment sinnvolle Möglichkeiten und Werte nicht erkannt werden können, das Bewusstsein über deren allgemeines Vorhandensein im Falle der existentiellen Frustration immer noch gegeben ist. Allerdings stehen die nicht erfahrbaren Sinnbezüge mit einem Einbruch der noodynamischen Spannung in Verbindung, was zu einem Motivationsverlust des Lebensvollzuges führt. Die existentielle Frustration und die Suche nach jenem Sinn und jenen Werten im Leben drücken sich also in Form einer Krise aus. Daraufhin wird die existentielle Frustration von den AutorenInnen (Riedel et al., 2002) auch als Sinnfindungskrise bezeichnet.

Die existentielle Frustration ist aber weder etwas Krankhaftes noch zwingendermaßen etwas Krankmachendes (Frankl, 1993, 1994). Frankl (1993, 1994) beschreibt sie als *fakultativ pathogen*, also als einen Umstand, der zur Krankheit führen kann aber nicht muss. Die Frage nach dem Sinn und dessen Infragestellung ist nämlich etwas zutiefst Menschliches (Frankl, 2003). Dennoch sieht Frankl (2012) in dem erlebten *Sinnlosigkeitsgefühl* ein kulturelles, gesellschaftliches und zeitgeschichtliches Problem, das für dessen Entstehung (mit)verantwortlich ist. Dabei sieht Frankl (2012) den gesellschaftlichen Strukturverlust als Entstehungsgrundlage. Denn weder Instinkte noch Traditionen bilden eine Rahmengrundlage, auf die sich der Mensch heutzutage berufen kann und konfrontieren diesen mit Fragen des Wozu und Warum.

Existentielles Vakuum. Das existentielle Vakuum beschreibt Frankl (2003) als ein Gefühl der abgründigen Sinnlosigkeit, das als innere Leere erlebt wird. Diese innere Leere und Inhaltslosigkeit scheinen für die betroffenen Personen mit nichts ausgefüllt werden zu

können (Frankl, 2012). Riemeyer (2002) und Riedel et al. (2002) sehen im Vergleich zur existentiellen Frustration qualitative Unterschiede in Bezug auf den Schweregrad der Symptomatik und den Folgeerscheinungen. Im existentiellen Vakuum sind Sinn und Werte gänzlich verloren gegangen (Riemeyer, 2002). Riedel et al. (2002) sprechen in diesem Zusammenhang auch von einer Sinnverluststörung. Es kommt zu einem endgültigen Zusammenbruch der noodynamische Spannung und die motivationale Grundlage zur Daseinsgestaltung wird blockiert (Riedel et al., 2002). Dem Gefühl des verlorenen Daseinssinns und Lebensinhaltes steht kein Regulativ oder Bewusstsein von Sinnhaftigkeit mehr gegenüber und hat eine Entwertung des eigenen Lebens zu Folge. Die herabgeminderte Wahrnehmung von Persönlichkeit und Perspektiven zur Lebensgestaltung führt zu einer permanenten Sinn- und Lebensleere, die sich auf immer mehr Lebensbereiche ausweitet. Der Affekt wird depressiv getrübt und es tritt ein Gefühl der Gelähmtheit auf.

Diese entstandene Leere sieht Frankl (1994) als Nährboden für Krankheiten und Störungen. Dabei nennt er (Frankl, 1993, 1994) unterschiedliche Ausdrucksformen und Kompensationsverhalten des existentiellen Vakuums. Diese können manifest (z.B. Depression) oder latent (z.B. Arbeits-, Drogen-, Spielsucht) bleiben. Das existentielle Vakuum ist also im Gegensatz zur existentiellen Frustration eindeutig pathogen bzw. krankheitsbegünstigend und ähnlich einer personennahen Störung (Riedel et al., 2002; Riemeyer 2002).

Effektivitätsstudien der Logotherapie und Existenzanalyse. Seit dem Jahr 1975 wurden mehr als 600 empirische und klinische Studien durchgeführt, die die Effektivität und die Validität der Logotherapie und Existenzanalyse bestätigen (Batthyany, 2006). Dabei konnte vielfach Evidenzen für die theoretischen Annahmen der Logotherapie und insbesondere für deren Anwendungen in unterschiedlichen Bereichen und zu verschiedenen Themen aufgezeigt werden (Thir & Batthyany, 2016). So zeigt sich die Logotherapie u. a. als effektive Behandlungsmethode für Depression (Mohammadi, Fard, & Heidari, 2014) sowie PTBS (Southwick, Gilmartin, McDonough, & Morrissey, 2006) und zur Steigerung des Sinngefühls (Robatmili et al., 2014).

Imaginative Logotherapie und Existenzanalyse

Imaginationen. Die Imaginative Logotherapie (IMLT) und Existenzanalyse (EA) wurde von Herren Mag. Schlick und Frau Dr. Hackmack-Eder entwickelt. Aus dieser gemeinsamen Kollaboration entstand das Sinnzentrum Salzburg an dem diese Therapieform angeboten und praktiziert wird. Diese besteht aus dem Behandlungskonzept der

logotherapeutischen Gesprächstherapie und deren Erweiterung durch die Arbeit mit inneren Bildern (Imaginationen).

Die IMLT und EA hat zum Ziel, Leidensdruck und Symptome zu verringern sowie einen Heilungsprozess einzuleiten und zu unterstützen. Dies soll im logotherapeutischen Kontext durch eine Erhöhung der Leidensfähigkeit, der Ermöglichung zur Sinnfindung und der Auflösung des existenziellen Vakuums bewerkstelligt werden. Auch die Beziehungsentwicklung zu sich selbst bzw. die Förderung von Resilienzen stehen im Vordergrund. Methodische Grundlagen der IMLT und EA sind u.a. die Paradoxe Intention (siehe Angststörungen im Logotherapeutischen Kontext), die Einstellungsmodulation und in weiterer Folge die Wertearbeit (Bewusstwerdung von Werten und deren Verwirklichung). In der imaginativen Arbeit der IMLT und EA orientiert sich die methodische Durchführung an der aktiven Imagination von Carl Gustav Jung. Es werden keine Motive oder Bilder vorgegeben, sondern diese werden vom dem/der KlientIn selbst „entworfen“. In diesen mentalen Bildern können sich prägende, schmerzhaft oder traumatische Ereignisse abbilden. Zu diesen Eindrücken können dann emotionale und körperliche Verbindungen aufgebaut werden, die einen kognitiven Verarbeitungsprozess ermöglichen. Durch die aktive Gestaltung und Veränderung der mentalen Bilder können neue Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten ausprobiert und erlebbar gemacht werden. Mithilfe dieses Prozesses können Ressourcen und protektive Faktoren entdeckt und bestärkt werden. In den Imaginationen sind zumal auch innere Begleiter zugegen, die sich in Form von Symbolgestalten zeigen. Sie verkörpern individuelle Wahrheiten, Werte und Normen und stehen unter anderem für Mut, Verantwortung, Liebe und Lebensbejahung. Durch die Imagination kann Kontakt zu diesen inneren Kraftsymbolen hergestellt werden, die die KlientInnen in den Imaginationen oder auch im Alltag unterstützen.

Im folgenden wird ein kurzer Abriss einer Imagination dargestellt werden:

- Der/die TherapeutIn leitet zu Beginn eine Entspannungsphase ein. Der/die KlientIn wird gebeten die Augen zu schließen. Der Fokus soll auf aktuelle Gefühle, Gedanken oder im Vorfeld besprochene Inhalte gelegt werden. Diese werden als Grundlage genutzt um mentale Bilder entstehen zu lassen.
- Die entstandenen Bilder sollen vorerst nur sprachlich dem/der TherapeutIn mitgeteilt werden; eine Interpretation oder Reflexion wird vorerst versucht zu vermeiden.

- Der/die TherapeutIn unterstützt diesen Prozess und stellt Fragen zum Standort, Empfindungen bezüglich der Umgebung, des Blickfeldes, der Bildqualität, körperliche und emotionale Eindrücke, als auch zu bestehenden Handlungsimpulsen.
- Der nächste Schritt beinhaltet eine aktive Auseinandersetzung des/der KlientIn mit dem mentalen Bild. Dabei stehen die Handlungsimpulse des/der Klientin im Vordergrund und der/die TherapeutIn ist in einer Unterstützungsrolle.
- Danach wird ein Abschluss der Imagination eingeleitet. Sie kann aber auch jederzeit auf Wunsch des/der KlientIn oder aufgrund von Bedenken des/der TherapeutIn abgebrochen werden.
- Zuletzt werden die Erlebnisse und Eindrücke nachbesprochen. Dabei soll jedoch auf eine Interpretation des/der TherapeutIn verzichtet werden.

Psychische Störungen

Depression. Depression gilt als eine der zwei häufigsten psychischen Störungen (Kalsi et al., 2017). Die World Health Organisation (WHO, 2018) führt Depression als den weltweit größten Faktor für Beeinträchtigung an, von dem mehr als 300 Millionen Menschen auf der Welt betroffen sind. Eine depressive Störung äußert sich in affektiven (depressive Stimmung in Form von Gefühlen der Traurigkeit, Leere, Hoffnungslosigkeit und Interessensverlust), kognitiven (schwerfälliges Denken, Konzentrations- und Gedächtnisproblemen) physiologischen (Appetitlosigkeit, Insomnie, Hypersomnie) und motorischen (Motorik verlangsamt, niedriges Aktivitätsniveau) Veränderungen (Wittchen & Hoyer, 2011). Das Ersterkrankungsalter zeigt eine große Spannweite, wobei als Durchschnitt das frühe Erwachsenenalter gilt (Kessler & Bromet, 2013). Die Erkrankung kann unterschiedliche Ausprägungsgrade und Verläufe aufweisen, wobei die Bandbreite von einer kurzen Episode bis zu einer schweren chronischen Erkrankung reicht (Klein & Kotov, 2016).

Charakteristisch ist ein episodischer (Colman & Ataullahjan, 2010) und chronisch, wiederkehrender (Kessler & Bromet, 2013) Verlauf. Eine Längsschnittstudie von Klein und Kotov (2016) befürwortet die Unterscheidung von Depression anhand zweier qualitativ unterschiedlicher Subtypen (Chronische Depression– nicht chronische Depression). Diese grenzen sich durch andersartige Risikofaktoren und Langzeitfolgen ab. Die chronische Versuchsgruppe wurde durch schlechtere Verläufe mit stärkerer depressiver Symptomatik und höherer Rate an Suizidversuchen, psychiatrischen Hospitalisierungen und geringeren Verbesserungen über den Verlauf der Studie hinweg charakterisiert. Ebenso wurde in der als chronisch definierten Versuchsgruppe häufiger die Diagnose einer chronischen Depression

sowie komorbider Angst-, und Persönlichkeitsstörungen gestellt. Des Weiteren wies diese Gruppe auch öfter depressive Störungen im familiären Umfeld als auch mangelhafte Erziehung und sexuellen Missbrauch auf.

Die Lebenszeitprävalenz für eine Depression liegt international zumeist zwischen 8 und 12% (Andrade et al., 2003). In einem Jahr erkrankten in Europa ca. 5% der Bevölkerung an einer depressiven Störung (Paykel, Brugha, & Fryers, 2005). In Österreich sind es nach einer Erhebung von Statistik Austria 5.7% (Gesundheitsbefragung, 2014). Dabei haben Frauen ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko als Männer (Culbertson, 1997; Kessler & Bromet, 2013; Kupfer, Frank, & Phillips, 2012; Paykel et al., 2005). Davon abgesehen, ist das Krankheitsbild für beide Geschlechter gleichartig (Kendler, Gardner, & Prescott, 2006).

Weiters weist Depression eine hohe Komorbidität mit Angststörungen (Andrade et al., 2003) und PTBS (Neria & Bromet, 2000; Oquendo et al., 2005) auf.

Behandlungsalternativen. Die Auswahl der passenden Behandlungsmöglichkeit ist abhängig von der Schwere der Störung, dem Verlauf der Krankheit und der Vorliebe der PatientInnen. In der Behandlung von einer unipolaren depressiven Störung gibt es drei primäre Alternativen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, DGPPN, 2015):

Pharmakotherapie. Die Pharmakotherapie gehört zu den Standardtherapien bei depressiven Symptomatiken (American Psychiatric Association (APA), 2010; Dimidjan et al., 2006; Hougaard, 2010). Bei der Behandlung von Depressionen zeigt sich auch in Österreich eine weite Verbreitung und ein Anstieg in der Verschreibung von Antidepressiva (Hinteregger, Füzi, & Reichardt, 2012). Die Effektivität von Pharmakotherapien bzw. Antidepressiva ist vielfach untersucht und wird durch zahlreiche Studien und Meta-Analysen gestützt (Blais et al., 2013; Kamenov, Twomey, Cabello, Prina, & Ayuso-Mateos, 2017; Leichsenring, Steinert, & Hoyer, 2016). Die medikamentöse Behandlung wird auch bei leicht bis mittelgradig depressiven Symptomatiken empfohlen (APA, 2010). Dennoch zeigen Antidepressiva bei leichteren oder mittleren Beschwerdegraden nur bescheidene Effekte im Vergleich zu Placebovergabe (Hougaard, 2010). Kirsch et al. (2008) halten fest, dass die Wirksamkeit von Antidepressiva vom Schweregrad der depressiven Erkrankung abhängig ist und erst bei einer stark ausgeprägten depressiven Störung klinisch relevante Unterschiede in der Effektivität im Vergleich zu Placebos zeigt. In der Pharmakotherapie gibt es eine Vielzahl an medikamentösen Behandlungsalternativen, die in unterschiedliche Substanzklassen unterteilt werden können. Auf eine vollständige Auflistung soll an dieser Stelle verzichtet werden und davon nur drei herausgegriffen werden: Tri- und Tetrazyklische Antidepressiva

(TZA), Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI) und Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSNRI) (APA, 2010; DGPPN, 2015). Die Wirksamkeit dieser Antidepressiva ist in Studien und Meta-Analysen belegt (Dimidjan et al., 2006; Kamenov et al., 2017; Spielmans, Berman, & Usitalo, 2011).

Psychotherapie. Speziell bei der Bearbeitung von psychosozialen und psychischen Faktoren, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Depression beitragen, zeigt sich Psychotherapie als wirksam (APA, 2010). In der psychotherapeutischen Basisbehandlung von Depression gilt es neben dem Beziehungsaufbau, zu unterstützen und ermutigen sowie durch Psychoedukation Verständnis für Symptome (Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, etc.) und Behandlungskonzepte (Antidepressiva u.a.) zu erarbeiten. Ein weiterer Fokus liegt auf dem Umfeld des/der PatientIn (Arbeit, Familie) um Stressoren abzubauen und Ressourcen, Ziele und Erfolgserlebnisse zu fördern. Als wichtiger Punkt gilt auch das Krisenmanagement im suizidalen Kontext von Depression (DGPPN, 2015). Es gibt zahlreiche Untersuchungen zur psychotherapeutischen Behandlung von Depression. Dabei zeigt sich Psychotherapie als wirksame Behandlungsalternative (Blais et al., 2013; Cuijpers, 2017; Kamenov et al., 2017). Darunter ist die *kognitive Verhaltenstherapie* (KVT), die am besten wissenschaftlich gestützte Therapieform (Driessen et al., 2017). Generell gibt es aber mehrere Psychotherapie- und Interventionsformen, die zur Behandlung von Depression empfohlen werden (APA, 2010). Dabei konnten in Untersuchungen und Meta-Analysen die Effektivität u. a. von der KVT (Honyashiki et al., 2014), der *interpersonellen Psychotherapie* (De Mello, Mari, Bacaltchuk, Verdeli, & Neugebauer, 2005), der *psychodynamischen Psychotherapie* (Driessen et al., 2013) sowie der *Problemlösungstherapie* (Bell & D’Zurilla, 2009) aufgezeigt werden. Dimidjan et al. (2006) heben allerdings in ihrer Studie die Bedeutsamkeit von simplen Behandlungsstrategien wie z.B. Zielsetzung, Selbstbeobachtung, Aktivitätenplanung, Problemlösung und gewertete Aufgabenstellungen in der Behandlung von Depression hervor. Diese Behandlungsstrategie führte in dieser Studie zu mindestens genauso guten Ergebnissen wie eine Psychopharmakotherapie. In der Studie von Blais et al. (2013) und zwei Meta-Analysen (Cuijpers, Van Straten, Andersson, & Van Oppen, 2008; Cuijpers, 2017) konnten allerdings keine Unterschiede in der Effektivität bzw. in der Wirksamkeit zur Behandlung von Depression zwischen den einzelnen Therapierichtungen festgestellt werden. Dafür werden unterschiedliche Begründungen im wissenschaftlichen Diskurs abgeleitet. Wampold und Imel (2015) sehen darin die Bestätigung, dass Effekte auf *unspezifischen Wirkfaktoren* beruhen (z.B.: Therapeutische Allianz) und nicht auf schuleigenen. Cuijpers (2017) sieht aber dafür keine ausreichend gesicherte Datenlage. In einer Untersuchung analysiert Cuijpers

(2016) Studien und Meta-Analysen, die die Effektivität von Psychotherapien miteinander vergleichen. Der Fokus galt dabei der Aussagekraft der einzelnen Studien. Der Autor (Cuijpers, 2016) kam zu dem Schluss, dass die Studien und Meta-Analysen zu wenig fehlende statistische Power besitzen, um klinisch relevante Unterscheidungen feststellen zu können und Effektivitätsstudien daraufhin mit Vorsicht interpretiert werden müssen. In einem Überblick zeigt sich allerdings, dass alle Behandlungsansätze, die menschliche Beteiligung beinhalten, wirksam sind (Cuijpers, 2017). Arnow et al. (2013) heben die therapeutische Beziehung als wichtigen Faktor für einen Veränderungsprozess hervor. In dieser Studie zeigte die Qualität der Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn einen signifikanten Zusammenhang mit der nachfolgenden Veränderung in der depressiven Symptomatik.

