

Lizentiatsarbeit  
Institut für Psychologie  
Philosophisch–humanwissenschaftliche Fakultät  
Universität Bern

**Sinnhaftigkeit:  
*out* oder aktueller denn je?**

**Eine Untersuchung der Konstrukte *Existentialität*,  
*Emotionsregulation* und *psychische Gesundheit***

Ananda von Aesch Shaked

eingereicht am Institut für Psychologie der Universität Bern  
betreut durch Prof. Dr. H. Znoj und F. Fischer  
eingereicht bei Prof. Dr. H. Znoj

Bern, September 2007



## **Vorwort**

Ich danke Prof. H. Znoj ganz herzlich für die Möglichkeit, diese Arbeit verwirklichen zu können, für seine gute fachliche Betreuung und seine stets hilfsbereite Unterstützung, dann natürlich der Klinik SGM (Stiftung für ganzheitliche Medizin) für die bereitwillige Aufnahme des Fragebogens in die Testbatterie, den Psychologiepraktikantinnen für ihre Hilfe und dem Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit (FISG) für die Unterstützung meiner Forschungstätigkeit und dem damit verbundenen Mehraufwand. Mein besonderer Dank gilt in diesem Zusammenhang meinem externen Betreuer F. Fischer, welcher mich sowohl fachlich als auch moralisch unterstützt hat. Danken möchte ich auch Dr. M. Berking für die Nutzung des Fragebogens und A. Längle für die Anregungen und Literatur. Diese Arbeit wäre ohne all jene Personen, die mich in dieser Zeit in irgendeiner Weise begleitet und entlastet oder mir Rückmeldungen zum Manuskript gegeben haben, nicht möglich gewesen. Ihnen allen gebührt mein Dank, vor allem meinen Eltern und meinem Mann, der jüdischen Gemeinde Luzern und ganz besonders Suzan Bellisan und Ariane Hager.

Bern, September 2007

Ananda von Aesch Shaked



## Zusammenfassung

Existentialität – als wie sinnvoll das Leben wahrgenommen und dementsprechend gestaltet wird - ist im logotherapeutischen Kontext ein wichtiger Faktor für psychische Gesundheit (Längle, Orgler und Kundi 2000). In dieser Therapierichtung wird demnach Fokus auf die Verbesserung der Aspekte von Existentialität gelegt. Das Konzept ist jedoch im breiten wissenschaftlichen Kontext bisher kaum bekannt und empirisch wenig erforscht. Weitaus bekannter ist hingegen der Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Emotionsregulation (Gross 2007). In der vorliegenden Arbeit wurde der Zusammenhang zwischen Existentialität und psychischer Belastung an einer klinischen Stichprobe ( $N=231$ ) mittels Fragebogen bei Ein- und Austritt untersucht. Es interessierten vor allem Veränderungsforschung und Gruppenvergleiche.

- Die Resultate machen deutlich, dass Existentialität und psychische Belastung negativ zusammenhängen, und dass eine hohe Existentialität möglicherweise zu verbesserter psychischer Gesundheit führt.
- Die Resultate bestätigen sowohl den angenommenen Zusammenhang der drei Konstrukte als auch die Hypothese, dass hohe Existentialität und Emotionsregulation beim ersten Messzeitpunkt sowie deren Verbesserung zu verringerter psychischer Belastung beim zweiten Messzeitpunkt führt.
- Gleichzeitig wurde die Emotionsregulation zur Existentialität und zur psychischen Belastung in Beziehung gesetzt, um einen Vergleichsmaßstab zur Verfügung zu erhalten. Mittels multipler Regression konnte gezeigt werden, dass sich Existentialität und deren Veränderung im Gegensatz zu Emotionsregulation als guter Prädiktor für die psychische Belastung bei Behandlungsende erweist.



# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Theoretischer Hintergrund</b>	<b>3</b>
2.1	Existentialität	3
2.1.1	Hintergrund und Entwicklung des Konzeptes	3
2.1.2	Begriffsdefinitionen	5
2.1.3	Fazit	12
2.2	Emotion	13
2.2.1	Emotionsdefinition	13
2.2.2	Neurobiologische Grundlagen	16
2.2.3	Funktionen von Emotion	17
2.2.4	Probleme im Zusammenhang mit Emotionen	18
2.3	Emotionsregulation	19
2.3.1	Definition	19
2.3.2	Wie können Emotionen reguliert werden?	21
2.3.3	Existentialität und Emotionsregulation	24
2.3.4	Fazit	24
2.4	Psychische Gesundheit	25
2.4.1	Definition	25
2.4.1.1	Wohlbefinden und Soziale Beziehungen als Teil psychischer Gesundheit	26
2.4.2	Existentialität und psychische Gesundheit	27
2.4.3	Forschungsstand zu psychischer Gesundheit und Emotionsregulation	29
2.5	Fazit	30
<b>3</b>	<b>Forschungsfragen, Hypothesen und statistisches Vorgehen</b>	<b>31</b>
3.1	Forschungsfragen	31
3.2	Hypothesen	32
3.2.1	Zusammenhänge zwischen den Konstrukten	32
3.2.2	Veränderung der Konstrukte und Gruppenvergleiche	34
<b>4</b>	<b>Methodik</b>	<b>37</b>
4.1	Methodische Grundlagen	37
4.2	Untersuchungsdesign und Datenerhebung	38
4.3	Stichprobenbeschreibung	40
4.4	Operationalisierung	41

4.4.1 Erhebung der Existentialität: ESK .....	42
4.4.2 Erhebung der Emotionsregulation: EMO-Check .....	43
4.4.3 Erhebung der psychischen Gesundheit: SCL und BDI .....	44
4.4.3.1 Wohlbefinden, soziale Beziehungen und körperliche Gesundheit .....	45
4.4.4 Weitere Messmittel.....	45
4.5 Darstellung der Behandlung .....	47
<b>5 Resultate .....</b>	<b>48</b>
5.1 Zusammenhänge zwischen den Konstrukten .....	48
5.2 Veränderung der Konstrukte und Gruppenvergleiche.....	54
5.3 Ergebnisse im Überblick .....	59
<b>6 Diskussion .....</b>	<b>60</b>
6.1 Methodische Güte der Untersuchung .....	60
6.2 Inhaltliche Resultate .....	64
6.3 Schlussfazit und zukünftige Forschung.....	71
<b>7 Literatur .....</b>	<b>73</b>
<b>8 Anhang .....</b>	<b>83</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Existentialität mit den 4 Teilkomponenten und den psychologischen Entsprechungen.....	9
Abbildung 2:	Die 4 Bedingungen existentieller Erfüllung und ihre Verbindungen zueinander (in Anlehnung an Sym, Wiraszka-Lenwandowska und Kokoszka 2006) .....	10
Abbildung 3:	Existentialität in Zusammenhang mit den Konstrukten Psyche, Biologie und Soziales System .....	12
Abbildung 4:	Das modale Modell der Emotion (nach Gross und Thompson 2007).....	15
Abbildung 5:	Hirnareale im Überblick (Quelle: <a href="http://cti.itc.virginia.edu">http://cti.itc.virginia.edu</a> ).....	16
Abbildung 6:	Prozessmodell der Emotion: Reihenfolge der Abläufe und Veränderungsstrategien (in Anlehnung an Gross et al. 2007).....	21
Abbildung 7:	Zusammenhang zwischen Emotion und psychischer Gesundheit.....	27
Abbildung 8:	Untersuchungsdesign .....	38
Abbildung 9:	Bildschirmbeispiel eines Items aus dem Fragebogen zur Emotionsregulation.....	39
Abbildung 10:	Die psychische Belastung der Subgruppen der Existentialität beim ersten Messzeitpunkt .....	50
Abbildung 11:	Die Emotionsregulation der Subgruppen der Existentialität beim ersten Messzeitpunkt .....	51
Abbildung 12:	Die Korrelationen der Konstrukte Existentialität, Emotionsregulation & psychische Belastung .....	53
Abbildung 13:	Korrigierte Korrelationen der Konstrukte Existentialität, Emotionsregulation.....	53
Abbildung 14:	Die Mittelwerte der Gesamtstichprobe für GSI, GM und ER bei $t_1$ und $t_2$ ..	54
Abbildung 15:	Subgruppen der Existentialität ( $t_1$ ) hinsichtlich psychischer Belastung bei $t_2$	55

Abbildung 16: Interaktion zwischen psychischer Belastung und der Verbesserung in Existentialität .....	55
Abbildung 17: Subgruppen der Existentialität ( $t_1$ ) hinsichtlich Emotionsregulation bei $t_2$ ..	56
Abbildung 18: Interaktion zwischen Emotionsregulation und der Verbesserung in Existentialität .....	56
Abbildung 19: Subgruppen der Emotionsregulation ( $t_1$ ) hinsichtlich psychischer Belastung bei $t_2$ .....	57