Kombinationstherapie. In Meta-Analysen sprechen die Ergebnisse dafür, dass die beste Behandlung für eine depressive Störung eine Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie ist. Im Vergleich zeigt sich diese Strategie signifikant effektiver als eine Behandlung mit Placebo, nur Psychotherapie, nur Pharmakotherapie, als auch die Kombination von Psychotherapie und Placebo (Cuijpers, 2017; Cuijpers, De Witt, Weitz, Andersson, & Huibers, 2015).

Abschließend lässt sich festhalten, dass bei der Behandlung von Depressiven Störungen Psychotherapie und Pharmakotherapie im Vergleich ähnlich effektiv sind (Cuijpers, 2017). Allerdings gibt es Hinweise für eine Überlegenheit von Psychotherapie in Bezug auf Langzeiteffekte (Cuijpers & Gentili, 2017; Leichenring et al., 2016).

Depression im logotherapeutischen Kontext. Nach Lukas (2002) werden Depressionen bzw. Diagnosen nach ICD-10 von F32.0-F32.3 in der Logotherapie als endogene Depressionen bezeichnet. Die Diagnosen F32.8 (sonstige depressive Episoden) und F34.1 (Dysthymie) entsprechen nach Lukas (2002) dem logotherapeutischen Krankheitsbild der noogenen Neurose. Riedel et al. (2002) haben eine differenziertere Einteilung für Depressionen in der Logotherapie vorgenommen. Demnach kann Depression aus existenzanalytischer Sicht aus drei Ebenen entstehen:

Somatische Dimension (Schwermut). Bei Riedel et al. (2002) wird diese Form der Erkrankung als endogene Depression bezeichnet. Anders als bei Lukas (2002) wird hier eine spezifische Art der Depression betitelt, der genetische und biologische Ursachen zugrunde liegen. Es wird auch die Schicksalhaftigkeit der Erkrankung betont. Die Einstellung zur Erkrankung und der Umgang damit werden als eine Weise der Freiheit und Verantwortlichkeit der Person selbst gesehen. Es rückt also die Stellungnahme zu einem unausweichlichen Ereignis in den Mittelpunkt der logotherapeutischen Sichtweise.

Psychische Dimension (Schwernehmen). Depressionen, die aus der psychischen Dimension entstehen werden in der Logotherapie als reaktive Depression bezeichnet. Diese ergibt sich aus einem Verlust bzw. einem Wertverlust (z.B. Tod eines geliebten Menschen). Der reaktiven Depression liegen neurotische Elemente zugrunde, die zu der Fixierung auf einen einzigen Wert beitragen. Bei dem Verlust des Wertes kann es zu einem krankhaften Anhaften als auch zu einer krankhaften Trauerreaktion kommen.

Noetische Dimension (Sinnlosigkeitsleiden). Wenn eine depressive Störung aus der noetischen Dimension kommt, steht ein Sinnlosigkeitsgefühl im Vordergrund. Sie kann also z.B. als Reaktion auf ein existentielles Vakuum entstehen.

Die AutorInnen (Riedel et al., 2002) weisen jedoch drauf hin, dass in der Praxis zumeist Mischformen aus den oben genannten Entstehungsbedingungen bestehen.

Die Logotherapie hat bei der Behandlung von Depression zwei Funktionen:

- 1) Bei einer schweren, körperlich begründeten Depression wird sie als Unterstützung eingesetzt (Einstellungsmodulation zur Krankheit).
- 2) Bei reaktiven und noogenen Depressionen dient sie als primäre Psychotherapie. (Erarbeitung von Sinnmöglichkeiten, Selbstbestimmtheit trotz Krankheit, Aufarbeitung der krankhaften Wertanhaftungen, etc.).

Angststörung. Angststörungen sind die häufigsten psychischen Erkrankungen in der Europäischen Union (Wittchen et al., 2011). Da im Rahmen dieser Arbeit nicht auf alle Angststörungen eingegangen werden kann, wird hier die generalisierte Angststörung (GAD) herausgegriffen. Diese stellt die dritt häufigste Angststörung in der EU dar (Wittchen et al., 2011). Diese charakterisiert sich durch unverhältnismäßig große Sorgen und Ängste. Deren Inhalte beziehen sich auf alltägliche Kontexte. Dies können gesundheitliche, finanzielle, berufliche oder familiäre Sorgen sein bzw. Ängste über zukünftige Ereignisse oder auch kleineren Geschehnissen (z.B. Haushalt) (APA, 2013). Der Gegenstand dieser Befürchtungen kann sich allerdings über den Verlauf der Störungen hinweg ändern. Goodwin, Yiend, und Hirsch (2017) heben hervor, dass es bei Betroffenen von GAD vermutlich zu einer Verschiebung der Aufmerksamkeit hinzu bedrohlichen Informationen kommt und die Erkrankung mit einem negativen Bias in Verbindung steht. In Abgrenzung zur nicht pathologischen Angst werden die Sorgen von den Betroffenen als kaum kontrollierbar wahrgenommen und unterscheiden sich diesbezüglich hinsichtlich der Dauer, Intensität und Häufigkeit. Zusätzlich wird die Störung von körperlichen Symptomen wie z.B. Ruhelosigkeit, Reizbarkeit oder Konzentrationsschwierigkeiten begleitet. In weiterer Folge

kommt es zu Einschränkungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (APA, 2013).

Die 12 -Monatsprävalenz für GAD liegt international zwischen 0.4% und 3.6% (APA, 2013). Ruscio et al. (2017) verweisen auf starke Schwankungen in den Prävalenzraten zwischen den Ländern bzw. im internationalen Vergleich. Ergebnisse aus einer Europäischen Studie aus dem Jahr 2004 (Alonso et al.) zeigten eine 12 -Monatsprävalenz von 1%, wobei De Waure, Poscia, und Pozzi (2014) in neueren Schätzungen von 4 – 6 % für Europa ausgehen. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit für eine GAD ist im mittleren Erwachsenenalter am höchsten (APA, 2013). Der Verlauf ist meist chronisch und wiederkehrend (Ruscio et al., 2017; Weisberg, 2009). Im Vergleich zeigen Frauen ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko für eine GAD wie Männer (APA, 2013; De Waure et al., 2014). Obwohl GAD in der ärztlichen Primärversorgung (z.B. Hausarzt) eine der am häufigsten vorkommenden psychischen Störungen ist, bleibt die Störung sehr oft unerkannt wodurch die Behandlungsrate von Betroffenen sehr niedrig ist (Lieb, Becker, & Altamura, 2005). Dies gilt im Speziellen in Kombination mit anderen psychischen Störungen (Simon, 2009).

Über 80% der Betroffenen von GAD haben eine weitere komorbide Störung (De Waure et al., 2014; Ruscio et al., 2017). Die Häufigsten sind affektive Störungen, allen voran die unipolare depressive Störung (Ruscio et al., 2017). Andere komorbide Störungen sind bipolare Störung, Suchtmittelabhängigkeit, und andere Angststörungen (Simon, 2009).

Behandlungsalternativen. Zur Behandlung einer GAD gibt es unterschiedliche Interventionen, Psychotherapien und Medikamente. Vordergründig soll die Behandlungsplanung auf die Präferenzen und die Umstände des/der KlientIn angepasst werden (Bandelow et al., 2014). Der Goldstandard zur Behandlung von GAD ist Psychotherapie oder Pharmakotherapie bzw. beides in Kombination. Die Behandlungsmöglichkeiten sollen hier kurz dargestellt werden:

Pharmakotherapie. In mehreren Studien konnte die Effektivität von Pharmakotherapie gezeigt werden (Baldwin, Waldman, & Allgulander, 2011; Baldwin, Woods, Lawson, & Taylor, 2011; Davidson, 2009; Farach et al., 2012; Gould, Otto, Pollack, & Yap, 1997). Zur Behandlung für GAD sind mehrere Psychopharmaka geeignet (Baldwin, Waldman, et al., 2011; Baldwin, Woods, et al., 2011). Am effektivsten scheinen SSRIs bzw. SNRIs zu wirken (Baldwin, Woods, et al., 2011). Diese gelten generell für die meisten Angststörungen als erste Wahl bei einer psychopharmakologischen Behandlung (Farach et al., 2012). Die gute Wirksamkeit von SSRIs und SNRIs konnte auch von Baldwin, Waldman et al. (2011) für GAD in einer Durchsicht von randomisierten, doppelblind sowie placebokontrollierten

Studien bestärkt werden und gelten als Goldstandard (Bandelow et al., 2014; Stein & Saaren, 2015). Die schlussendliche Wahl des Medikaments und die Dosierung sollte aber für jede PatientIn individuell angepasst werden. So sollte zum Beispiel bei einer GAD mit komorbider Depression die Behandlung mit Antidepressiva anderen Psychopharmaka vorgezogen werden (Davidson, 2009).

Psychotherapie. Psychotherapie gilt als effektive Behandlungsmethode für GAD (Bolognesi, Baldwin, & Ruini, 2014; Cuijpers et al., 2014). Im Vergleich zu Wartelisten – Kontrollgruppen zeigt sie einen stark positiven Effekt auf Sorgen, Angst und Depression (Cuijpers et al., 2014). Darunter gibt es eine Vielzahl an Interventionsformen die sich als effektiv erweisen wie z.B. KVT und psychodynamische Ansätze. Aber auch neuere Interventionen scheinen vielversprechend. Zu diesen zählen u.a. die Angewandte Relaxation, Achtsamkeitstechniken sowie well-being-therapy (Bolognesi et al., 2014). Als Goldstandard gilt die KVT (Bolognesi et al., 2014; Stein & Saaren, 2015). Deren Effektivität ist in mehreren Meta-Studien festgehalten worden (Covin, Ouimet, Seeds, & Dozois, 2008; Cuijpers et al., 2014; Hanrahan, Field, Jones, & Davey, 2013; Zhu et al., 2014).

KVT geht davon aus, dass Betroffene von GAD das Gefahrenpotential in ihrer Umgebung überschätzen, ihre Bewältigungsfähigkeit unterschätzen und Schwierigkeiten haben mit Ungewissheit umzugehen. Dabei wird während der Therapie versucht durch kognitive Umstrukturierung dysfunktionale Schemata (z.B. „Sorgen machen“) zu erkennen und aufzuheben. Expositionstherapie wird angewandt, um PatientInnen die Veränderbarkeit von ihren Sorgen und Vermeidungsverhalten aufzuzeigen, sowie Entspannungstechniken und *Copingstrategien* zu lernen. KVT hat ein sehr breites Spektrum an Techniken in der Behandlung von GAD, die in unterschiedlicher Zusammenstellung angewandt werden (z.B.: Relaxation, Kognitive Rekonstruktion, Problemlösung, Exposition etc.) (Cuijpers et al., 2014). In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass KVT zu signifikanten Verringerung von pathologischen Sorgen (Covin et al., 2008; Hanrahan et al., 2013) aber auch zur Verbesserung der Lebensqualität (Mitte, 2005) führt. In einer Studie von Heuzenroeder et al. (2004) wurde darüber hinaus KVT in Relation zu den Kosten als die effektivste Interventionsform bei der Behandlung von GAD genannt.

Hinsichtlich der Effektivität konnten keine Unterschiede von Psychotherapie und Pharmakotherapie festgestellt werden (Cuijpers et al., 2014; Mitte, 2005; Gould et al., 1997). Allerdings scheint eine bessere Toleranz gegenüber Psychotherapie im Allgemeinen bzw. KVT im Speziellen zu bestehen (Mitte, 2005). Nach einer Studie von Mchugh, Whitton, Peckham, Welge und Otto (2013) liegt die Präferenz der PatientInnen mehrheitlich bei einer

psychologischen Behandlungsform. Heuzenroeder et al. (2004) listen die KVT im Vergleich zu allen anderen Interventionsformen (Psychopharmaka bzw. andere Psychotherapien) als Kosten-Nutzen effektivste Behandlungsmöglichkeit.

Angststörung im logotherapeutischen Kontext. Angststörungen im ICD-10 unter der Diagnose F41 werden in der Logotherapie als *Angstneurosen* bezeichnet (Lukas, 2002). Angststörungen entstehen und verbleiben aufgrund eines gebildeten *Teufelskreises*. Ein unangenehmes, meist traumatisches Ereignis führt zu einem starken Angstgefühl. Für ähnliche Situationen entsteht die *Erwartungsangst* eines weiteren traumatischen Erlebnisses. Diese negative Erwartungshaltung verunsichert und beschränkt die betroffene Person und führt dazu, dass die angstgefüllte Vorstellung eintritt. Der Teufelskreis ist geschlossen. Die Reaktion ist das *Vermeidungsverhalten* und das Fernbleiben der angstbesetzten Situationen. Dies führt zu einer Ausdehnung und Bestärkung der Ängste (Lukas, 2002).

In der Logotherapie stehen bei der Behandlung von Angststörungen die lerntheoretischen Aspekte im Vordergrund, also die Entwicklung von Vermeidungsverhalten und die Fixierung von Angst. Primär geht es um den Kern der Angst und deren Ergründung, was eigentlich der zentrale Inhalt und Hintergrund der Problematik ist. In weiterer Folge soll der Zirkel aus Erwartungsangst und Symptomatik durchbrochen werden. Hierbei verwendet die Logotherapie u.a. die Technik der *paradoxen Intention*. Dabei soll der Inhalt der Angst in übertriebener, vollkommen überzogener Art und karikierender Weise dargestellt werden. Über die humorvolle Absurdität des Traumas soll Distanz geschaffen und die Erfahrung gemacht werden, dass die (angstbesetzte) Situation und das einhergehende Empfinden beeinfluss- und gestaltbar sind. Wenn die Erwartungsangst abklingt, folgen auch die Symptome und es werden neue, konstruktive Bewältigungsmechanismen erlernt. Durch diesen Prozess der Distanzierung werden der eigenen Handlungsspielraum und die Leistungsfähigkeit wiederaufgebaut. Hiermit wird auch das durch die Angst negativ beeinträchtigte Selbst- und Urvertrauen wieder gestärkt. Weitere Bestandteile der logotherapeutischen Behandlung von Angststörungen, sind neben der *Einstellungsmodulation*, auch das Erlernen von Entspannungstechniken um einer bestehenden vegetativen Labilität entgegenzuwirken (Riedel et al., 2002).

Posttraumatische Belastungsstörung. Die PTBS ist ein klinisches Störungsbild, das durch die Konfrontation mit einem oder mehreren traumatischen Erlebnissen (z.B. Vergewaltigung, Militäreinsatz, Naturkatastrophe, etc.) entstehen kann und länger als 1 Monat fortbesteht. Dieses auslösende Ereignis kann persönlich oder bei anderen Personen (mit)erlebt werden. Die Symptomatik einer PTBS ist vielfältig und kann verschiedene

Ausdrucksformen annehmen. Einerseits können Symptome des Wiedererlebens vorhanden sein, die sich auf das erlebte Trauma beziehen. Dies kann in Form von *Intrusionen* (unwillkürlich, wiederkehrende, belastende Erinnerungen), wiederkehrenden, belastenden Träume oder dissoziativen Reaktionen (z.B. Flashbacks) bestehen. Zur Symptomgruppe des Wiedererlebens gehören auch intensive psychische Belastungen oder körperliche Reaktionen auf innere oder äußere Stimuli, die an das traumatische Erlebnis erinnern. Andererseits kann durch die PTBS auch ein starkes Vermeidungsverhalten hervorgerufen werden, das sich auf Gedanken oder Erinnerungen bzw. auf das Umfeld (Orte, Personen, etc.) bezieht, welche mit dem Trauma in Verbindung stehen oder damit assoziiert werden. Es kann aber auch zu negativen Veränderungen von Kognitionen und der Stimmung kommen. Dazu zählen u.a. Erinnerungslücken in Bezug auf das Trauma, negative Überzeugungen bzgl. sich selbst, anderen oder der Welt im Allgemeinen. Aber auch vermindertes Interesse, ein negativer emotionaler Zustand, das Empfinden der Entfremdung bzw. Abgetrenntheit und die Unfähigkeit positive Gefühle zu erfahren. Letztlich kann auch eine Veränderung des Erregungsniveaus bestehen. Dies steht u. a. mit Reizbarkeit und Wutausbrüchen, selbstzerstörerischem Verhalten, Hypervigilanz, und Schlafstörungen in Verbindung. Diese verschiedenen Symptomgruppen können unterschiedlich stark ausgeprägt bzw. auch nur vereinzelt vorhanden sein. Dadurch zeigt die PTBS ein sehr heterogenes Erscheinungsbild. (APA, 2013)

In Hinblick auf das Alter haben junge Erwachsene im Vergleich zu Kindern, Jugendlichen und älteren Personen das höchste Risiko eine PTBS zu entwickeln (APA, 2013; Lassemo, Sandanger, Nygard, & Sorgaard, 2017). Entgegen dieser deutlich höheren Prävalenzraten für junge Erwachsene zeigt sich das Bild in Deutschland mit einer 2- bis 3-fach höheren Prävalenzrate für PTBS bei den über 60-jährigen (Maercker, Forstmeler, Wagner, Glaesmer, & Brähler, 2008). Die AutorInnen bringen dies mit den Erfahrungen des 2. Weltkrieges und der davon betroffenen Generation in Verbindung. Obwohl Männer häufiger mit traumatischen Erlebnissen konfrontiert werden, haben Frauen ein höheres Risiko nach einem traumatischen Ereignis eine PTBS zu entwickeln (Breslau, 2009; Creamer, Burgess, & McFarlane, 2001; Lassemo et al., 2017). Die Geschlechtsunterschiede in den Prävalenzraten sind vermutlich auf das größere Risiko von Frauen zurückzuführen, von jener Art von Traumata betroffen zu sein, die eine höhere Wahrscheinlichkeit haben eine PTBS hervorzurufen. So ist Vergewaltigung eines der häufigsten Traumata die zu einer PTBS führen. Dabei zeigt sich, dass 12.9% der Frauen eine Erfahrung mit sexueller Belästigung

und/oder Vergewaltigung gemacht haben und im Vergleich nur 3.8% der Männer (Creamer et al., 2001).

Insgesamt entwickelt jedoch nur ein kleiner Teil von den Betroffenen eine PTBS (Breslau, 2009). Die 12-Monatsprävalenz von PTBS in Europa ist 1.1% (Darves-Bornoz et al., 2008). Im internationalen Vergleich (Asien, Afrika, Lateinamerika) zeigen sich ähnliche Schätzungen, einzig in den USA besteht eine weitaus höhere 12-Monatsprävalenz von 3.5% (APA, 2013).

PTBS ist eine stark komorbide Störung. Personen mit einer PTBS haben eine um 80% höhere Wahrscheinlichkeit an einer anderen psychischen Störung zu erkranken (APA, 2013). Angststörungen, Depression und Substanzmissbrauch sind eine der häufigsten komorbiden Erkrankungen einer PTBS (Creamer et al., 2001).

Behandlungsalternativen. Zur Behandlung der PTBS wird Psychotherapie als primäre Intervention empfohlen. Pharmakologische Behandlung kann situationsspezifisch bzw. unterstützend zum Einsatz kommen. Von einer alleinigen Intervention mit Psychopharmaka wird aber im Regelfall abgeraten (APA, 2017; Kirkpatrick & Heller, 2014; National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2005). Um einen genaueren Einblick geben zu können werden die zwei Behandlungsmöglichkeiten unten genauer dargestellt:

Pharmakotherapie. Die Psychopharmakotherapie bei PTBS zeigt sich zwar effektiv, jedoch nur in geringem Ausmaß (Hoskins et al., 2015). Bei den Substanzklassen werden SSRI's und SNRI's empfohlen (APA, 2017). Für die geringere Wirksamkeit der pharmakologischen Behandlung wird deren oberflächliche Wirkung als ausschlaggebend gesehen. Demnach scheinen die Symptomatiken durch diese einfach nur gedämpft zu werden. Es wird also anders als in der Psychotherapie (Exposition, traumafokussierte Psychotherapie), nicht die dahinterliegenden neurobiologischen Mechanismen (z.B. konditionierte Angstreaktionen) aufgelöst, sondern nur überdeckt (Lee et al., 2016). Nach Kirkpatrick und Heller (2014) sind Medikamente meist effektiv in der Reduktion von Hypervigilanz und Stimmungsaufhellung. Weniger effektiv zeigen sie sich dafür bei Symptomatiken des Wiedererlebens, Gefühle der Abgetrenntheit bzw. Taubheit sowie bei Vermeidungsverhalten. Die psychopharmakologische Behandlung sollte also nicht als erste Wahl bei PTBS getroffen werden. Sie sollte dann zum Einsatz kommen, wenn der ausdrückliche Wunsch besteht keine (traumafokussierte)- Psychotherapie zu beginnen oder auch wenn die Gefahr einer weiteren Traumatisierung besteht und das Umfeld noch nicht sicher genug bzw. die Person noch nicht stabilisiert genug ist, um eine psychotherapeutische Behandlung zu beginnen. Sie kann auch begleitend zu einer Psychotherapie verordnet

werden, wenn komorbide Störungen (Depression, Hypervigilanz) die Eigenschaft der Person einschränken von der Psychotherapie zu profitieren (NICE, 2005).

Psychotherapie. Es gibt eine Vielzahl an Studien, die die Wirksamkeit von Psychotherapie bei PTBS bestätigen (Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005; Benish, Imel, & Wampold, 2008; Ehrling et al., 2014; Kar, 2011; Sherman, 1998). Im speziellen werden KVT und Intervention mit Expositions- bzw. Trauma-fokussierten Ansätzen am effektivsten bewertet (APA, 2017; Kirkpatrick & Heller, 2014; McGuire, Lee, & Drummond, 2014; NICE, 2005). Letztere gelten aufgrund ihrer Effektivität und der guten theoretischen Fundierung als Goldstandard (Mills & Hulbert-Williams, 2012). Besonders wird die traumafokussierte-KVT in ihrer Effektivität hervorgehoben (Dorsey, Briggs, & Woods, 2011; NICE, 2005; Sachser & Goldbeck, 2017). Diese zeigt auch transdiagnostische Wirksamkeit bei Begleiterscheinungen bzw. bestehenden komorbiden Störungen (z.B. Depression, Angst, Verhaltensproblemen). Dies ist auf die unterschiedlichen Manifestationen von PTBS zurückzuführen, aber auch aufgrund der überschneidenden Techniken (u. a. Psychoedukation, Entspannungstechniken, Skilltrainings zur Affektmodulation, Exposition) der unterschiedlichen KVT-Ansätze, die positive Auswirkungen auf jene Begleiterscheinungen haben. Andere effektive Behandlungsansätze sind *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR), *psychodynamische Therapie*, *brief eclectic psychotherapy* (BEP) und *prolonged exposure therapy* (PE) (APA, 2017; Benish et al., 2008).

Wichtig für eine traumafokussierte Therapie (TFT) oder eine Traumaexposition ist es, den individuellen Stabilisierungsbedarf abzuklären und im Falle als nächsten Schritt einzuleiten. Es gilt eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen und Interventionen zur Affektregulation einzusetzen mit dem Ziel eine emotionale Stabilität herzustellen (Flatten et al., 2011). Darauf aufbauend haben viele (traumafokussierte)-Therapien eine ähnliche Ausrichtung. Es wird versucht einen Sinnbezug zu dem traumatischen Geschehen herzustellen, Fehlwahrnehmungen aufzuheben, durch Exposition eine Neubewertung bzw. Überarbeitung der traumatischen Erinnerungen zu erreichen, als auch die Entwicklung von Coping-Skills zu fördern. Die Konfrontation mit dem Trauma und den damit in Beziehung stehenden Gefühlen bzw. Erinnerungen hat das Ziel verdrängten Inhalte zu integrieren (Flatten et al., 2011). Es wird also versucht ein neues Selbstkonzept zu erarbeiten, weg von der Opferrolle, die mit einer Verfolgung durch das Trauma einhergeht, hin zu einer Perspektive des Überlebens, deren Wahrnehmung und Lebensziele in die Zukunft gerichtet sind (McFarlane, 1994).

Insgesamt scheint die Unterscheidung zwischen den einzelnen Psychotherapieansätzen hinsichtlich ihrer Effektivität in der Behandlung von PTBS jedoch gering (APA, 2017; Bradley et al., 2005; Benish et al., 2008; Levi, Bar-Haim, Kreiss, & Fruchter, 2015). Es gibt jedoch Hinweise für die Vorteile von traumafokussierten gegenüber nicht traumafokussierten Therapieansätzen (Ehring et al., 2014).

PTBS im logotherapeutischen Kontext. Für die PTBS (F43.1) wird in der Logotherapie kein eigenständiger Begriff verwendet. Sie wird einzig als Nicht-verkräftet- oder überwunden-haben vergangener persönlicher Katastrophen bzw. das Nicht-ausgesöhnt-sein damit beschrieben (Lukas, 2002). Eine grundsätzliche Annahme der Logotherapie ist, dass das Leben unter allen Umständen sinnvoll ist. In traumatischen oder extremen Situationen bzw. im Kampf um das Überleben ist der Sinn nicht im Überleben als Selbstzweck zu finden, sondern in einem außerhalb der leidenden Person liegenden Ziel (eine unvollendete, individuell bedeutsame Aufgabe, die Liebe zu einer Person und den Wunsch diese wiederzusehen, etc.). Der Fokus der logotherapeutischen Behandlung bei PTBS liegt also bei der Sinnfindung während des Traumas und während der Verarbeitung des Erlebten. Es wird versucht über eine Einstellungsmodulation neue Sinnbezüge herzustellen und Handlungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Dazu gehören einerseits das Schicksal und das Leiden als individuelle Aufgabe anzunehmen und andererseits den Leidenszustand als persönliche Leistung zu verstehen. Dies wandelt die Opfer-Objekt Position in ein Gestaltende-Subjekt Rolle. Eine weitere therapeutische Strategie die die Logotherapie verfolgt, ist die Dereflexion. Hierbei soll die Aufmerksamkeit des/der PatientIn auf die enthaltenen Werte in seiner Situation und deren Sinnverwirklichungsmöglichkeiten gelenkt werden (Riedel et al., 2002).

Empirischer Abschnitt

Ziel und Forschungsbereich der Masterarbeit

Auf den theoretischen Hintergrund Bezug nehmend, wird hier nochmal das Ziel der Masterarbeit und deren Einordnung in den Forschungsstand ausgeführt.

Der Sinn ist primärer Inhalt der Logotherapie und stellt für Frankl eine wichtige Lebensgrundlage dar. Sinn ist nach logotherapeutischem Verständnis ein Faktor, der mit Gesundheit und Lebenszufriedenheit in Verbindung steht und diese bedingt. Im Gegenzug sieht er die Sinnlosigkeit als Ursache und Auslöser vieler Krankheiten. Auch die psychologische Forschung widmet sich dem Sinn bzw. der Sinnlosigkeit. Dabei wurde

mehrfach der Zusammenhang von Sinn und Gesundheit aufgezeigt bzw. auch dessen negative Auswirkungen, wenn er nicht vorhanden ist.

Die Imaginative Logotherapie und Existenzanalyse greift in ihrer Behandlung genau jene Verbindungen auf und bietet somit eine Schnittstelle zwischen Logotherapie und klinischer Psychologie. Im theoretischen Teil dieser Arbeit wurden die logotherapeutischen Konzepte und die Erweiterung durch die IMLT & EA dargestellt. Im Fokus der Theorie standen die depressive Störung, die GAD und die PTBS. Diese wurden aus einem klinisch-psychologischen und logotherapeutischen Blickwinkel dargestellt.

Ziel dieser Masterarbeit ist es erste empirische Ergebnisse zum Einfluss der IMLT & EA auf psychische Störungen (Depression, Angststörung und PTBS) zu finden. Dies wurde in Form einer Prä-post-Analyse umgesetzt.

Das Anliegen des gesamten Forschungsprojektes war es die IMLT & EA an einen klinisch – psychologischen Kontext heranzuführen und erste Wirksamkeitshinweise dieser neuen Psychotherapie aufzuzeigen.

Zur Umsetzung dieser Vorhaben wurden im nächsten Abschnitt folgende Fragestellungen und Hypothesen formuliert.

Fragestellung und Hypothesen

Veränderungshypothesen.

1. Kommt es bei den KlientInnen durch die Imaginative Logotherapie und Existenzanalyse zu einer signifikanten Veränderung in Bezug auf die generelle psychische Belastung?

H1: Die imaginative Logotherapie und Existenzanalyse führt zu signifikanten Veränderungen in Bezug auf die generelle psychische Belastung der KlientInnen.

2. Kommt es bei den KlientInnen durch die Imaginative Logotherapie und Existenzanalyse zu einer signifikanten Veränderung in Bezug auf Depression?

H1: Die imaginative Logotherapie und Existenzanalyse führt zu signifikanten Veränderungen in Bezug auf die depressive Symptomatik der KlientInnen.

3. Kommt es bei den KlientInnen durch die Imaginative Logotherapie und Existenzanalyse zu einer signifikanten Veränderung in Bezug auf Angststörungen?

H1: Die imaginative Logotherapie und Existenzanalyse führt zu signifikanten Veränderungen in Bezug auf die Angstsymptomatik der KlientInnen.

4. Kommt es bei den KlientInnen durch die Imaginative Logotherapie und Existenzanalyse zu einer signifikanten Veränderung in Bezug auf die PTBS?

H1: Die imaginative Logotherapie und Existenzanalyse führt zu signifikanten Veränderungen in Bezug auf die PTBS – Symptomatik der KlientInnen.

5. Kommt es bei den KlientInnen durch die Imaginative Logotherapie und Existenzanalyse zu einer signifikanten Veränderung in Bezug auf die Existentialität?

H1: Die imaginative Logotherapie und Existenzanalyse führt zu signifikanten Veränderungen in Bezug auf die Existentialität der KlientInnen.

Wirksamkeitshypothesen.

6. Ist die Therapie aus der Sicht der KlientInnen psychotherapeutisch wirksam?

H1: Die imaginative Logotherapie und Existenzanalyse wird von den KlientInnen als psychotherapeutisch wirksam angesehen.

Zusammenhangshypothesen.

7. Stehen die Veränderungen der generellen psychischen Belastung der KlientInnen in Zusammenhang mit der Veränderung ihrer Existentialität?

H1: Die Veränderung der generellen psychischen Belastung der KlientInnen korreliert signifikant mit der Veränderung Existentialität der KlientInnen.

8. Stehen die Veränderungen der depressiven Symptomatik der KlientInnen in Zusammenhang mit der Veränderung ihrer Existentialität?

H1: Die Veränderung der depressiven Symptomatik der KlientInnen korreliert signifikant mit der Veränderung der Existentialität der KlientInnen.

9. Stehen die Veränderungen der Angstsymptomatik der KlientInnen in Zusammenhang mit der Veränderung ihrer Existentialität?

H1: Die Veränderung der Angstsymptomatik der KlientInnen korreliert signifikant mit der Veränderung der Existentialität der Klientinnen.

10. Stehen die Veränderungen der PTBS – Symptomatik der KlientInnen in Zusammenhang mit der Veränderung der Existentialität der KlientInnen?

H1: Die Veränderung der PTBS - Symptomatik der KlientInnen korreliert signifikant mit der Veränderung der Existentialität der KlientInnen.

Methodik

Im folgenden Kapitel wird die praktische Umsetzung der inhaltlichen Fragestellungen näher ausgeführt. Beginnend bei der Darstellung des Untersuchungsdesigns und dem Ablauf der Studie, werden im weiteren Verlauf die Stichprobe und die verwendeten Erhebungsinstrumente näher beschrieben. Die hier vorliegende Masterarbeit hat den Einfluss der IMLT & EA auf psychische Störungen und Beschwerden zum Inhalt. Im weiteren Verlauf werden nur jene Verfahren und Elemente angeführt, die für diese Arbeit auch relevant sind.

Forschungsdesign

Diese Studie entstand durch eine Kollaboration der Fakultät Psychologie der Universität Wien, dem Sinnzentrum Salzburg und Frau Dr. Hackmack-Eder. Ziel dieses Forschungsprojektes war es erste Wirksamkeitsbelege der Imaginativen Logotherapie und Existenzanalyse aufzuzeigen und deren Einfluss auf psychische Störungen und Beschwerden sowie persönliche Ressourcen zu untersuchen. Zur Umsetzung dessen wurde eine nichtkontrollierte Studie mit einer Prä-post-Analyse durchgeführt. Die Rekrutierung der Stichprobe fand über die Kooperationspartner statt, in deren Räumlichkeiten auch die Testungen durchgeführt wurden. Dafür wurde eine eigens zusammengestellte Fragebogenbatterie verwendet. Im folgenden Abschnitt soll nun näher auf diese Elemente der Studie eingegangen werden.

Untersuchungsablauf

Die vorliegende Studie stellt eine Testung zu zwei Erhebungszeitpunkten dar. Die Testungen erfolgten in Österreich im Frühjahr 2015 (Prä-Testung, T0) sowie sechs Monate danach im Herbst desselben Jahres (Post-Testung, T1). Für die Durchführung der Erhebungen wurden die Räumlichkeiten der Kooperationspartner genutzt und fanden einerseits im Institut für Logotherapie und Existenzanalyse in Salzburg und andererseits in der Privatpraxis von Fr. Dr. Hackmack-Eder in Eferding statt.

Die Testungen wurden anhand einer eigens zusammengestellten Fragebogenbatterie in Papier-Bleistiftform im Einzelsetting durchgeführt. Zum ersten Testzeitpunkt stellte sich der/die TestleiterIn bei den jeweiligen KlientInnen vor und klärte sie über die Ziele und Inhalte der Studie auf. In weiterer Folge wurde die Verschwiegenheitsvereinbarung der verantwortlichen Personen dieser Studie erläutert sowie die Einverständniserklärung besprochen und von den KlientInnen unterzeichnet. Dabei wurden die KlientInnen darauf hingewiesen, dass eine Beteiligung an der Studie freiwillig und anonym ist und diese jederzeit, ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden kann.

Im Anschluss an das Anamneseinterview wurde die Fragebogenbatterie von dem/r TestleiterIn laut vorgelesen und die Antworten händisch am Fragebogen vermerkt. Die Antwortmöglichkeiten der unterschiedlichen Verfahren wurden den KlientInnen auf einem gesonderten Blatt als Entscheidungs-, bzw. Orientierungshilfe vorgelegt.

Die durchschnittliche Dauer der Testungen lag bei 80 Minuten pro TestteilnehmerIn.

Stichprobe

Die Rekrutierung der Stichprobe erfolge über das Sinnzentrum Salzburg bzw. über Fr. Dr. Hackmack-Eder. Die KlientInnen stammten aus den Bundesländern Salzburg und

Oberösterreich. Zur Prä-Testung (T0) wurden 25 Personen getestet. Zum zweiten Testzeitpunkt (T1) verblieben 23 Personen zu Testung. Insgesamt ergab sich somit eine Stichprobe von 23 Personen ($n=23$). Diese waren alle zu T0 erstmalig in psychotherapeutischer Behandlung bei Fr. Dr. Hackmack-Eder. Die Teilnahme der KlientInnen erfolgte freiwillig und wurde mit einem reduzierten Kostenbeitrag der Psychotherapiestunden während der Studiendauer vergolten.

Demographische Merkmale der Stichprobe. Das Durchschnittsalter der Stichprobe betrug 42 Jahre ($SD = 12.36$). Dabei waren zum Testzeitpunkt die jüngste Person 18 Jahre und die älteste 59 Jahre alt. Von der Gesamtstichprobe ($N = 23$) waren 20 Personen (87%) weiblich und 3 Personen (13%) männlich. Der Familienstand der KlientInnen war mit 14 Personen zum größten Teil ledig (60.9%), wobei die restlichen 9 Personen (39.1%) in einer Beziehung lebten bzw. verheiratet waren. Insgesamt hatten 12 der 23 KlientInnen (52.2%) Kinder. Die Mehrheit der Stichprobe, nämlich 16 Personen (69.6%), war berufstätig. Von den restlichen sieben Personen waren zwei KlientInnen (8.7%) in Ausbildung, zwei KlientInnen (8.7%) waren zu dem Zeitpunkt arbeitslos und drei KlientInnen (13%) waren bereits in Pension. Die Wohnorte der KlientInnen waren mit 11 Personen (47.8%) in Salzburg und 12 Personen in Oberösterreich (52.2%) annähernd gleich verteilt.