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Schritte der Intervention in der Existenzanalyse .....	11
Tabelle 2:	Emotionsbezogene Symptome im DSM-IV (in Anlehnung an Kring & Werner 2004).. .....	30
Tabelle 3:	Aussagekraft von Korrelationen und Effektstärken .....	37
Tabelle 4:	Altersverteilung und durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Stichprobe ...	40
Tabelle 5:	Hauptdiagnose bei Eintritt mit ICD-Bezeichnung .....	41
Tabelle 6:	ESK-Skalen mit Beispiel-Items.....	42
Tabelle 7:	Die Skalen des EMO-Check Teil 2 mit der Itemzahl und jeweils einem Beispielitem .....	44
Tabelle 8:	Alle verwendeten Instrumente der Klinik SGM bei Ein- und..... Austrittsdiagnostik.....	46
Tabelle 9:	Korrelationen zwischen den Existentialitäts- & Wohlbefindensmassen.....	49
Tabelle 10:	ANOVA für psychische Belastung UV:GM .....	50
Tabelle 11:	Korrelationen zwischen Emotionsregulation & .....	52
Tabelle 12:	Multiple Regression für das Kriterium psychische Belastung bei Austritt ..	58
Tabelle 13:	Multiple Regression auf das Kriterium Wohlbefinden post.....	58
Tabelle 14:	Überblick über alle Hypothesen mit der Angabe, ob verifiziert, partiell verifiziert oder verworfen .....	59



# 1 Einleitung

Wer ein Warum zu leben hat, erträgt fast jedes Wie.  
(Nietzsche)

Die klinische Psychologie beschäftigt sich mit der Entstehung, der Diagnostik und mit der Therapie psychischer Störungen. Beim Betrachten der Statistik kann festgestellt werden, dass ein beträchtlicher Teil der Bevölkerung an psychischen Störungen leidet (Weltgesundheitsorganisation, Bundesamt für Statistik 2001). Damit Menschen mit psychischen Störungen so gut als möglich geholfen und ihr Leid gemindert werden kann, sind realitätsnahe Modelle bezüglich Entstehung und Veränderung notwendig. Es sind ferner gut belegte Diagnose-Taxonomien psychischer Störungen und entsprechend wirksame Interventionen nötig. Man geht heute von multifaktoriellen Modellen der Entwicklung psychischer Störungen aus. Mögliche Prädiktoren psychischer Gesundheit sind demnach z.B. biologische Vulnerabilität, Temperament, Erziehung, soziokultureller Hintergrund, Lebensereignisse und individuelle Faktoren wie Selbstwirksamkeitserwartung, Emotionsregulationskompetenz und soziale Beziehungen. Die Erforschung dieser Prädiktoren kann psychische Gesundheit teilweise erklären. Nach Grawe (1998) ist die Wissenschaft aber noch weit davon entfernt, als dass sie den psychischen Vorgängen wirklich auf die Spur kommen könnte. Vermutlich gibt es also bisher noch unentdeckte oder aber vernachlässigte Variablen. Eine solche Vernachlässigung liegt möglicherweise im Bereich der als sinnvoll wahrgenommenen Existenz. Das Konzept beruht auf demjenigen der Logotherapie und den Erfahrungen des Holocaust-Überlebenden Viktor Frankl. Die Grundüberlegung dahinter ist, dass der Mensch zum Funktionieren Sinn in seinem Leben sehen und diesen so gut wie möglich verwirklichen muss. Fehlt dieser grundlegende Sinn, so entstehen mit grosser Wahrscheinlichkeit psychische Störungen (Frankl, 1977). Erste Forschungsergebnisse deuten an, dass Zusammenhänge zwischen Sinnhaftigkeit und psychischer Gesundheit bestehen (Nindl 2001, Thege 2006, de Landbouere, Martin, Kazmierzak, Fraisse und Toscani 2000). Diese Ergebnisse sind aber bei weitem noch nicht als gesichert anzusehen und bedürfen der weiteren Erforschung. Aus diesem Grund soll in der vorliegenden Arbeit untersucht werden, wie Existentialität mit psychischer Gesundheit zusammenhängt, und ob und wie sich die Veränderung der Existentialität auf die psychische Gesundheit auswirkt. Aufbauend auf diesen Überlegungen wird es zusätzlich um die Erforschung der Emotionsregulation im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit und Existentialität gehen. Emotionen wurden, obwohl sie integraler Bestandteil des täglichen Lebens sind, in der Psychologie lange Zeit vernachlässigt