Erhebungsinstrumente

Zu beiden Erhebungszeitpunkten wurde eine eigens zusammengestellte Fragebogenbatterie vorgelegt, die aus einem Anamneseinterview, klinisch-psychologischen, sowie einem logotherapeutischen und einem Psychotherapie-Evaluations Fragebogen besteht (siehe Anhang). Folgend werden nun die verwendeten Fragebögen in ihrer zur Testung vorgegebenen Reihenfolge genauer ausgeführt.

BSI-18 – Brief Symptom Inventory 18. Das Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) von Derogatis stellt die Kurzform des Brief Symptom Inventory (dt. Fassung Franke, 2000) dar (Franke et al., 2010). Der BSI-18 ist ein Selbstbeurteilungsverfahren mit insgesamt 18 Items. Anhand von drei Subskalen zu je sechs Items werden die Beschwerden von Somatisierung, Depressivität und Ängstlichkeit abgebildet. Neben diesen Subskalen ist auch ein Gesamtwert (Global-Severity-Index; GSI) enthalten und steht für ein Maß der generellen psychischen Belastung. Zur Beantwortung des Fragebogens stehen fünf Antwortalternativen von 0 (*überhaupt nicht*) bis 4 (*sehr stark*) zur Verfügung. Dabei wird eine Bearbeitungszeit von vier Minuten angegeben (Derogatis, 2000 nach Spitzer et al., 2011). Die Verrechnung erfolgt anhand der Summierung der einzelnen Items. Daraus werden die Subskalen und der Gesamtkennwert errechnet, welcher Aufschluss über den Schweregrad der Symptome gibt.

Die deutsche Version des BSI-18 zeigt für alle Skalen eine mittlere bis hohe interne Konsistenz mit einem Cronbach's α zwischen .63 und .93. Weiters konnte eine zufriedenstellende Trennschärfe ($\text{rit} \geq .40$) der Items aufgezeigt werden und das Testverfahren wies auch eine ausreichend gute Kriteriums- und Übereinstimmungsvalidität. Aufgrund dieser guten Kennwerte und der ökonomischen Anwendbarkeit findet der BSI-18 internationale Verbreitung (Spitzer et al. 2011).

BDI-II – Beck Depressions-Inventar II. Das Beck Depressions-Inventar II (BDI II) in deutscher Überarbeitung (Hautzinger, Keller, & Kühner, 2006) ist ein Fragebogen, der anhand von subjektiver Einschätzung den Schweregrad depressiver Symptomatiken abbildet. Insgesamt gibt es 21 Items, die durch ausformulierte Aussagen dargestellt werden. Diese sind nach der Schwere der beschriebenen Beschwerden in eine vierstufige Antwortskala (0 – 3) unterteilt. Das Konstrukt des Fragebogens orientiert sich an den Kriterien des DSM-IV und demnach beinhalten die Items diagnoserelevante Kriterien wie z.B. depressive Verstimmung, Wertlosigkeit/Schuldgefühle, Suizidalität und Schlafstörungen. Die befragte Person soll angeben inwieweit die beschriebenen Beschwerden in den letzten zwei Wochen vorhanden waren. Die Berechnung eines Gesamtwertes erfolgt durch die Addition der vergebenen Punkte pro Item (0 – 3). Der Gesamtwert teilt sich in vier Kategorien, die verschiedene Schweregrade der depressiven Belastung darstellen (*keine oder minimale Depression, leichte Depression, mittelschwere Depression* und *schwere Depression*) (Hautzinger et al., 2006).

Die internationale Version des BDI-II zeigt eine hohe interne Konsistenz mit einem Cronbach's α zwischen .89 und .94. Mit einer Korrelation von $r = .68$ bis $r = .89$ zu ähnlichen Testverfahren, ist auch die Validität des Tests angemessen (Hautzinger et al., 2006). Für die deutsche Version des BDI-II zeigen sich ähnlich psychometrische Kennwerte wie für die Originalversion, wobei die interne Konsistenz bei $\alpha \geq .84$ und die Validität bei $r \geq .65$. Somit konnte auch für die deutsche Fassung eine gute Reliabilität und Validität aufgezeigt werden (Kühner, Bürger, Keller, & Hautzinger, 2007).

BAI – Beck Angst Inventar. Das Beck Angst Inventar (BAI) wurde von Aaron T. Beck im Jahre 1988 entwickelt und von Margraf und Ehlers (2007) ins Deutsche übersetzt. Der BAI ist ein Selbstbeurteilungsverfahren für Jugendliche und Erwachsene zur Erfassung von klinischer Angst und deren erlebter Intensität. Der Fragebogen umfasst 21 Items, die durch einzelne Symptombeschwerden repräsentiert sind (z.B. Herzklopfen, Furchtsamkeit, Atembeschwerden). Insgesamt werden physiologische Symptome als auch kognitive Aspekte von Angst erhoben. Die Schwere der Symptome innerhalb der letzten Woche wird anhand einer vierstufigen Likertskala bewertet, bei der Werte von 0 (*überhaupt nicht*) bis 3 (*stark*,

ich kann es kaum aushalten) angegeben werden können. Die vergebenen Punkte für jedes Item (0 – 3) werden addiert und bilden den BAI-Summenwert. Dieser ist eine Kennzahl für die subjektiv empfundene Angst und reicht von minimaler Angst (0 – 7 Punkte) bis zu klinisch relevanter Angst (26 – 63 Punkte). Die Bearbeitungszeit wird mit fünf bis 10 Minuten angegeben. (Margraf & Ehlers, 2007)

Hinsichtlich der Gütekriterien der deutschen Fassung des BAI zeigt sich eine hohe interne Konsistenz mit einem Cronbach's α zwischen .85 und .90. Die Validität ist mit $r = .53$ ausreichend. Somit ist der BAI ein ökonomisches Testverfahren um klinische Angst bei Personen ab 17 Jahren zu erfassen (Prinz & Petermann, 2009).

PCL-5 – Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5. Die Posttraumatic stress disorder checklist (PCL-5) für den DSM-5 wurde von Belvins, Weathers, Davis, Witte und Domino (2015) entwickelt. Die PCL-5 ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der zur Symptomerfassung einer PTBS eingesetzt wird. Dabei wird nach den Beschwerden im letzten Monat gefragt. Das Verfahren beinhaltet 20 Items, die nach den PTBS Diagnosekriterien des DSM-5 konzipiert wurden. So stehen mehrere Items für ein Diagnosekriterium des DSM-5 (z.B. Kriterium D Negative Veränderung von Kognitionen wird durch die Items 8-14 erfragt). Die Antwortskala ist in fünf Abstufungen von 0 (*überhaupt nicht*) bis 4 (*sehr stark*) unterteilt. Die vergebenen Punkte pro Item werden addiert und geben so Aufschluss über die Schwere der PTBS-Symptomatik. Dies kann für die gesamte Störung oder für einzelne Teilbereiche errechnet werden (Belvins et al., 2015).

Die deutsche Version der PCL-5 zeigt eine hohe interne Konsistenz von $\alpha = .95$. Auch die Retest-Reliabilität ($r = .91$) und die Übereinstimmungsvalidität ($r = .77$) waren sehr zufriedenstellend. Diese psychometrischen Kennwerte sprechen für die Zuverlässigkeit und Genauigkeit der PCL-5 in deutscher Fassung zur Erhebung von Symptomen einer PTBS (Krüger-Gottschalk et al., 2017).

ESK – Existenzskala. Die Existenzskala (ESK) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen der von Längle, Orgler, und Kundi (2000) entwickelt wurde. Mithilfe dessen soll die Existentialität einer Person erhoben werden. Der Gesamtwert spiegelt also das Ausmaß wieder, inwieweit eine Person ihr Leben als sinnvoll und erfüllt beurteilt. Er ist also ein Kennwert für gelebte Sinnhaftigkeit.

Die Skala besteht aus 46 Items mit jeweils sechs Antwortmöglichkeiten (1= *stimmt* bis 6= *stimmt nicht*). Übergeordnet liegen diesen Items vier Subskalen (Selbst –Distanzierung, Selbst – Transzendenz, Freiheit und Verantwortlichkeit) zugrunde. Aus den Subskalen Selbst-Distanzierung und Selbst-Transzendenz wird die Kategorie Persönlichkeit ermittelt. Die

Subskalen Freiheit und Verantwortlichkeit bilden die zweite Kategorie Existentialität. Aus diesen zwei Kategorien wird schlussendlich der Gesamtwert errechnet. Die Verrechnung erfolgt über die Addierung der vergebenen Punkte pro Item (1 bis 6 Punkte). Damit werden die Summen für die Subskalen, die zwei Kategorien und den Gesamtwert erstellt.

Die Interne Konsistenz für die Subskalen und die des Gesamtwertes werden mit einem Cronbach α von .70 bis .93 sowie die Retest-Reliabilität mit einem r von .75 bis .88 angegeben und sind als zufriedenstellend einzustufen (Längle et al., 2000).

VEV – Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens. Der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) wurde von Zielke und Kopf-Mehnert (1978) entwickelt. Der VEV ist ein Selbstbeurteilungsverfahren mit 42 Items und bildet die subjektiv erlebte Veränderung des Erlebens und Verhaltens während eines Therapieverlaufs ab. Zur Beantwortung der Items gibt es sieben verschiedene Antwortmöglichkeiten (von -3 = *stark negativ* bis +3 = *stark positiv*). Bei der Berechnung werden die Punkte für jedes Item (1 – 7 Punkte) addiert und zu einem Gesamtwert verrechnet.

Bezüglich der Testkennwerte zeigt der VEV eine gute interne Konsistenz (Cronbach's $\alpha = .987$) und eine geringe Retest-Reliabilität ($r = .61$). Die Bearbeitungszeit beträgt im Durchschnitt 10 bis 15 Minuten (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978). Es soll hier noch kurz festgehalten werden, dass in dieser Studie der VEV nur zum zweiten Testzeitpunkt (T1) vorgegeben wurde.

Ergebnisse

Grundlagen der Auswertung

Für die Analyse der Daten und die Berechnung der Ergebnisse wurde das IBM SPSS 23 verwendet. Die Voraussetzungen parametrischer Verfahren wurden mittels Deskriptiver Analysen geprüft. Die Testung der Hypothesen erfolgte zweiseitig mit einem Signifikanz-Niveau von $\alpha = .05$.

Veränderungshypothesen

Generelle psychische Belastungen.

1. *Kommt es bei den KlientInnen durch die Imaginative Logotherapie und Existenzanalyse zu einer signifikanten Veränderung in Bezug auf die generelle psychische Belastung?*

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde ein Mittelwertsvergleich der zwei Testzeitpunkte herangezogen. Da alle Voraussetzungen erfüllt waren wurde ein t-Test für abhängige Stichproben berechnet. Im Durchschnitt zeigte sich bei den KlientInnen zu

Testzeitpunkt T1 ($M = 11.21$, $SD = 7.79$) eine niedrigere generelle psychische Belastung als zu Testzeitpunkt T0 ($M = 20.65$, $SD = 11.03$). Diese Veränderung ist in Abbildung 1 grafisch dargestellt. Die Differenz der Mittelwerte ist signifikant, $t(22) = 4.76$, $p \leq .00$ und entspricht einen starken Effekt, $d = 0.96$. Aufgrund dieser Ergebnisse kann die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden: Die imaginative Logotherapie und Existenzanalyse führt zu signifikanten Veränderungen in Bezug auf die generelle psychische Belastung der KlientInnen.

Depression.

2. Kommt es bei den KlientInnen durch die Imaginative Logotherapie und Existenzanalyse zu einer signifikanten Veränderung in Bezug auf Depression?

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde ein Mittelwertsvergleich der zwei Testzeitpunkte herangezogen. Da alle Voraussetzungen erfüllt waren wurde ein t-Test für abhängige Stichproben berechnet. Im Durchschnitt zeigte sich bei den KlientInnen zu Testzeitpunkt T1 ($M = 12.04$, $SD = 9.79$) eine geringer ausgeprägte depressive Symptomatik als zu Testzeitpunkt T0 ($M = 24.22$, $SD = 7.90$). Diese Veränderung wird in Abbildung 2 hervorgehoben. Die Differenz der Mittelwerte ist signifikant, $t(22) = 6.39$, $p \leq .00$ und entspricht einem starken Effekt, $d = 1.35$. Aufgrund dieser Ergebnisse kann die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden: Die imaginative Logotherapie und Existenzanalyse führt zu signifikanten Veränderungen in Bezug auf die depressive Symptomatik der KlientInnen.

Angst.

3. Kommt es bei den KlientInnen durch die Imaginative Logotherapie und Existenzanalyse zu einer signifikanten Veränderung in Bezug auf Angststörungen?

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde ein Mittelwertsvergleich der zwei Testzeitpunkte herangezogen. Da alle Voraussetzungen erfüllt waren wurde ein t-Test für abhängige Stichproben berechnet. Im Durchschnitt zeigte sich bei den KlientInnen zu Testzeitpunkt T1 ($M = 12.69$, $SD = 8.92$) eine geringere Ausprägung der Angstsymptomatik im Vergleich zu T0 ($M = 18.95$, $SD = 12.27$). Jene Unterschiede in der Symptomausprägung sind in Abbildung 3 festgehalten. Die Differenz der Mittelwerte ist signifikant, $t(22) = 3.39$, $p = .003$ und entspricht einer mittleren Effektstärke, $d = 0.55$. Den Ergebnissen entsprechend kann in Bezug auf die Angstsymptomatik die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden. Die imaginative Logotherapie und Existenzanalyse führt zu signifikanten Veränderungen in Bezug auf die Angstsymptomatik der KlientInnen.

Posttraumatische Belastungsstörung.

4. Kommt es bei den KlientInnen durch die Imaginative Logotherapie und Existenzanalyse zu einer signifikanten Veränderung in Bezug auf die PTBS?

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde ein Mittelwerts-Vergleich der zwei Testzeitpunkte herangezogen. Da alle Voraussetzungen erfüllt waren wurde ein t-Test für abhängige Stichproben berechnet. Im Durchschnitt zeigten die KlientInnen zu Testzeitpunkt T1 ($M = 13.36$, $SD = 12.01$) eine geringere traumatische Belastung als zu T0 ($M = 26.36$, $SD = 15.73$). Diese Belastungsunterschiede sind in Abbildung 4 abgebildet. Die Differenz der Mittelwerte ist signifikant, $t(10) = 2.50$ $p = .03$ und entspricht einer mittleren Effektstärke $d = 0.64$. In Anbetracht der Ergebnisse zu den Veränderungen der PTBS-Symptomaten der KlientInnen wird die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen. Die imaginative Logotherapie und Existenzanalyse führt zu signifikanten Veränderungen in Bezug auf die PTBS – Symptomatik der KlientInnen.

Existentialität.

5. Kommt es bei den KlientInnen durch die Imaginative Logotherapie und Existenzanalyse zu einer signifikanten Veränderung in Bezug auf die Existentialität?

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde ein Mittelwerts-Vergleich der zwei Testzeitpunkte herangezogen. Da alle Voraussetzungen erfüllt waren wurde ein t-Test für abhängige Stichproben berechnet. In Hinblick auf das Gesamtmaß der Existenzskala zeigten die KlientInnen im Durchschnitt zu Testzeitpunkt T1 ($M = 199.30$, $SD = 30.30$) eine höhere Existentialität als zu Testzeitpunkt T0 ($M = 186.48$, $SD = 32.30$). Dieser Anstieg der Existentialität ist auch in Abbildung 5 nochmals grafisch dargestellt. Die Differenz der Mittelwerte ist signifikant, $t(22) = 2.26$, $p = .03$, und entspricht einem mittelstarken Effekt, $d = 0.41$. Den Ergebnissen der Existenzskala-Gesamt entsprechend, kann die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden. Die imaginative Logotherapie und Existenzanalyse führt zu signifikanten Veränderungen in Bezug auf die Existentialität der KlientInnen.

Für eine weiterführende Analyse der Existenzskala werden nun die Ergebnisse der Summenwerte und deren Subskalen näher ausgeführt. Das Gesamtmaß der Existenzskala setzt sich aus den Summenwerten Personalität und Existentialität zusammen. Diese zwei Summenwerte beinhalten jeweils zwei Subskalen. So wird der Summenwert Personalität aus den Subskalen Selbstdistanzierung und Selbst – Transzendenz gebildet. Die Subskalen Freiheit und Verantwortung bilden wiederum den Summenwert Existentialität. Zunächst werden die Ergebnisse der zwei Summenwerte angeführt:

Im Durchschnitt zeigt sich bei den KlientInnen zu Testzeitpunkt T1 ($M = 101.52$, $SD = 11.89$) ein höherer Summenwert der Personalität als zu Testzeitpunkt T0 ($M = 97.65$, $SD = 16.57$). Die Differenz der Mittelwerte ist nicht signifikant, $t(22) = 1.36$, $p = .19$ und weist eine schwache Effektstärke auf, $d = 0.26$.

Im Durchschnitt zeigt sich bei den KlientInnen zu Testzeitpunkt T1 ($M = 97.78$, $SD = 21.05$) ein höherer Summenwert der Existentialität als zu Testzeitpunkt T0 ($M = 88.83$, $SD = 19.47$). Die Differenz der Mittelwerte ist signifikant, $t(22) = 2.67$, $p = .01$ und zeigt eine mittelstarke Effektstärke, $d = 0.44$.

Weiterführend werden hier die Ergebnisse der vier Subskalen dargestellt:

Im Durchschnitt zeigte sich bei den KlientInnen zu Testzeitpunkt T1 ($M = 30.3$, $SD = 3.81$) ein marginal höherer Wert der Subskala Selbstdistanzierung als zu Testzeitpunkt T0 ($M = 31.74$, $SD = 6.90$). Die Differenz der Mittelwerte ist dabei nicht signifikant, $t(22) = 0.36$, $p = .72$ und die Effektstärke als äußerst gering anzugeben, $d = 0.07$.