---

(Greenberg 2000). Wie gut Personen mit ihren Emotionen umgehen und sie beeinflussen können wird als **Emotionsregulation** bezeichnet und wurde in letzter Zeit immer **mehr** erforscht (Gross 1998). Emotionsregulation wird als Mitindikator für psychische Gesundheit oder Beeinträchtigung betrachtet. Insofern könnte das Konzept als eine **Subkategorie für psychische Gesundheit** angesehen werden. Berenbaum, Raghavan, Le, Vernon und Gomez (2003) gehen sogar soweit und schlagen vor, eine ergänzende Achse ins DSM-V aufzunehmen, welche Auskunft über die Emotionsregulation gibt. In der vorliegenden Arbeit soll nun die Relevanz der Existentialität und der Emotionsregulation aufgezeigt und der Einfluss, den beide Konstrukte auf die psychische Gesundheit haben, einander gegenübergestellt werden. Das Ziel ist es, einen Beitrag zur Aufnahme der wissenschaftlichen Erforschung der Existentialität zu leisten und so gegebenenfalls das Modell der Entstehung und Veränderung psychischer Störungen ein wenig zu erweitern.

***Der Aufbau der vorliegenden Arbeit gestaltet sich folgendermassen:***

- (1) Als erstes sollen die Konstrukte Existentialität, Emotion, Emotionsregulation und psychische Gesundheit vorgestellt werden. Dabei wird der theoretische Rahmen und der neuste Stand der Forschung berücksichtigt (Kapitel 2).
- (2) Im Anschluss werden die untersuchten Hypothesen vorgestellt (Kapitel 3). Hierbei geht es grundsätzlich um die Zusammenhänge zwischen den Konstrukten, jedoch in erster Linie um die Veränderung der psychischen Gesundheit in Abhängigkeit der Veränderung von Existentialität und Emotionsregulation. Es werden zugleich verschiedene Ausprägungsgruppen untersucht. Schliesslich wird der Einfluss der Emotionsregulation dem Einfluss der Existentialität auf die psychische Gesundheit gegenübergestellt.
- (3) Danach gibt es einen Überblick über die Methoden (Kapitel 4). Im fünften Kapitel folgen die Resultate der Untersuchung und anschliessend die Diskussion der Ergebnisse (Kapitel 6) sowie die daraus resultierenden Folgerungen und Implikationen.

---

## 2 Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel wird erläutert, was unter Existentialität, Emotion, Emotionsregulation und psychischer Gesundheit verstanden wird. Dann werden mögliche Zusammenhänge zwischen Emotionsregulation und psychischer Gesundheit dargelegt.

### 2.1 Existentialität

Das Konzept der Existentialität entwickelte sich **aus der Logotherapie**<sup>1</sup> aus. Daher soll hier zuerst etwas zu den Hintergründen gesagt werden, bevor eine Definition der Existentialität gegeben wird. Die Definition und der Gebrauch dieses Begriffs sind kaum bekannt und werden mit anderen Bereichen in Verbindung gebracht, z.B. mit Klimawandel, Kultur und vor allem Philosophie (siehe z.B. Sartre 1996). Frankl (1981) betont diesbezüglich, dass sich die Existenzphilosophie zwar das Subjekt und dessen freie Entscheidung zum Thema gemacht habe, jedoch werde nicht beantwortet, von wem und wozu der Mensch frei sei. Für Frankl liegt die Antwort in der Verantwortung: der Mensch ist frei, Verantwortung zu übernehmen oder nicht (Frankl 1972). Im Bereich der Psychologie beschränkt sich die Literatur auf Werke des Begründers der Logotherapie (Frankl), dessen Schüler Alfred Längle und weiterer Vertreter der Existenzanalyse. Zudem gibt es eine Therapierichtung, die sich existentielle Psychotherapie<sup>2</sup> nennt. Im breiten wissenschaftlichen Kontext ist das Konzept jedoch bisher unerwähnt geblieben.<sup>3</sup>

#### 2.1.1 Hintergrund und Entwicklung des Konzeptes

Die Logotherapie geht auf den aus Österreich stammenden Mediziner Viktor Emil **Frankl** zurück (1905 – 1997), welcher bis 1927 Schüler von Alfred Adler war. Er entwickelte dessen Individualpsychologie weiter, was jedoch keinen Anklang fand. Daher wurde er aus der Gesellschaft für Individualpsychologie ausgeschlossen. Als Antwort auf das Vorgehen der Anpassung des Triebes an die Wirklichkeit der Psychoanalyse und die Gestaltung der Wirklichkeit der Individualpsychologie entwickelt Frankl das Konzept der „Höhenpsychologie“.

---

<sup>1</sup> Logos griechisch für Sinn (Meyers Lexikon 1928).

<sup>2</sup> Yalom (1989 S. 15) definiert folgendermassen: „Existentielle Psychotherapie ist ein dynamischer Zugang zur Therapie, die sich auf die Gegebenheiten konzentriert, welche in der Existenz des Individuums verwurzelt sind“.

<sup>3</sup> Literaturrecherche in einschlägiger online Datenbanken und Journals liefern keine nennenswerte Resultate.

---

Hierbei geht es eher um einen absoluten Sinn und Verantwortung als um die Gestaltung der Wirklichkeit. Sinn könne aber immer jeweils nur für die jeweilige Person absolut sein (Frankl 1993). Während Frankl den Begriff *Existenzanalyse* erstmals 1933 benutzte, sprach er bereits 1926 von *Logotherapie*. Mitbestimmend für die Entwicklung seiner Theorie und deren Anwendung mag seine vierjährige Tätigkeit als Leiter der Selbstmordabteilung in einem psychiatrischen Krankenhaus in Wien gewesen sein. Dort bekam er hautnah mit, wie viele Menschen in ihrem Leben keinen Sinn mehr sahen und dieses nicht mehr als lebenswert betrachten konnten. In seinem Beitrag „Bemerkungen zur Pathologie des Zeitgeistes“ beschreibt er, wie er die Entscheidung traf, Patienten zu entlassen oder weiterhin zu behalten: er stellte ihnen die Frage, *warum* sie sich *nicht mehr* umbringen würden, und bezog sich dann jeweils auf deren Antwort (Frankl 1994). Weil er jüdischer Abstammung war, hat Frankl die Schrecken des 2. Weltkrieges am eigenen Leib erfahren. Er hat mehrere Konzentrationslager überlebt.<sup>4</sup> Dies führte dazu, dass Frankl sich fortan noch vertiefter der Frage nach einem Sinn widmete. Er kam zur Überzeugung, dass der Mensch ein Bewusstsein für Sinn und ein Streben danach hat. Er glaubte fest daran, dass dieser Sinn existieren müsse. Kritiker beurteilen seine Haltung als trivial und pseudo-existentialistisch, welche wie Frankl selbst sagt (Frankl 1994, S 44), am besten mit Franz Werfels Analogie zusammengefasst werden kann, nämlich, dass Durst der Beweis für die Existenz von Wasser sei. Die eher philosophisch als wissenschaftliche Argumentation des Begründers muss aber nicht bedeuten, dass das Konzept nicht seine Richtigkeit hat. Sein therapeutischer Ansatz verdient nichtsdestotrotz Beachtung.

### ***Frankls Theorie***

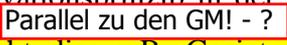
Durch seine ausgedehnten philosophisch-psychologischen Auseinandersetzungen und seine literarische Arbeit kam er u.a. zu der Einsicht, dass die Probleme der meisten Menschen sich in Richtung Sinnlosigkeit verlagerten (Frankl 1977, 1981). Die Zunahme an Sinnlosigkeitsgefühlen bezeichnete Frankl als „Massenneurose“, was zu seiner zweiten Einsicht führte: das Problem der heutigen Zeit sei, dass der Mensch keinen Instinkt mehr habe, der ihm sagt, was er tun müsse. Hinzu komme, dass die Tradition nicht mehr die Autorität besitze vorzugeben, was man tun und lassen solle. Die Folge dieser beiden Fakten sei, dass der moderne Mensch immer weniger wisse, was er eigentlich tun will (Frankl 1977). Und weil laut Frankl die Menschen mehr Freizeit hätten, ihre Zeit jedoch weniger strukturiert sei, führe dies zusätzlich