Im Durchschnitt zeigte sich bei den KlientInnen zu Testzeitpunkt T1 ($M = 70.22$, $SD = 9.54$) ein höherer Wert der Subskala Selbst – Transzendenz als zu Testzeitpunkt T0 ($M = 65.91$, $SD = 11.43$). Die Differenz der Mittelwerte ist signifikant, $t(22) = 2.14$, $p = .04$, und die Effektstärke ist mittelstark, $d = 0.40$.

Im Durchschnitt zeigte sich bei den KlientInnen zu Testzeitpunkt T1 ($M = 46.39$, $SD = 10.44$) ein höherer Wert der Subskala Freiheit als zu Testzeitpunkt T0 ($M = 42.17$, $SD = 9.59$). Die Differenz der Mittelwerte ist signifikant, $t = 2.17$, $p = .04$ und die Effektstärke ist mit einem $d = 0.42$ mittelstark.

Im Durchschnitt zeigte sich bei den KlientInnen zu Testzeitpunkt T1 ($M = 51.39$, $SD = 11.31$) einen höheren Wert der Subskala Verantwortung als zu Testzeitpunkt T0 ($M = 46.65$, $SD = 10.59$). Die Differenz der Mittelwerte ist signifikant, $t(22) = 3.03$, $p = .01$ und entspricht damit einer mittleren Effektstärke, $d = 0.43$.

Grafische Darstellung der Veränderungen

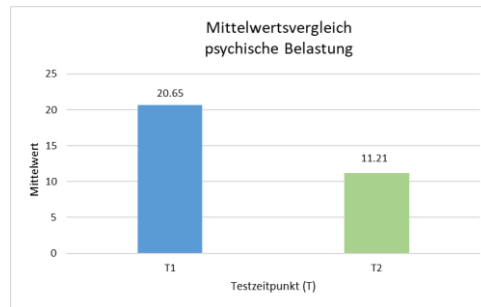


Abbildung 1. Mittelwert der psychischen Belastung zu Testzeitpunkt T0 und T1

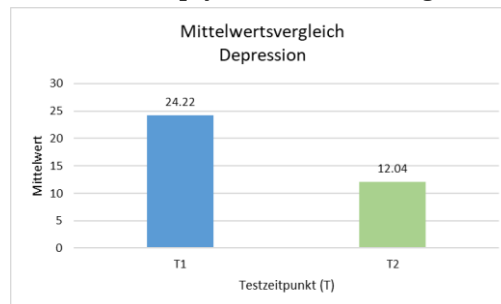


Abbildung 2. Mittelwert der Depression zu Testzeitpunkt T0 und T1

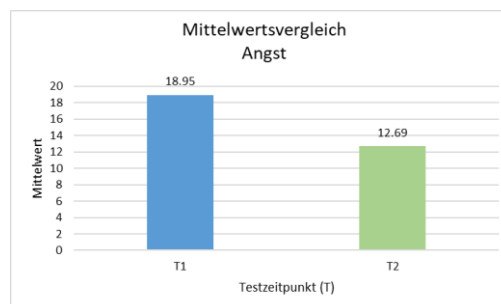


Abbildung 3. Mittelwert der Angst zu Testzeitpunkt T0 und T1

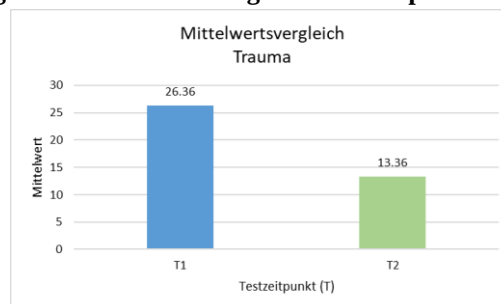


Abbildung 4. Mittelwert der PTBS zu Testzeitpunkt T0 und T1

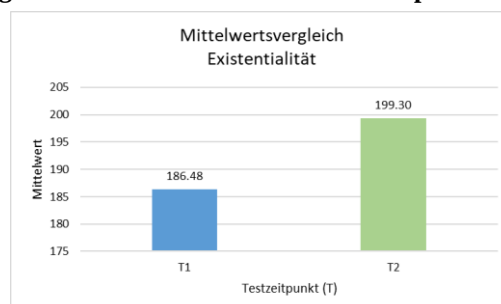


Abbildung 5. Mittelwert der Existentialität zu Testzeitpunkt T0 und T1

Wirksamkeitshypothese

Veränderungen des Erlebens und Verhaltens.

6. Ist die Therapie aus der Sicht der KlientInnen psychotherapeutisch wirksam?

Bei der Auswertung der Ergebnisse zeigt sich bei der Stichprobe ($N = 23$) ein Mittelwert von 237.7 mit einer Standardabweichung von 31.23. Im Vergleich mit den Normwerten steht dies für eine signifikante positive Veränderung. Dieses Ergebnis ist in Abbildung 6 veranschaulicht. In Anbetracht dieser Ergebnisse wird die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen: Die imaginative Logotherapie und Existenzanalyse wird von den KlientInnen als psychotherapeutisch wirksam angesehen.

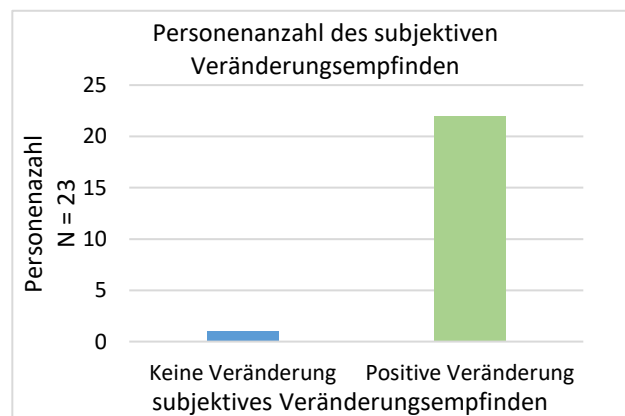


Abbildung 6. Personenanzahl des subjektiven Veränderungsempfinden

Zusammenhangshypothesen

Psychische Belastung - Existentialität.

7. Stehen die Veränderungen der generellen psychischen Belastung der KlientInnen in Zusammenhang mit der Veränderung ihrer Existentialität?

Da die Voraussetzungen erfüllt waren wurde zur Beantwortung dieser Fragestellung eine Pearson Rangkorrelation gerechnet. Die jeweiligen Veränderungsmaße der Konstrukte wurden aus den Differenzen der Testwerte von Testzeitpunkt 0 und Testzeitpunkt 1 gebildet. Die Veränderung der generellen psychischen Belastung der KlientInnen korrelieren nicht signifikant negativ mit den Veränderungen ihrer Existentialität, $r(21) = -.372$, $p = .08$. Diese Daten werden in Abbildung 7 in Form eines Streudiagramms verdeutlicht. In Hinblick auf diese Ergebnisse lässt sich die Fragestellung wie folgt beantworten: Die Veränderung der generellen psychischen Belastung der KlientInnen korreliert nicht signifikant mit der Veränderung der Existentialität der KlientInnen.

Depression - Existentialität.*8. Stehen die Veränderungen der depressiven Symptomatik der KlientInnen in Zusammenhang mit der Veränderung ihrer Existentialität?*

Da die Voraussetzungen erfüllt waren wurde zur Beantwortung dieser Fragestellung eine Pearson Rangkorrelation gerechnet. Die jeweiligen Veränderungsmaße der Konstrukte wurden aus den Differenzen der Testwerte von Testzeitpunkt 0 und Testzeitpunkt 1 gebildet. Die Veränderungen der depressiven Symptomatik der KlientInnen korrelieren signifikant negativ mit den Veränderungen ihrer Existentialität, $r(21) = -.644$, $p = .001$. Dieser Zusammenhang erklärt somit 64.4% der Varianz und wird in Abbildung 8 grafisch herausgehoben. Diesen Ergebnissen entsprechend, wird die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen: Die Veränderung der depressiven Symptomatik der KlientInnen korreliert signifikant mit der Veränderung der Existentialität der KlientInnen.

Angst - Existentialität.*9. Stehen die Veränderungen der Angstsymptomatik der KlientInnen in Zusammenhang mit der Veränderung ihrer Existentialität?*

Da die Voraussetzungen erfüllt waren wurde zur Beantwortung dieser Fragestellung eine Pearson Rangkorrelation gerechnet. Die jeweiligen Veränderungsmaße der Konstrukte wurden aus den Differenzen der Testwerte von Testzeitpunkt 0 und Testzeitpunkt 1 gebildet. Die Veränderungen der Angstsymptomatik der KlientInnen korreliert signifikant negativ mit ihrer Existentialität, $r(21) = -.432$, $p = .04$. Dabei werden 43.2% der gemeinsamen Varianz erklärt. Dieser Zusammenhang wird in Abbildung 9 dargestellt. In Bezug auf die berichteten Ergebnisse wird die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen: Die Veränderung der Angstsymptomatik der KlientInnen korreliert signifikant mit der Veränderung der Existentialität der KlientInnen.

Posttraumatische Belastungsstörung - Existentialität.*10. Stehen die Veränderungen der PTBS – Symptomatik der KlientInnen in Zusammenhang mit der Veränderung der Existentialität der KlientInnen?*

Da die Voraussetzungen erfüllt waren wurde zur Beantwortung dieser Fragestellung eine Pearson Rangkorrelation gerechnet. Die jeweiligen Veränderungsmaße der Konstrukte wurden aus den Differenzen der Testwerte von Testzeitpunkt 0 und Testzeitpunkt 1 gebildet. Die Veränderungen der PTBS – Symptomatik der KlientInnen korreliert nicht signifikant mit ihrer Existentialität, $r(9) = .012$, $p = .972$. Dies ist auch deutlich in der Abbildung 10 ersichtlich. Den Ergebnissen entsprechend lautet die Beantwortung der Fragestellung

folglich: Die Veränderung der PTBS - Symptomatik der KlientInnen korreliert nicht signifikant mit der Veränderung der Existentialität der KlientInnen.

Grafische Darstellung der Zusammenhänge

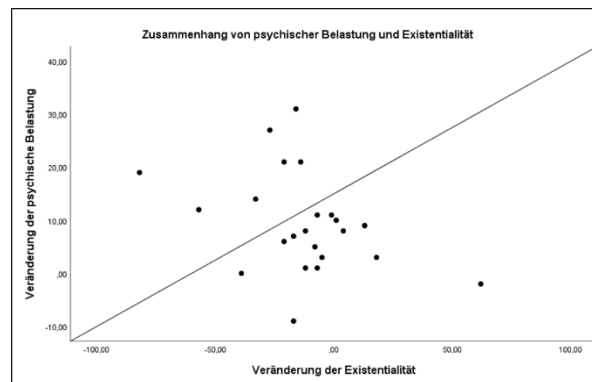


Abbildung 7. Streudiagramm des Zusammenhangs von psychischer Belastung und Existentialität

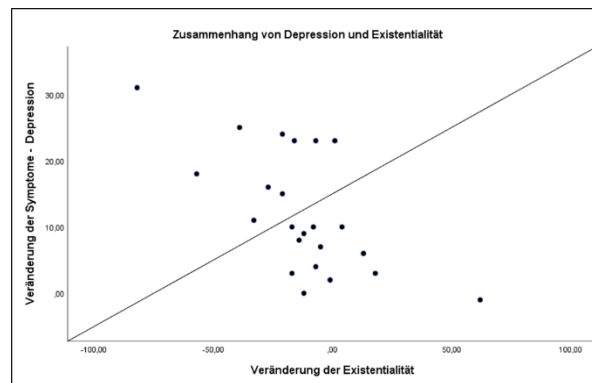


Abbildung 8. Streudiagramm des Zusammenhangs von Depression und Existentialität

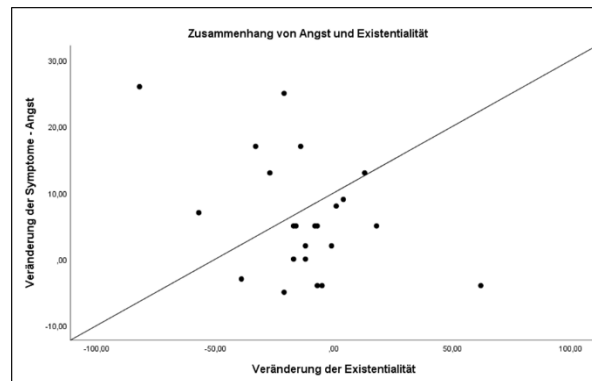


Abbildung 9. Streudiagramm des Zusammenhangs von Angst und Existentialität

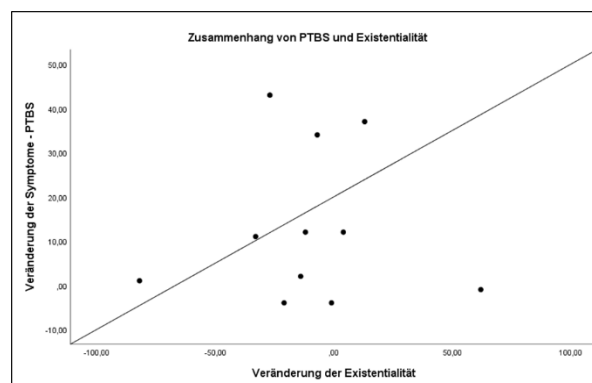


Abbildung 10. Streudiagramm des Zusammenhangs von PTBS und Existentialität

Diskussion

Generelle psychische Belastung

In der vorliegenden Arbeit wurde die psychische Belastung mit dem BSI-18 erhoben. Nach der Behandlung konnte eine signifikante Verbesserung in der angegebenen Belastungssymptomatik festgestellt werden. In der Literatur wird psychischer Disstress mit stärkerer Depressionssymptomatik in Verbindung gebracht (Dulaney, Graupmann, Grant, Adam, & Chen, 2018). Da sich eine Subskala des BSI-18 auf depressive Symptomatiken bezieht und KlientInnen in der vorliegenden Arbeit von einem Rückgang der Depressionsbeschwerden berichten, könnte dies auch die Gesamtwerte der psychischen Belastung in dieser Untersuchung beeinflusst haben.

Ein signifikanter Zusammenhang von psychischer Belastung und Existentialität konnte in dieser Arbeit nicht aufgezeigt werden. Im wissenschaftlichen Diskurs zeigt sich jedoch, dass Sinn ein protektiver Faktor für die negativen Auswirkungen von Stress und Belastung sein kann (Dulaney et al., 2018).

Depression

In der vorliegenden Studie konnte ein signifikanter Rückgang der angegebenen depressiven Symptomatik während der sechsmonatigen Therapiedauer und über die zwei Testzeitpunkte hinweg (T0 – T1) festgestellt werden. In der Auswertung zeigte dieser Veränderungsprozess einen starken Effekt ($d = 1.35$). In weiterer Folge wurde die Veränderung der depressiven Symptomatik mit dem Ausmaß der angegebenen Existentialität und deren Veränderung über den Untersuchungszeitraum hinweg in Zusammenhang gesetzt. Dabei konnte ein signifikanter negativer Zusammenhang von Existentialität und depressiver Symptomatik aufgezeigt werden. Somit stand eine geringere depressive Symptomatik mit einer höheren Existentialität in Verbindung. Dieser Zusammenhang konnte 64.4% der Varianz erklären.

Diese Ergebnisse sprechen für die Effektivität der IMLT & EA bei der Behandlung von Depressionen. Frankl sieht Sinn (Frankl, 2015) als auch Werte (Frankl, 1991) als grundlegende Elemente des Lebens. Im Falle eines Sinnverlustes entsteht eine Grundlage für Krankheiten und Störungen (Frankl, 1994). Eine der manifesten Störungen, die durch den nicht vorhandenen Sinn entstehen können, ist nach Frankl (1993, 1994) die Depression. Dieser negative Zusammenhang von Sinn und Depression konnte auch in klinisch – psychologischen Studien gefunden werden (Chow, 2017; Guerra, Lencastre, Silva, & Teixeira, 2017). In der Studie von Blackburn und Owens (2015) war das Vorhandensein von

Sinn weiters auch ein signifikanter Prädiktor für die Symptomschwere von Depression. Auch das Ringen bzw. Kämpfen um den Sinn steht in Zusammenhang mit depressiver Symptomatik (Wilt et al., 2017).

Sinn im Leben scheint also den Beschwerden einer Depression entgegen zu wirken bzw. diese abzuschwächen (Owens, Steger, Whitesell, & Herrera, 2009). In Hinblick auf die logotherapeutischen Methoden zur Behandlung von Depression, dem Aufbau von Sinnmöglichkeiten und Werteempfinden (Riedl et al., 2002), wird genau jene Dynamik von Sinn und Depression in den Fokus gestellt. Die Ergebnisse dieser vorliegenden Studie sprechen für den Erfolg dieses Konzeptes zur Behandlung von Depressionen.

Angst

In dieser Studie konnte nach einem Zeitraum von sechs Monaten bei den KlientInnen ein signifikanter Rückgang in der Ausprägung der Angstsymptomatik festgestellt werden. Dieser Unterschied wies eine mittlere Effektstärke auf ($d = 0.55$). In einer weiteren Fragestellung wurde untersucht, inwieweit die Veränderungen der Angstsymptomatik mit den Veränderungen der Existentialität in Verbindung stehen. Dabei zeigte sich, dass die angegebene Angstbeschwerden negativ mit der angegebenen Existentialität der KlientInnen in Zusammenhang stehen. Die dadurch gemeinsame erklärte Varianz belief sich auf 43.2%.

In Hinblick auf die Ergebnisse, zeigt sich die IMLT & EA als wirksame Behandlungsform für Angststörungen. Im logotherapeutischen Behandlungskontext stehen vermehrt lerntheoretische Aspekte im Vordergrund. Dabei widmet sie sich der primären Grundlage der Angst sowie deren Fixierung und der Entwicklung von Vermeidungsverhalten. Eine logotherapeutische Methode dafür bietet die *Paradoxe Intention*, die durch eine humorvolle Übertreibung die KlientInnen mit der Angst konfrontiert (Riedel et al., 2002). Hierbei zeigen sich Überschneidungen zu der verhaltenstherapeutischen Behandlungsweise wie z.B. der Exposition (Frankl, 2004 nach Ameli & Dattilio, 2013). Die KVT gilt als Goldstandard in der Behandlung von Angststörungen (Bolognesi et al., 2014; Stein & Saaren, 2015) und deren Effektivität ist mehrfach belegt worden (Covin et al., 2008; Cuijpers et al., 2014; Hanrahan et al., 2013; Zhu et al., 2014). Diese Überschneidungen in der Behandlungsweise von KVT und Logotherapie und deren Wirksamkeit sprechen für die positiven Ergebnisse der vorliegenden Studie und der festgestellten Symptomreduktion der KlientInnen.