---

<sup>4</sup> Allerdings weist eine kritische Biographie darauf hin, dass Frankl nur mehrere Tage im KZ  racht habe (Pytell 2005).

zu weniger sinnvollen Inhalten (Frankl 1981). Diese Überlegungen werden von arbeitspsychologischen Befunden gestützt, weil Arbeit mehrere Funktionen hat, so unter anderem auch diejenige der Zeitstrukturierung (Sonntag und Frieling 1999). Zentral in Frankls Theorie ist der so genannte *Wille zum Sinn*. Gleichzeitig geht Frankl aber auch davon aus, dass der Mensch die Fähigkeit besitze, Sinn zu finden. Werde dieses Motiv frustriert, dann äussere sich dies in sinkendem Selbstwertgefühl, Depression und Neurosen. Sinnlosigkeit trete dann auf, wenn die Person ihre Verantwortung und ihre Freiheit nicht wahrnehme (Frankl 1969, 1984). Die zweite Grundüberzeugung bezieht sich auf die *Drei-Dimensionalität des Menschen*, nämlich dass der Mensch eine physische-, eine emotionale- und eine spirituelle Komponente besitze (Frankl 1986). Die drei wichtigsten Säulen der Logotherapie sind denn auch die *Willensfreiheit*, der *Wille zum Sinn* und der *Sinn des Leidens* (Guttman 1997). Das Ziel dabei ist, den Menschen soviel Sinn als möglich in seinem Leben entdecken zu lassen. Frankl war bestrebt, das Leiden zu lindern, und er war überzeugt, eine Antwort auf die existentielle Frage nach dem Sinn des Lebens gefunden zu haben. Ein wichtiger Schüler Frankls, Alfred Längle, hat sich weiter mit dem Sinnthema befasst, hat dieses aus seiner Sicht weiterentwickelt und 1988 ein Erfassungsinstrument für die Existentialität geschaffen. Das dahinter stehende Konzept soll im folgenden Abschnitt vorgestellt werden. Auf das Instrument selbst wird in einem späteren Teil der Arbeit eingegangen (4.4.1).

### 2.1.2 Begriffsdefinitionen

Die Definition von Existentialität erfordert als erstes die Einführung von Frankls Definition von „Sinn“. Darunter versteht er den *Lebenssinn*.  geht davon aus, dass das Bedürfnis des Menschen, einen Sinn im eigenen Leben zu sehen, zentral ist (Frankl 1972). Dies rückt die Logotherapie in die Nähe der Motivationstheorien (Böckmann 1997). Frankl postuliert  dass andere Motive wie z.B. das Streben nach Macht sich erst dann ausprägen, wenn das Sinnmotiv frustriert ist. Das vorrangige Motivationsprinzip in der Logotherapie ist also der Wille zum Sinn (Fazzotti 1993).  Anders sieht dies z.B. Gasiet (1981), welcher mehr in Richtung Maslow'sche Bedürfnispyramide tendiert und davon ausgeht, dass zwar Grundbedürfnisse (hier physiologisches Grundbedürfnis, zwischenmenschliche Beziehung, soziale Anerkennung und Sinn) alle gleichzeitig vorhanden sein können, das Bedürfnis nach Sinn jedoch nur bei den wenigsten Menschen ausgeprägt sei. Es zeige sich z.B. verstärkt, wenn andere Bedürfnisse zugunsten der Sinnsuche in den Hintergrund treten (wie z.B. in einer Lebenskrise - midlife-crises), wenn das Bedürfnis nach sozialer Anerkennung unwichtig

werde. Frankl würde eine solche Begebenheit wohl von der entgegengesetzten Perspektive aus betrachten: gerade die Suche nach Sinn zeigt ja auf, dass eben dieses Bedürfnis nicht oder nicht mehr ausreichend befriedigt wird und somit untergeordnetere Bedürfnisse an Wichtigkeit einbüßen müssen. Sinn ist aber nicht absolut. Frankl (1986, S 294) schreibt hierzu Folgendes: „*Meaning must be specific and personal, a meaning which can be realized by this one person*“. Als Weiterentwicklung der Beschäftigung mit der Sinnfrage wurde das Konzept der Existentialität formuliert. Kurz gesagt bezeichnet Existentialität, dass das Leben als erfüllt empfunden wird.

Als **Arbeitsdefinition** soll gelten:

„...die Fähigkeit, sich mit sich selber und mit den äusseren Lebenssituationen *auseinandersetzen* zu können und zu einem *sinnvoll gestalteten* Leben zu kommen, dessen Führung *authentisch* begründet ist.,,

(Längle, Orgler und Kundi 2000, S. 54).

Diese Definition impliziert, dass jede Person in jeder Situation einen für sie stimmigen Umgang mit sich und ihrer Umwelt finden muss, und beschränkt sich daher auch nicht auf Menschen, die bewusst und aktiv auf Sinnsuche sind. Existentialität bezeichnet die personale Fähigkeit, das eigene Leben sinnvoll zu gestalten, sich mit sich selbst und mit der Welt zurechtzufinden und auf die inneren und äusseren Anforderungen und Wertangebote eingehen zu können, sodass sich innere Erfüllung einstellt und das Leben als sinnvoll wahrgenommen wird. Es gibt vier Bedingungen (noetische<sup>5</sup> Ressourcen), um zu einer sinnerfüllten Existenz zu gelangen (Längle 1988). Nach Längle & Orgler (1993,1996) stellen die vier Franklschen Konzepte *Selbst-Distanzierung*, *Selbst-Transzendenz*, *Freiheit* und *Verantwortung* Aspekte der Existentialität im Zusammenhang mit Sinnfindung dar. Diese Teilaspekte von Existentialität sollen hier nun im Einzelnen vorgestellt werden.

### ***Selbst-Distanzierung***

Unter Selbst-Distanzierung wird die Fähigkeit verstanden, zu sich selbst Abstand gewinnen zu können (Längle et al. S 45). Es geht dabei nicht darum, keine Wünsche, Ängste, Gefühle oder Ziele zu haben, sondern diese in einem gesunden Masse auf Distanz halten d.h.

<sup>5</sup> Noetik: Erkenntnislehre (Dorsch 2004).



---

regulieren zu können. Dies schliesst mit ein, dass eine Person<sup>6</sup> nicht auf sich selbst fixiert ist und ausschliesslich reizabhängig reagiert, sondern dass die Situation wahrgenommen wird und klar über die realen Begebenheiten nachgedacht werden kann. Es handelt sich im psychologischen Sinne um eine kognitive Fähigkeit. Abbildung 1 (Seite 9) zeigt den jeweiligen Existentialitätsaspekt und die psychologische Entsprechung. Ein Sachverhalt wird wahrgenommen, und daraus wird Information bezogen. Nach Längle et al. (2000) liegt Selbst-Distanzierung auf den Polen intrapsychische Verhaftung und völlige Distanz zu sich selbst (*Selbstbezogenheit* und *Sachlichkeit*). Das sinnvolle Mittelmass liegt bei Offenheit für die Aussenwahrnehmung mit erhaltenem Selbstbezug.

### ***Selbst-Transzendenz***

Nach Frankl bezeichnet Selbst-Transzendenz „das fundamental-anthropologische Phänomen, dass Menschsein immer auch schon über sich selbst hinausweist auf etwas, das nicht wieder es selbst ist“ (Frankl 1994, S. 39). Es geht um den Bezug zu etwas oder jemanden, auf einen Sinn hin, den es zu erfüllen oder einen Menschen, den es zu lieben gilt. Längle definiert Selbst-Transzendenz als die *Fähigkeit zum emotionalen Mitschwingen und zum Wahrnehmen des inneren Berührtseins durch das Erlebte* (Längle et al. 2000 S. 47). Durch diese Fähigkeit kann man sich innerlich auf Werte einlassen, wodurch ein Selbstbezug möglich wird. Frankl (1984) betont auch das Wertempfinden, worunter er Gefühlsklarheit versteht. Eine Gegebenheit kann nur dann an Wichtigkeit gewinnen, wenn sie subjektive Werte berührt, und wenn gleichzeitig ein Zugang zu den eigenen Gefühlen besteht. Erst dadurch wird möglich, dass eine Person über sich hinausgehen, emotionale Beziehungen aufnehmen, sich auf Dinge oder andere Menschen einlassen und eine innere Beziehung zum Erlebten aufnehmen kann. Dieses Konzept kann also am ehesten dem psychologischen Konzept der Emotion zugeordnet werden.<sup>7</sup> Dies insofern, als eine Bewertung in emotional wichtig/unwichtig und angenehm/unangenehm stattfindet. Die Pole dieses Konstruktes liegen bei *emotionaler Unverbindlichkeit* und *emotionaler Ansprechbarkeit*. Im Idealfall ist bei einem Menschen die

---

<sup>6</sup> Wo immer möglich, benutzt die Verfasserin neutrale Bezeichnungen, der Einfachheit halber wird jedoch auf mühsame Erwähnung beider Geschlechter verzichtet und in Gedanken die weibliche Form in der männlichen eingeschlossen.