In einer Studie von Yek, Oledznik, Kekecs, Patterson und Elkins (2017) zeigte sich, dass das Vorhandensein von Sinn negativ mit Gesundheitsängsten korreliert. Die Suche nach Sinn wurde im Gegensatz dazu mit stärkeren Gesundheitsängsten in Verbindung gebracht.

Weiters wird davon ausgegangen, dass der Glaube an Sinn und Ziele den negativen Konsequenzen von Erwartungsängsten, dass die Welt ein gefährlicher Ort ist, entgegenwirkt (Galek et al., 2015). Guerra et al. (2017) konnten aufzeigen, dass Sinn in einem negativen Zusammenhang mit Angst steht. Dieser Zusammenhang findet sich auch in den Ergebnissen dieser Studie wieder. Eine geringere Angstsymptomatik stand mit einer höheren Existentialität in Verbindung. Je mehr Wert- und Sinnangebote die KlientInnen in ihrem Leben wahrnehmen konnten desto geringer waren ihre angegebenen Angstsymptomaten.

Posttraumatische Belastungsstörung

Über den sechsmonatigen Verlauf der Studie konnte eine signifikante Reduktion von Symptomen der PTBS festgestellt werden. Diese Veränderung wies eine mittlere Effektstärke auf ($d = 0.64$). In weiterer Folge wurde untersucht, inwieweit die Beschwerden einer PTBS mit der Existentialität der KlientInnen in Verbindung stehen. Hierbei konnte kein signifikanter Zusammenhang aufgezeigt werden.

Die Ergebnisse dieser Studie stehen für eine erfolgversprechende Behandlung der PTBS durch die IMLT & EA. An dieser Stelle ist jedoch auf die Einschränkungen dieses Ergebnisses verwiesen, die in der Kritik der Studie näher ausgeführt werden. Generell werden bei der Behandlung von PTBS KVT's mit Expositions- bzw. Trauma-fokussierten Ansätzen am effektivsten bewertet (APA, 2017; Kirkpatrick & Heller, 2014; McGuire et al., 2014; NICE, 2005). Dabei wird nach einer Stabilisierungsphase versucht ein Sinnbezug zu dem traumatischen Geschehen herzustellen. Unter anderem soll durch Exposition eine Neubewertung des Erlebten erarbeitet (Flatten et al., 2011) sowie ein neues Selbstkonzept erworben werden, das die passive Opferrolle durch eine aktive, in die Zukunft gerichtete Rolle ersetzt (McFarlane, 1994). Diese Behandlungsgrundlage findet sich auch in der logotherapeutischen Sichtweise wieder. Der Fokus der Logotherapie liegt bei der Behandlung einer PTBS in der Sinnfindung während des Traumas und dessen Verarbeitung (Riedel et al., 2002). Das Leben ist nach Frankl (2005) unter allen Umständen sinnvoll und dessen Sinnhaftigkeit kann in unterschiedlicher Werteverwirklichung gefunden werden. So kann das Schicksal oder das Leiden als individuelle Aufgabe angenommen und dessen Bewältigung als persönliche Leistung erkannt werden. Durch diese und andere Modulationen der Einstellung wird versucht, neue Sinnbezüge herzustellen um den Wirkungsbereich der betroffenen Person zu erweitern und die Opferposition in eine Gestaltende-Subjekt Rolle umzuwandeln (Riedel et al., 2002).

Der fehlende Zusammenhang von den Beschwerden der PTBS mit der Existentialität der KlientInnen könnte ein Produkt der geringen Stichprobenanzahl oder auch der

qualitativen Mängel in der Erhebung sein. Bei der Berechnung konnten nur weniger als die Hälfte der KlientInnen (N = 11) einbezogen werden. Nur 11 der ursprünglich 23 Personen gaben ein traumatisches Erlebnis an. Trotz deutlich berichteter Beschwerden, entsprachen nur drei Fälle dieser Substichprobe den diagnostischen Kriterien einer PTBS. Ursächlich dafür waren die angegebenen auslösenden Ereignisse, die keine Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt beinhalteten (APA, 2013). Anspruch der Studie war es dennoch festzustellen ob es bei den KlientInnen im Verlauf des Untersuchungszeitraumes zu einer Veränderungen ihrer (Trauma bedingten) Beschwerden kam. Aufgrund dessen wurde der Entschluss gefasst alle 11 Personen in die Berechnung mitaufzunehmen.

Sinn und Gesundheit

In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass Sinn in Zusammenhang mit psychischen Wohlbefinden (Brassai et al., 2011; Galek et al., 2015), Lebenszufriedenheit (Wilt et al., 2017) und Gesundheit (Czekierda et al., 2017; Roepke et al., 2014; Van Tongeren et al., 2017) steht. Die Effekte von Sinn im Leben auf Gesundheit zeigten sich gleich stark bei beiden Geschlechtern (Guerra et al., 2017), gesunden, chronisch kranken, jungen oder alten Personen sowie im internationalen Vergleich (Czekierda et al., 2017). Insgesamt zeigt sich Sinn im Leben als ein relevanter Faktor für eine Reihe an Gesundheitsfaktoren (Czekierda et al., 2017). So konnte in einer Studie von Van Tongeren et al. (2017) ein Zusammenhang von Stress und Sinngefühl und letztlich eine Verbindung von Sinn und Gesundheit aufgezeigt werden. Dabei wurden die negativen Auswirkungen von Stress mit einem verminderten Sinngefühl assoziiert. Ein reduziertes Sinngefühl stand mit mehr Beschwerden und einer schlechteren Gesundheit in Verbindung. Letzteres zeigte sich anhand einer Beeinträchtigung der Immunsystemfunktion. Die AutorInnen konkludieren, dass ein stärker wahrgenommenes Sinngefühl in Zusammenhang mit einer besseren selbstberichteten Gesundheit steht, welche Auswirkungen auf eine bessere Immunsystemfunktion hat. Brassai, et al. (2011) konnten weitere negative Zusammenhänge zwischen Sinn im Leben und Gesundheitsbeschwerden aufzeigen. In ihrer Studie wird Sinnlosigkeit mit schlechter psychologischer Gesundheit (hohe psychosomatische Symptome, schlechtes psychisches Wohlbefinden sowie Lebensqualität) und einem niedrigeren Gesundheitsrisikoverhalten (Koma-Trinken, Drogenmissbrauch, ungeschützter Geschlechtsverkehr sowie Mangel an Sport und Diät-Kontrolle) in Zusammenhang gebracht.

Abschließen lässt sich festhalten, dass Sinn im Leben einen protektiven bzw. Resilienzfaktor darstellt, der psychologische Gesundheit und gesundheitsbezogenes

Verhalten fördert (Brassai et al., 2011) und negative Gesundheitsauswirkungen verringert (Roepke et al., 2014).

Kritik und Forschungsausblick

Die vorliegende Masterarbeit zeigt einige Punkte auf, die an dieser Stelle kritisch hinterfragt werden sollen. Nach der Abhandlung der Limitationen wird ein kurzer Forschungsausblick geboten.

Durch den inhaltlich explorativen Schwerpunkt dieses Forschungsunterfangen bestehen einige methodische Limitierungen. Die Masterarbeit entstand in Kooperation mit dem Sinnzentrum Salzburg. Über dieses Institut erfolgte auch die Rekrutierung der Stichprobe. Die vorhandenen Kapazitäten und Ressourcen ermöglichten allerdings nur die Erhebung einer begrenzten Stichprobe. Dies zeigte sich einerseits in einer relativ kleinen Anzahl an ProbandInnen, wobei sich die gesamte Anzahl an teilnehmenden KlientInnen auf 23 Personen belief. Andererseits konnte auch keine Randomisierung der Stichprobe erfolgen, wodurch systematische Verzerrungen und Alternativerklärungsansätze nicht ausgeschlossen werden können. Eine weitere methodische Einschränkung der Studie war eine fehlende Kontrollgruppe. Diese wurde in Form einer Warteliste für eine psychotherapeutische Behandlung angedacht, konnte jedoch hinsichtlich ressourcentechnischer Gründe nicht realisiert werden. In weiterer Folge können die Ergebnisse aufgrund der angeführten methodischen Einschränkungen nicht einzig auf die Wirkungsweise der IMLT & EA zurückgeführt werden. Daran anschließend ist auch die Repräsentativität zu Gesamtbevölkerung limitiert.

Eine weitere Verzerrung könnte durch die Behandlungsdurchführung von nur einer einzigen Therapeutin entstanden sein. So könnte die Wirksamkeit auf den Eigenschaften der Therapeutin zurückzuführen sein und nicht auf die speziellen Wirkmechanismen der IMLT & EA. Da diese Behandlungsform allerdings eine neue und einzigartige Therapierichtung darstellt, konnten keine zusätzlichen TherapeutInnen als Referenzwert hinzugezogen werden.

Obgleich der angeführten Kritikpunkte stellt die vorliegende Masterarbeit einen ersten Schritt in der Wirksamkeitsevaluation der IMLT & EA dar. Die Ergebnisse dieser Studie stehen für ein erfolgsversprechendes Therapiekonzept bei der Behandlung von Depression, Angststörungen und PTBS. Die Logotherapie in Kombination mit Imaginationen ist somit ein innovatives und, den ersten Untersuchungen nach, effektives Konzept, das einen aussichtsvollen Inhalt zukünftiger Forschung birgt. In Folgestudien sollte das Untersuchungsdesign erweitert werden. Gestützt durch randomisierte Versuchs- und

Kontrollgruppen könnten somit spezifischere Aussagen zur Wirksamkeit der IMLT & EA getroffen werden, um noch validere Ergebnisse erzielen zu können.

Literaturverzeichnis

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... Vilagut, G. (2004). Prevalence of mental disorders in europe: Results from the european study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21 – 27.
- Ameli, M. & Dattilio, F. M. (2013). Enhancing cognitive behavior therapy with logotherapy: Techniques for clinical practice. *Psychotherapy*, 50(3), 387 – 391.
doi:10.1037/a0033394
- American Psychiatric Association. (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder*. Verfügbar unter:
https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/md_d.pdf. Abrufdatum: 10.01.2018
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington: American psychiatric association.
- American Psychological Association. (2017). *Clinical Practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in Adults*. Verfügbar unter:
<https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>. Abrufdatum: 01.02.2015.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., De Graaf, R., Vollebergh, W., ... Wittchen, H. U. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: Results from the international consortium of psychiatric epidemiology (ICPE) surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), 3-20.
- Arnou, B. A., Steidtmann, C. B., Manber, R., Klein, D. N., Rothbaum, B. O., Fisher, A. J., Constantino, ... Kocsis, J. H. (2013). The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 627 – 638. doi:10.1037/a0031530
- Auer, T. (2016). *Wirkfaktoren und Wirkungsweise der Imaginativen Logotherapie und Existenzanalyse* (nicht publizierte Masterarbeit). Fakultät für Psychologie, Wien.
- Auhagen, A. E. (2000). On the psychology of meaning of life. *Swiss Journal of Psychology*, 59(1), 34 – 38.
- Baldwin, D. S., Waldman, S., & Allgulander, C. (2011). Evidence-based pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 14, 697 – 710. doi:10.1017/S1461145710001434

- Baldwin, D. S., Woods, R., Lawson, R., & Taylor, D. (2011). Efficacy of drug treatments for generalised anxiety disorder: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*. doi:10.1136/bmj.d1199
- Bandelow, B., Wiltink, J., Alpers, G. W., Benecke, C., Deckert, J., Eckhardt-Henn, A.,...Beutel M.E. *Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen* (2014). Verfügbar unter: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/0c2fc607fa678377a9efb4f13d5ce7007f2c43d0/S3-LL_Lang_Angstst%C3%B6rungen_2014.pdf. Abrufdatum: 02.03.2018
- Batthyany, A. (2006). „Immer schon war die Person am Werk“. Viktor E. Frankls Weg zu Logotherapie und Existenzanalyse. In O. Wiesmeyr & A. Batthyany (Eds.), *Sinn und Person. Beiträge zur Logotherapie und Existenzanalyse von Viktor E. Frankl* (pp. 10-35). Verfügbar unter: https://docplayer.org/260565-Immer-schon-war-die-person-am-werk-viktor-e-frankls-weg-zur-logotherapie-und-existenzanalyse.html#show_full_text. Abrufdatum: 02.01.2019
- Bell, A. C., & D’Zurilla, T. J. (2009). Problem – solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 348 – 353. doi:10.1016/j.cpr.2009.02.003
- Biller, K., & Stiegeler, M. (2008). *Wörterbuch der Logotherapie und Existenzanalyse von Viktor Emil Frankl*. Wien: Böhlau Verlag.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Belvins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for dsm-5 (pcl-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 489 – 498. doi:10.1002/jts.22059
- Benish, S. G., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 28, 746 – 758. doi:10.1016/j.cpr.2007.10.005
- Blackburn, L., & Owens, G. P. (2015). The effect of self efficacy and meaning in life on posttraumatic stress disorder and depression severity among veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 71(3), 219 – 228. doi:10.1002/jclp.22133
- Blais, M. A., Malone, J. C., Stein, M. B., Slavin-Mulford, J., O’Keefe, S. M., Renna, M., & Sinclair, S. J. (2013). Treatment as usual (TAU) for depression: A comparison of

- psychotherapy, pharmacotherapy, and combined treatment at a large academic medical center. *Psychotherapy*, 50(1), 110 – 118. doi: 10.1037/a0031385
- Bolognesi, F., Baldwin, D. S., & Ruini, C. (2014). Psychological interventions in the treatment of generalized anxiety disorder: a structured review. *Journal of Psychopathology*, 20, 111 – 126.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for ptsd. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214 – 227. Verfügbar unter: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.162.2.214>
- Brassai, L., Piko, B. F., & Steger, M. F. (2011). Meaning in life: Is it a protective factor for adolescents` psychological health? *International Journal of Behavioural Medicine*, 18, 44 – 51. doi:10.1007/s12529-010-9089-6
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, ptsd, and other posttrauma disorders. *TRAUMA, VIOLENCE, & ABUSE*, 10(3), 198 – 210. doi:10.1177/1524838009334448
- Chow, E. O.W. (2017). The role of meaning in life: mediating the effects of preceived knowledge of stroke on depression and life satisfaction among stroke survivors. *Clinical Rehabilitation*, 31(12), 1664 – 1673. doi:10.1177/026921551770860
- Colman, I., & Ataullahjan, A. (2010). Life course perspectives on the epidemiology of depression. *La revue canadienne de psychiatrie*, 55(10), 622 – 632.
- Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M., & Dozois, D. J. A. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 108 – 116. doi:10.1016/j.janxdis.2007.01.002
- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: Findings from the australian national survey of mental health and well-being. *Psychological Medicine*, 31, 1237 – 1247. doi:10.1017/S0033291701004287
- Cuijpers, P. (2016). Are all psychotherapies equally effective in the treatment of adult depression? The lack of statistical power of outcomestudies. *Evidence-Based Mental Health*, 19(2), 39 – 42. doi: 10.1136/eb-2016-102341
- Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 58(1), 7-19. doi:10.1037/cap0000096
- Cuijpers, P., De Witt, L., Weitz, E., Andersson, G., & Huibers, M. J. H. (2015). The combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of adult depression: A comprehensive meta – analysis. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 15(2), 147 – 168.

- Cuijpers, P., & Gentili, C. (2017). Psychological treatments are as effective as pharmacotherapies in the treatment of adult depression: A summary from Randomized Clinical Trials and neuroscience evidence. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20(2), 147-152. doi:10.4081/ripppo.2017.273
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta – analysis. *Clinical Psychological Review*, 34, 130 – 140. doi:10.1016/j.cpr.2014.01.002
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Andersson, G., & Van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journals of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909 – 922. doi:10.1037/a0013075
- Culbertson, F. M. (1997). Depression and Gender. An International Review. *American Psychologist*, 52(1), 25-31.
- Czekierda, K., Banik, A., Park, C. L., & Luszczynska, A. (2017). Meaning in life and physical health: Systematic review and meta – analysis. *Health Psychology Review*, 11, 387 – 418. doi:10.1080/17437199.2017.1327325
- Darves-Bornoz, J. M., Alonso, J., De Girolamo, G., De Graaf, R., Haro, J. M., Kovess-Masfety, V.,...Gasquet, I. (2008). Main traumatic events in europe: Ptsd in the european study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*, 21(5), 455 – 462. doi:10.1002/jts.20357
- Davidson, J. R. T. (2009). First-line pharmacotherapy approaches for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(2), 25 – 31.
- De Mello, M. J., Mari, J. J., Bacaltchuk, J., Verdelli, H., & Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255, 75 – 82. doi:10.1007/s00406-004-0542-x
- De Waure, C., Poscia, A., & Pozzi, G. (2014). Epidemiology of generalized anxiety disorder. In R. Guglielmo, I. Janiri & G. Pozzi (Eds.). *New Perspectives on Generalized Anxiety Disorder* (pp. 18 – 33). New York: Nova Science Publishers.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2015) S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015. doi: 10.6101/AZQ/000364. Verfügbar unter: www.depression.versorgungsleitlinien.de. Abrufdatum: 20.01.2018.

- Dimidjian, S., Dobson, K. S., Kohlenberg, R. J., Gallop, R., Markley, D. K., Atkins, D. C.,... Jacobson, N. S. (2006). Randomized Trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658 – 670. doi:10.1037/0022-006X.74.4.658
- Dorsey, S., Briggs, E. C., & Woods, B. A. (2011). Cognitive behavioral treatment for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 255 – 269. doi:10.1016/j.chc.2011.01.006.
- Driessen, E., Don, E. J., Cuijpers, P., Van, H. L., Peen, J., Twisk, J. W. R., & Dekker, J. J. M. (2017). Cognitive-behavioral versus psychodynamic therapy for major depression: Secondary outcomes of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(7), 653 – 663.
- Driessen, E., Van, H. L., Peen, J., Kool, S., Westra, D., Hendriksen, M.,...Dekker, J. J. M. (2013). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: A randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, 170, 1041 – 1050.
- Dulaney, E. S., Graupmann, V., Grant, K. E., Adam, E. K., & Chen, E. (2018). Taking on the stress-depression link: Meaning as a resource in adolescence. *Journal of Adolescence*, 65, 39-49. doi:10.1016/j.adolescence.2018.02.011
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J., & Emmelkamp, P. M. G. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical Psychology Review*, 34, 645 – 657.
- Farach, F. J., Pruitt, L. D., Jun, J. J., Jerud, A. B., Zoellner, L. A., & Roy-Byrne, P. P. (2012). Pharmacological treatment of anxiety disorders: Current treatments and future directions. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(8), 833 – 843.
- Flatten, G., Gast, U, Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P,...Woller, W. (2011): S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung.
- Trauma & Gewalt 3: 202-210. Verfügbar unter:
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010k_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2012-abgelaufen.pdf. Abrufdatum: 03.04.2018
- Franke, G.H. (2000). Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – deutsche Version – Manual. Göttingen: Beltz.

- Franke, G. H., Jäger, S., Morfeld, M., Saleski, C., Reimer, J., Rensing, A.,...Türk, T. (2010). Eignet sich das BSI-18 zur Erfassung der psychischen Belastung von nierentransplantierten Patienten? *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 19, 30 – 37.
- Frankl, V. E. (1971). *Der Mensch auf der Suche nach Sinn. Psychotherapie für den Laien*. Wien: Wiener Verlag.
- Frankl, V. E. (1991). *Der Wille zum Sinn. Ausgewählte Vorträge zur Logotherapie*. München: Piper.
- Frankl, V. E. (1993). *Theorie und Therapie der Neurosen*. München: Ernst Reinhardt
- Frankl, V. E. (1994). *Logotherapie und Existenzanalyse: Texte aus sechs Jahrzehnten*. Himberg: Wiener Verlag.
- Frankl, V. E. (2003). *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn* (16. Aufl.). München: Piper Verlag.
- Frankl, V. E. (2005). *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. Wien: Paul Zsolnay.
- Frankl, V. E. (2012). *Das Leiden am sinnlosen Leben. Psychotherapie für heute*. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder.
- Frankl, V. E. (2015a). *Ärztliche Seelsorge. Grundlage der Logotherapie und Existenzanalyse; mit den zehn Thesen über die Person*. München: dtv Verlagsgesellschaft.
- Frankl, V. E. (2015b). *Grundkonzepte der Logotherapie*. Wien: Facultas.
- Galek, K., Flannelly, K. J., Ellison, C. G., Sifton, N. R., & Jankowski, K. R. B. (2015). Religion, meaning and purpose, and mental health. *Psychology of Religion and Spirituality*, 7(1), 1 – 12.
- Goodwin, H., Yiend, J., & Hirsch, C. R. (2017). Generalized anxiety disorder, worry and attention to threat: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 54, 107 – 122.
- Gould, R. A., Otto, M. W., Pollack, M. H., & Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy*, 28, 285 – 305.
- Guerra, M. P., Lencastre, L., Silva, E., & Teixeira, P. M. (2017). Meaning in life in medical settings: A new measure correlating with psychological variables in disease. *Cogent Psychology*, 4, <http://dx.doi.org/10.1080/23311908.2017.1286747>
- Hanrahan, F., Field, A. P., Jones, F. W., & Davey, G. C. L. (2013). A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 33, 120 – 132.

- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). *Das Beck Depressionsinventar II. Deutsche Bearbeitung und Handbuch zum BDI II*. Frankfurt: Harcourt Test Services.
- Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M. M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R.,... Vos, T. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 602 – 612.
- Hinteregger, M., Füzi, J., & Reichardt, B. (2012). Tracking antidepressant therapy patterns of an austrian cohort. *WONCA Europe Conference*. 4 – 7.
- Honyashiki, M., Furukawa, T. A., Noma, H., Tanaka, S., Chen, P., Ichikawa, K.,...Caldwell, D. M. (2014). Specificity of cbt for depression: A contribution from multiple treatments meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 38, 249 – 260.
- Hoskins, M., Pearce, J., Bethell, A., Dankova, L., Barbui, C., Tol, W. A., Van Ommeren, ...Bisson, J. I. (2015). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 206, 93 – 100.
- Hougaard, E. (2010). Placebo and antidepressant treatment for major depression: Is there a lesson to be learnt for psychotherapy? *Nordic Psychology*, 62(2), 7 – 26.
- Kalsi, N., Altavilla, D., Tambell, R., Aceto, P., Trentini, C., Di Gorgio, C., & Lai, C. (2017). Neural correlates of outcome of the psychotherapy compared to antidepressant therapy in anxiety and depression disorders: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 8, 1 – 9.
- Kamenov, K., Twomey, C., Cabello, M., Prina, A. M., & Ayuso-Mateos, J. L. (2017). The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47, 414 – 425.
- Kar, N. (2011). Cognitive behavioral therapy for treatment of post-traumatic stress disorder: A review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7, 167 – 181.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2006). Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *The American Journal of Psychiatry*, 163(1), 115 – 124.
- Kessler, R., & Bromet, J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119 – 138.
- Kirkpatrick, H., & Heller, G. M. (2014). Post-traumatic stress disorder: Theory and treatment update. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 47(4), 337 – 346.

- Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J., & Johnson, B. T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the food and drug administration. *PLoS Med*, 5(2), 260 – 268.
- Klein, D. N., & Kotov, R. (2016). Course of depression in a 10-year prospective study: Evidence for qualitatively distinct subgroups. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(3), 337-348.
- Krüger-Gottschalk, A., Knaevelsrud, C., Rau, H., Dyer, A., Schäfer, I., Schellong, J., & Ehrling, T. (2017). The german version of the posttraumatic stress disorder checklist for dsm-5 (pcl-5): Psychometric properties and diagnostic utility. *BMC Psychiatry*, 17, 2 – 9. doi: 10.1186/s12888-017-1541-6
- Kupfer, D. J., Frank, E., & Phillips, M. L. (2012). Major depressive disorder: New clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet*, 379, 1045 – 1055.
- Kurz, W., & Sedlak, F. (1995). *Kompendium der Logotherapie und Existenzanalyse. Bewährte Grundlagen neue Perspektiven*. Tübingen: Verlag Lebenskunst.
- Kühner, C., Bürger, C., Keller, F., & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressions-inventars (BDI-II). Befunde aus deutschsprachigen Stichproben. *Der Nervenarzt*, 78, 651 – 656.
- Lassemo, E. Sandanger, I., Nygard, J. F., & Sorgaard, K. W. (2017). The epidemiology of post-traumatic stress disorder in norway: Trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 11 – 19.
- Längle, A., Orgler, Ch., & Kundi, M. (2000). *Existenzskala (ESK)*. Göttingen: Hogrefe-Beltz.
- Lee, D. J., Schnitzlein, C. W., Wolf, J. P., Vythilingam, M., Rasmusson, A. M., & Hoge, C. W. (2016). Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depression and Anxiety*, 33, 792 – 806.
- Leichsenring, F., Steinert, C., & Hoyer, J. (2016). Psychotherapy versus pharmacotherapy of depression: What's the evidence? *Z Psychosom Med Psychother*, 62, 190 – 195.
- Levi, O., Bar-Haim, Y., Kreiss, Y., & Fruchter, E. (2015). Cognitive-behavioural therapy and psychodynamic psychotherapy in the treatment of combat-related post-traumatic stress disorder: A comparative effectiveness study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23, 298 – 307.
- Lieb, R., Becker, E., & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 445 – 452.

- Lindermann, S. (2016). *Der Einfluss Imaginativer Logotherapie und Existenzanalyse auf Ressourcenaktivierung* (nicht publizierte Masterarbeit). Fakultät für Psychologie, Wien.
- Lukas, E. (1999). *Lebensstil und Wohlbefinden. Logotherapie bei psychosomatischen Störungen*. Wien: Profil.
- Lukas, E. (2002). *Lehrbuch der Logotherapie. Menschenbild und Methoden*. Wien: Profil.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H., & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörung in Deutschland. *Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. Nervenarzt*, 79, 577 – 586.
- Margraf, J., & Ehlers, A. (2007). Beck Angst-Inventar – deutsche Bearbeitung. *Manual*. Frankfurt a. Main: Harcourt Test Services.
- McFarlane, A. C. (1994). Individual psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 393 – 408.
- McGuire, T. M., Lee, C. W., & Drummond, P. D. (2014). Potential eye movement desensitization and reprocessing therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychology. Research and Behavior Management*, 7, 273 – 283.
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., & Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs. pharmacological treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), 595 – 602.
- Merport, A., & Recklist, C. J. (2012). Does the Brief Symptom Inventory – 18 case rule apply in adult survivors of childhood cancer? Comparison with the Symptom – Checklist – 90. *Journal of Pediatric Psychology*, 1-10.
- Mills, S., & Hulbert-Williams, L. (2012). Distinguishing between treatment efficacy and effectiveness in post-traumatic stress disorder (PTSD): Implications for contentious therapies. *Counselling Psychology Quarterly*, 25(3), 319 – 330.
- Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131(5), 785 – 795.
- Mohammadi, F., Fard, F. D., & Heidari, H. (2014). Effectiveness of logo therapy in hope of life in the women depression. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 159, 643-646. doi:10.1016/j.sbspro.2014.12.440
- Neria, Y., & Bromet, E. J. (2000). Comorbidity of PTSD and Depression: Linked or separate incidence. *Society of Biological Psychiatry*, 48, 878 – 800.

- National institute for health and care excellence (NICE). (2005). Post-traumatic stress disorder: Management. Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg26>.
Abrufdatum: 07.02.2018
- Oquendo, M., Brent, D. A., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B.,... Mann, J. J. (2005). Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: Factors mediating the association with suicidal behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 162(3), 560 –566.
- Owens, G. P., Steger, M. F., Whitesell, A. A., & Herrera, C. J. (2009). Posttraumatic stress disorder, guilt, depression and meaning in life among military veterans. *Journal of Tramatic Stress*, 22(6), 654 – 657.
- Paykel, E. S., Brugha, T., & Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 411 – 423.
- Prinz, M., & Petermann, F. (2009). Beck Angst-Inventar (BAI). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57(1), 63 – 66.
- Raskob, H. (2005). *Die Logotherapie und Existenzanalyse Viktor Frankls. Systematisch und kritisch*. Wien: Springer-Verlag.
- Riedel, C., Deckart, R., & Noyon, A. (2002). *Existenzanalyse und Logotherapie. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Riemeyer, J. (2002). *Die Logotherapie Viktor Frankls: Eine Einführung in die sinnorientierte Psychotherapie*. Gütersloh: Quell.
- Robatmili, S., Sohrabi, F., Shahrak, M. A., Talepasand, S., Nokani, M., & Hasani, M. (2014). The effect of group logotherapy on meaning in life and depression levels of iranian students. *International Journal of the Advancement of Counselling*, 37, 54-62.
doi:10.1007/s10447-014-9225-0
- Roepke, A. M., Jayawickreme, E., & Riffle, O. M. (2014). Meaning and health: A systematic review. *Applied Research Quality Life*, 9, 1055 – 1079. doi: 10.1007/s11482-013-9288-9
- Ruscio, A. M., Hallion, L., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., & Al-Hamazawi, A. O. (2017). Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. *JAMA Psychiatry*. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0056
- Sachser, C., & Goldbeck, L. (2017). Angst, Depression und Trauma – transdiagnostische Effekte der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie (TF – KVT). *Kindheit und Entwicklung*, 26(2), 93 – 99.

- Schulenberg, S. E., Nassif, C., Hutzell, R., & Rogina, J. M. (2008). Logotherapy for clinical practice. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), 447 – 463.
- Sherman, J. J. (1998). Effects of psychotherapeutic treatments for ptsd: A meta-anaylsis of controlled clinical trials. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 413 – 435.
- Simon, N. M. (2009). Generalized anxiety disorder and psychiatric comorbidities such as depression, bipolar disorder, and substance abuse. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(2), 10 – 14.
- Southwick, S., Gilmartin, R., Mcdonough, P., & Morrissey, P. (2006). Logotherapy as an adjunctive treatment for chronic combat-related PTSD: A meaning-based intervention. *American Journal of Psychotherapy*, 60(2), 161-174.
- Spielmans, G. I., Berman, M. I., & Usitalo, A. (2011). Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression. A meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(3), 142 – 149.
- Spitzer, C. Hammer, S., Löwe, B., Grabe, H. J., Barnow, S., Rose, M.,...Franke, G. H. (2011). Die Kurzform des Brief Symptom Inventory (BSI – 18): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten der deutschen Version. *Fortschritt der Neurologie Psychiatrie*, 79, 517 – 523.
- Statistik Austria. *Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme mit ärztlicher Diagnose 2014*. Verfügbar unter:
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/chronische_krankheiten/index.html. Abrufdatum: 9.1.2018
- Stein, M. B., & Saaren, J. (2015). Generalized anxiety disorder. *The New England Journal of Medicine*, 373(21), 2059-2068.
- Thir, M., & Batthyany, A. (2016). The state of empirical research on logotherapy and existential analysis. In Batthyany, A. (Eds.), *Logotherapy and Existential Analysis* (pp. 53-74). doi:10.1007/978-3-319-29424-7_7
- Van Tongeren, D. R., Hill, P. C., Krause, N., Ironson, G. H., & Pargament, K. I. (2017). The mediating role of meaning in the association between stress and health. *Annals of Behavioral Medicine*, 51, 775 – 781.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York, NY, USA: Routledge.
- Weisberg, R. B. (2009). Overview of generalized anxiety disorder: epidemiology, presentation, and course. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (2), 4 – 9.

- Wilt, J. A., Stauner, N., Lindberg, M. J., Grubbs, J. B., Exline, J. J., & Pargament, K. I. (2017). Struggle with ultimate meaning: Nuanced associations with search for meaning, presence of meaning, and mental health. *The Journal of Positive Psychology, 13*(3), 240 – 251. doi:10.1080/17439760.2017.1279208
- Wittchen, H., & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Berlin: Springer-Verlag.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B.,...Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21*, 655 – 679.
- Wong, P. T. P. (Ed.) (2012a). Toward a dual-system model of what makes life worth living. In Wong, P. T. P. (Ed.), *The human quest for meaning: Theories, research, and applications* (pp. 3 – 22).
- Wong, P. T. P. (2012b). From logotherapy to meaning – centered counseling and therapy. In Wong, P. T. P. (Ed.), *The human quest for meaning: Theories, research, and applications* (pp. 619 - 647). Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/260060653_From_logotherapy_to_meaning-centered_counseling_and_therapy. Abrufdatum: 05.05.2018
- World Health Organisation (2018). *Fact Sheets – Depression*. Verfügbar unter: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Abrufdatum: 10.04.2018
- Yek, M. H., Olendzki, N., Kekecs, Z., Patterson, V., & Elkins, G. (2017). Presence of meaning in life and search for meaning in life and relationship to health anxiety. *Psychological Reports, 120*(3), 383 – 390.
- Zielke, M., & Kopf-Mehnert, C. (1978). *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)*. Weinheim: Beltz.
- Zhu, Z., Zhang, L., Jiang, J., Li, W., Cao, X., Zhou, Z.,...Li, C. (2014). Comparison of psychological placebo and waiting list control conditions in the assessment of cognitive behavioral therapy for the treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Shanghai Archives of Psychiatry, 26*(6), 319 – 331.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Mittelwert der psychischen Belastung zu Testzeitpunkt T0 und T1.....	32
Abbildung 2. Mittelwert der Depression zu Testzeitpunkt T0 und T1	32
Abbildung 3. Mittelwert der Angst zu Testzeitpunkt T0 und T1	32
Abbildung 4. Mittelwert der PTBS zu Testzeitpunkt T0 und T1	32
Abbildung 5. Mittelwert der Existentialität zu Testzeitpunkt T0 und T1.....	32
Abbildung 6. Personenanzahl des subjektiven Veränderungsempfinden	33
Abbildung 10. Streudiagramm des Zusammenhangs von PTBS und Existentialität.....	36
Abbildung 9. Streudiagramm des Zusammenhangs von Angst und Existentialität	36
Abbildung 7. Streudiagramm des Zusammenhangs von psychischer Belastung und Existentialität	36
Abbildung 8. Streudiagramm des Zusammenhangs von Depression und Existentialität	36

Abkürzungsverzeichnis

bzw.....	beziehungsweise
etc.....	et cetera
GAD.....	generalisierte Angststörung
ICD-10	International Classification of Diseases
IMLT & EA	Imaginative Logotherapie und Existenzanalyse
KVT	kognitive Verhaltenstherapie
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SSNRI	Selektive Serotonin Noradrenalin Rückaufnahme Inhibitoren
SSRI	Selektive Serotonin Rückaufnahme Inhibitoren
TZA.....	Tri-und Tetrazyklische Antidepressiva
u.a.....	unter anderem

Anhang

Abstract (deutsch)

Ziel und Inhalt der vorliegenden Masterarbeit ist es die neu entwickelte Psychotherapie Imaginative Logotherapie und Existenzanalyse (IMLT & EA) in einen klinisch-psychologischen Kontext überzuführen und hinsichtlich ihres Einflusses auf Depression, Angst und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu untersuchen. In Zusammenarbeit mit der Fakultät für Psychologie der Universität Wien, Frau Dr. Hackmack-Eder und dem Sinnzentrum Salzburg wurde unter Leitung und Betreuung von aO Univ. Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster ein Forschungsprojekt für dieses Vorhaben entworfen. Die IMLT & EA wurde von Frau Dr. Hackmack-Eder entwickelt und in Kooperation mit Herren Mag. Schlick am Sinnzentrum Salzburg angeboten. Diese Therapieform verbindet die logotherapeutische Gesprächstherapie mit der Arbeit mit inneren Bildern (Imaginationen).

Der theoretische Teil dieser Masterarbeit widmet sich den Grundlagen und Konzepten der Logotherapie. Darauf aufbauend werden diese Inhalte dem klinisch-psychologischen Wissensstand gegenübergestellt und in Verbindung gesetzt. Ziel ist es dabei die IMLT & EA in einen wissenschaftlichen Bezugsrahmen überzuführen.

Der zweite Teil der Masterarbeit hat die durchgeführte empirische Studie des Forschungsprojektes zum Inhalt. Ziel dieser nichtkontrollierten Studie war es erste Wirksamkeitshinweise der IMLT & EA zu erheben. Dabei wurde eine Prä-post-Analyse durchgeführt und 23 Personen vor dem Therapiebeginn sowie 6 Monate danach getestet. Zum Einsatz kam eine eigens zusammengestellte Fragebogenbatterie, bestehend aus anerkannten klinisch-psychologischen Instrumenten.

Die Ergebnisse der Studie zeigten einen positiven Einfluss der IMLT & EA auf Depression, Angst und PTBS. Bei allen drei Störungen konnten nach 6 Monaten eine signifikante Abnahme in der Symptomatik und ein Anstieg der Existentialität der KlientInnen aufgezeigt werden.

Abstract (englisch)

This masterthesis attempts to convey the newly developed psychotherapy imaginative logotherapy and existential analysis (IMTL & EA) in a clinical-psychological context. Further, the influence of IMLT & EA on depression, anxiety and posttraumatic stress disorder (PTSD) is evaluated. For this undertaking a research project was developed in cooperation with the faculty of psychology at the university of Vienna, Dr. Hackmack-Eder and the Sinnzentrum Salzburg as well as under the supervision of aO Univ. Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster. The IMLT & EA was invented by Dr. Hackmack-Eder and in cooperation with Mag. Schlick and was offered at Sinnzentrum Salzburg. This new form of psychotherapy combines logotherapeutic counseling with the use of visualisation (imagination).

The theoretical aspect of this thesis is dedicated to the tenets and concepts of logotherapy. Thus, creating the base on which these contents are compared and put in relation with the clinical-psychological body of knowledge. The underlying objective of this project was to build a scientific frame of reference for the IMLT & EA.

The second part of the thesis is dedicated to the empirical study of the research project. The aim of this study was to gather first results of effectiveness of the IMLT & EA. Therefore a pre-post-analysis has been conducted. 23 participants were tested before the start of the psychotherapy as well as 6 month later. A solely for this purpose created survey, composed of accredited clinical-psychological instruments, was used.

The results of this study show a positive effect of the IMLT & EA on depression, anxiety and PTSD. After 6 months a significant reduction of symptoms within all three disorders has been demonstrated and the participants reported an increase of existentiality and meaning making.

Fragebögen

Erfassung allgemeiner Symptome (BSI-18):

Instruktion:

Ich lese Ihnen nun nachfolgend eine **Liste von Problemen und Beschwerden** vor, die man manchmal hat. Bitte hören Sie jeden einzelne Frage sorgfältig an und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar während der **vergangenen sieben Tage bis heute**. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort den „besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, **wie es persönlich für Sie zutrifft**. **Bitte beantworten Sie jede Frage!**

Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter...	Überhaupt nicht	wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark	<u>Notizen</u>
1. Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	0	1	2	3	4	
2. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4	
3. Nervosität oder innerem Zittern	0	1	2	3	4	
4. Herz- oder Brustschmerzen	0	1	2	3	4	
5. Einsamkeitsgefühlen	0	1	2	3	4	
6. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4	
7. Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4	
8. Schwermut	0	1	2	3	4	
9. Plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3	4	
10. Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4	
11. dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4	
12. Schreck- oder Panikanfällen	0	1	2	3	4	
13. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4	
14. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4	

15. starker Ruhelosigkeit , sodass Sie nicht still sitzen können	0	1	2	3	4	
16. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4	
17. Gedanken sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3	4	
18. Furchtsamkeit	0	1	2	3	4	

Erfassung von Depression (BDI-II):

Instruktion:

Ich lese Ihnen nun einige **Gruppen von Aussagen** vor. Hören Sie diese Aussagen sorgfältig an und suchen Sie sich in jeder Gruppe eine Aussage, die am ehesten beschreibt, wie Sie sich **in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute**, gefühlt haben. Wenn in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, wählen Sie die **Aussage mit der höheren Zahl**. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Gruppe nur eine Aussage auswählen können!

	0	1	2	3	Notizen
1. Traurigkeit	Ich bin nicht traurig.	Ich bin oft traurig.	Ich bin ständig traurig.	Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalten kann.	
2. Pessimismus	Ich bin nicht mutlos, was meine Zukunft angeht.	Ich bin mutloser als früher, was meine Zukunft angeht.	Ich glaube nicht, dass sich meine Lage verbessert.	Ich habe das Gefühl, dass es keine Hoffnung gibt für meine Zukunft und es nur noch schlimmer wird.	
3. Frühere Misserfolge	Ich fühle mich nicht als Versager.	Ich habe öfter versagt als ich sollte.	Wenn ich zurück blicke, sehe ich eine Menge Misserfolge.	Ich fühle mich persönlich als totaler Versager.	
4. Verlust von Freude	Ich habe so viel Freude wie immer an den Dingen, die mir Spaß machen.	Ich habe nicht mehr so viel Spaß an den Dingen wie früher.	Ich habe sehr wenig Freude an den Dingen, die mir früher Spaß gemacht haben.	Ich habe keine Freude an den Dingen, die mir früher Spaß gemacht haben.	

5. Schuldgefühle	Ich habe keine besonderen Schuldgefühle.	Ich habe bei vielen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen, Schuldgefühle.	Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle.	Ich habe ständig Schuldgefühle.	
6. Gefühle, bestraft zu werden	Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu werden.	Ich habe das Gefühl, dass ich vielleicht für etwas bestraft werde.	Ich glaube, dass ich für etwas bestraft werde.	Ich habe das Gefühl, für etwas bestraft zu werden.	
7. Abneigung gegen sich selbst	Meine Gefühle mir gegenüber sind die gleichen geblieben.	Ich habe das Vertrauen in mich verloren.	Ich bin von mir selbst enttäuscht.	Ich mag mich nicht.	
8. Selbstvorwürfe	Ich bin mir selbst gegenüber nicht kritischer als sonst und mache mir nicht mehr Vorwürfe als sonst.	Ich bin mir selbst gegenüber kritischer als sonst.	Ich mache mir Vorwürfe für alle meine Fehler.	Ich gebe mir die Schuld, für alles Schlimme, was passiert.	
9. Selbstmordgedanken oder -wünsche	Ich denke nie daran, mich umzubringen.	Ich habe Selbstmordgedanken aber ich würde sie nicht ausführen.	Ich möchte mich umbringen.	Ich würde mich umbringen, wenn ich die Möglichkeit hätte.	
10. Weinen	Ich weine nicht mehr als früher.	Ich weine mehr als früher.	Ich weine wegen jeder Kleinigkeit.	Mir ist nach Weinen zumute, aber ich kann nicht.	
11. Unruhe	Ich bin nicht unruhiger oder erregter als sonst.	Ich bin unruhiger oder erregter als sonst.	Ich bin so unruhig oder erregt, dass es schwer ist, mich nicht zu bewegen.	Ich bin so unruhig oder erregt, dass ich ständig in Bewegung bleiben oder etwas tun muss.	
12. Interesselosigkeit	Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder Tätigkeiten nicht verloren.	Ich bin weniger an anderen Menschen oder Dingen interessiert als vorher.	Ich habe mein Interesse an anderen Menschen oder Dingen zum größten Teil verloren.	Es ist schwer, für irgendetwas Interesse aufzubringen.	

13. Entschluss-unfähigkeit	Ich treffe Entscheidungen etwa so leicht wie immer.	Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen.	Ich habe viel größere Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen, als früher.	Ich habe Mühe, überhaupt Entscheidungen zu treffen.	
14. Wertlosigkeit	Ich fühle mich nicht wertlos.	Ich halte mich nicht für so wertvoll und nützlich wie früher.	Ich habe das Gefühl, weniger Wert zu sein als andere Menschen.	Ich habe das Gefühl, völlig wertlos zu sein.	

15. Verlust an Energie	Ich habe so viel Energie wie immer.	Ich habe weniger Energie als früher.	Ich habe nicht genügend Energie, sehr viel zu tun.	Ich habe nicht genügend Energie, irgendetwas zu tun.	
16. Veränderungen der Schlafgewohnheiten	Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht geändert.	a) Ich schlafe etwas mehr als sonst.	a) Ich schlafe viel mehr als sonst.	a) Ich schlafe die meiste Zeit des Tages.	
		b) Ich schlafe etwas weniger als sonst.	b) Ich schlafe viel weniger als sonst.	b) Ich wache 1-2 Stunden zu früh auf und kann dann nicht mehr einschlafen.	
17. Reizbarkeit	Ich bin nicht reizbarer als sonst.	Ich bin reizbarer als sonst.	Ich bin viel reizbarer als sonst.	Ich bin ständig reizbar.	
18. Veränderungen des Appetits	Mein Appetit hat sich nicht verändert.	a) Mein Appetit ist etwas kleiner als sonst.	a) Mein Appetit ist viel kleiner als vorher.	a) Ich habe überhaupt keinen Appetit.	
		b) Mein Appetit ist etwas größer als sonst.	b) Mein Appetit ist viel größer als vorher.	b) Ich habe ständig großen Hunger.	
19. Konzentrations-schwierigkeiten	Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer.	Ich kann mich nicht so gut konzentrieren wie sonst.	Es fällt mir schwer, mich sehr lange auf etwas zu konzentrieren.	Ich kann mich auf gar nichts konzentrieren.	
20. Müdigkeit	Ich bin nicht müder als sonst.	Ich werde schneller müde als sonst.	Ich bin für viele Dinge, die ich früher gerne getan habe, zu müde.	Ich bin für die meisten Dinge, die ich früher getan habe, zu müde.	
21.					

22. Verlust des Interesses an Sex	Ich habe in letzter Zeit keine Veränderungen meines Interesses an Sex bemerkt.	Ich habe weniger Interesse am Sex als früher.	Ich habe jetzt viel weniger Interesse am Sex.	Ich habe das Interesse am Sex völlig verloren.	
--	--	---	---	--	--

Erfassung von Angst (BAI):

Instruktion:

Im Folgenden hören Sie eine **Auflistung von Empfindungen**, die vorkommen können, wenn man ängstlich ist. Bitte hören Sie diese Empfindungen sorgfältig an.

Geben Sie jeweils an, wie sehr Sie durch jede dieser Empfindungen in der **letzten Woche, einschließlich heute**, belastet waren.

„**Überhaupt nicht**“ bedeutet, dass das betreffende Symptom Sie nicht beeinträchtigt hat,

„**Wenig**“ bedeutet, dass es Sie nicht sehr gestört hat,

„**Mittel**“ bedeutet, dass es unangenehm war, sie es aber aushalten konnten,

und „**Stark**“ bedeutet schließlich, dass Sie es kaum aushalten konnten.

Wie sehr litten Sie in der letzten Woche unter...	Überhaupt nicht	wenig	mittel	Stark	<u>Notizen</u>
1. Taubheit oder Kribbeln	0	1	2	3	
2. Hitzegefühl	0	1	2	3	
3. weichen Knie oder Beinen	0	1	2	3	
4. der Unfähigkeit , sich zu entspannen	0	1	2	3	
5. Befürchtung des Schlimmsten	0	1	2	3	
6. Schwindlig oder benommen sein	0	1	2	3	

7. Herzrasen oder Herzklopfen	0	1	2	3	
8. wacklig oder schwankend	0	1	2	3	
9. Schrecken	0	1	2	3	
10. Nervös	0	1	2	3	
11. Erstickungsgefühle	0	1	2	3	
12. Zitternde Hände	0	1	2	3	
13. Zittrig	0	1	2	3	
14. Angst , die Kontrolle zu verlieren	0	1	2	3	
15. Atembeschwerden	0	1	2	3	
16. Angst zu sterben	0	1	2	3	
17. Furchtsam	0	1	2	3	
18. Magen- oder Darmbeschwerden	0	1	2	3	
19. Schwächegefühl	0	1	2	3	
20. Glühendes Gesicht	0	1	2	3	
21. Schwitzen (nicht wegen Hitze)	0	1	2	3	

Erfassung posttraumatischer Symptome (PCL-5):

Instruktion:

Dieser Fragebogen fragt nach **Problemen**, die Sie möglicherweise **nach einem sehr belastenden Erlebnis** mit eingetretenem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt erfahren haben. Es kann etwas sein, das Ihnen persönlich zugestoßen ist, wovon Sie Zeuge waren oder wovon Sie erfahren haben, dass es einem nahen Angehörigen oder engen Freund zugestoßen ist. Einige **Beispiele** sind ein **schwerer Unfall**; Feuer; **Naturkatastrophe** wie Orkan, Tornado oder Erdbeben; ein **gewalttätiger Angriff**, **sexueller Übergriff** oder **Missbrauch**, **Krieg**; **Mord** oder **Suizid**.

Bitte **beantworten Sie als erstes einige Fragen in Bezug auf Ihr schlimmstes Erlebnis**; das bedeutet für diesen Fragebogen das **Ereignis, das Sie zurzeit am meisten belastet**. Das kann eines der oben genannten Beispiele sein oder eine andere sehr belastende Erfahrung. Auch kann es um ein **einzelnes Ereignis** gehen (z.B. ein Verkehrsunfall) oder um **mehrere ähnliche Ereignisse** (z.B. mehrere belastende Erlebnisse in einem Kriegsgebiet oder wiederholter sexueller Missbrauch).

Benennen Sie bitte kurz das schlimmste Ereignis (wenn es für Sie in Ordnung ist, das zu tun):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wie lange ist es her? (Bitte schätzen, falls Sie sich nicht sicher sind)

Beinhaltete es eingetretenen oder **drohenden Tod**, **schwerwiegende Verletzungen** oder **sexuelle Gewalt**?

☐ Ja

☐ Nein

Auf welche Weise haben Sie es erlebt?

☐ Es ist mir selbst passiert.

☐ Ich habe es beobachtet.

☐ Ich habe erfahren, dass es einem nahen Angehörigen oder engen Freund passiert ist.

☐ Ich wurde im Rahmen meines Berufes wiederholt mit Details des Ereignisses konfrontiert (z.B. Rettungssanitäter, Polizist, Soldat oder anderer Ersthelfer)

☐ Sonstiges, bitte beschreiben:

.....

Falls das Ereignis den **Tod eines nahen Angehörigen oder engen Freundes beinhaltete**, war das die Folge eines **Unfalls** oder von **Gewalt**, oder war es die Folge **natürlicher Umstände**?

☐ Unfall oder Gewalt

☐ Natürliche Umstände

☐ Nicht zutreffend (Das Ereignis beinhaltete nicht den Tod eines nahen Angehörigen oder Freundes)

Denken Sie jetzt bitte an dieses schlimmste Ereignis, hören Sie jedes der Probleme genau an und geben dann an, wie stark Sie **im letzten Monat** durch dieses Problem belastet waren.

Im letzten Monat, wie sehr waren Sie belastet durch...	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark	<u>Notizen</u>
1. Wiederholte, beunruhigende und ungewollte Erinnerungen an das belastende Erlebnis?	0	1	2	3	4	
2. Wiederholte, beunruhigende Träume von dem belastenden Erlebnis?	0	1	2	3	4	
3. Sich plötzlich fühlen oder sich verhalten, als ob das belastende Erlebnis tatsächlich wieder stattfinden würde (als ob Sie tatsächlich wieder dort wären und es wiedererleben würden)?	0	1	2	3	4	
4. Sich emotional sehr belastet fühlen , wenn Sie etwas an das Erlebnis erinnert hat?	0	1	2	3	4	
5. Starke körperliche Reaktionen , wenn Sie etwas an das belastende Erlebnis erinnert hat (zB Herzklopfen, Schwierigkeiten beim Atmen, schwitzen)?	0	1	2	3	4	
6. Vermeidung von Erinnerungen, Gedanken oder Gefühlen in Bezug auf das belastende Erlebnis?	0	1	2	3	4	
7. Vermeidung äußerer Auslöser für Erinnerungen an das belastende Erlebnis (zB Personen, Plätze, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände oder Situationen)	0	1	2	3	4	
8. Schwierigkeiten , sich an wichtige Teile des belastenden Erlebnisses zu erinnern ?	0	1	2	3	4	
9. Starke negative Überzeugungen über sich selbst, andere Menschen oder die Welt (zB ich bin schlecht, mit mir stimmt ernsthaft etwas nicht, man kann niemandem vertrauen, die Welt ist absolut gefährlich)?	0	1	2	3	4	

10. Sich selbst oder jemand anderem Vorwürfe machen in Bezug auf das belastende Erlebnis oder was danach passiert ist?	0	1	2	3	4	
11. Starke negative Gefühle , wie zum Beispiel Angst, Schrecken, Ärger, Schuld oder Scham?	0	1	2	3	4	
12. Verlust von Interesse an Aktivitäten , die Ihnen früher Spaß gemacht haben?	0	1	2	3	4	
13. Sich von anderen Menschen entfernt oder wie abgeschnitten fühlen?	0	1	2	3	4	
14. Schwierigkeiten, positive Gefühle zu erleben (zB keine Freude empfinden können oder keine liebevollen Gefühle haben können gegenüber Menschen, die Ihnen nahestehen)?	0	1	2	3	4	
15. Reizbares Verhalten , Wutausbrüche, oder aggressives Verhalten ?	0	1	2	3	4	
16. Zu viele Risiken eingehen oder Dinge tun, die Ihnen Schaden zufügen könnten?	0	1	2	3	4	
17. In erhöhter Alarmbereitschaft , wachsam oder auf der Hut sein?	0	1	2	3	4	
18. Sich nervös oder schreckhaft fühlen?	0	1	2	3	4	
19. Konzentrationsschwierigkeiten ?	0	1	2	3	4	
20. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen ?	0	1	2	3	4	

Experteninterview mit Frau 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 Imaginationsmodelle 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“. Überschlagnmäßig 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 schmerzhaftes 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 überlebbarmachten. 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.