<sup>7</sup> Vgl. Grawe, welcher Emotionen im Zusammenhang mit Konsistenz und Zielen (Powers) versteht: negative bei Inkonsistenz und positive bei Konsistenz. Ziele können hier mit Werten verglichen werden, was auch der zweitobersten Ebene von Powers entspricht.

---

Fähigkeit zum emotionalen Mitschwingen und zu innerer Anteilnahme vorhanden, ohne dass er sich in jeder Situation emotional betroffen zu fühlen braucht. Ist die oben genannte Fähigkeit schwach ausgeprägt, so zeichnet sich die Person durch emotionale Flachheit und Beziehungsarmut aus.

Die beiden Werte runden sich gegenseitig ab. So ist z.B. eine sehr hohe Selbst-Transzendenz nicht grundsätzlich ein Problem, vorausgesetzt, dass auch die Selbst-Distanzierung hoch ist, denn dann kann nämlich die stark emotional reagierende Person gleichzeitig innerlich auf Distanz zu ihren Gefühlen gehen. Dieses zusammengesetzte Mass wird als *Personalität* bezeichnet und ist nach Frankl (1984) der wichtigste Teil der Existentialität aus. Personalität wiederum wird definiert als Zugänglichkeit und Erreichbarkeit für Person und die Welt (die Pole liegen auf Verslossenheit vs. Offenheit) (Längle et al. 2000).

### ***Freiheit***

Laut Definition bedeutet Freiheit, sich für die *Möglichkeiten entsprechend der subjektiven Wertung zu entscheiden und reale Handlungsmöglichkeiten ausfindig machen zu können, diese zu bewerten, um dann zu einer persönlichen Entscheidung zu kommen*. Für das Verständnis dieser Bedingungskonstante von erfüllter Existentialität ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass die Entscheidungsfähigkeit und die realen Handlungsmöglichkeiten von einer Vielzahl von Variablen abhängig sind. Unter anderem beeinflussen Konzentration, Mut, tatsächlicher Handlungsspielraum usw. diesen Prozess. Wichtig sind hier aber nicht nur die Bedingungen selbst sondern die Bezugnahme zu diesen inneren und äusseren Bedingungen durch das Wahrnehmen vorhandener Wahlmöglichkeiten und Alternativen. Ein freier Mensch ist sich also seiner Möglichkeiten bewusst. Dieses Bewusstsein erlaubt ihm zu urteilen, frei zu wählen und zu entscheiden, was wiederum psychologischen Konzepten entspricht. Nach Längle führt die wiederholte Erfahrung problemloser Entscheidungsfindung dazu, dass sich eine Person frei fühlt (Längle et al. 2000). Auch hier gibt es wiederum zwei Extreme, und zwar Entscheidungsunfähigkeit und Entscheidungssicherheit, möglicherweise mit Widerwillen gegen Einengung und sich Festlegen. Und auch hier ist eine mässig hohe Ausprägung wünschenswerter (Klarheit und Festigkeit in der Urteilsbildung und der Entscheidungsfindung) als eine extrem hohe Ausprägung. Längle geht davon aus, dass wenig Freiheit verschiedene Probleme mit sich bringt oder aber Symptomatik unterschiedlicher Störungsbilder darstellt, so z.B. ängstliche und depressive Reaktionsformen.

### **Verantwortung**

Hierbei geht es um die *Bereitschaft, sich entschieden und pflichtbewusst auf persönliche Aufgaben und Werte einlassen zu können*. Die allgemeine Psychologie könnte diesem Konzept wohl am ehesten Handlungsorientierung zuordnen. Zum besseren Verständnis seien wiederum die beiden Pole genannt. Eine Person mit minimaler Verantwortung zeichnet sich demnach durch geringe Eigenverantwortung, *Unverbindlichkeit* und mangelndes Engagement aus, während die Extremausprägung engagiertes Handeln und *Pflichtbewusstsein* mit sich bringt. Wünschenswert scheint auch hier eine Ausprägung im hohen anstelle im sehr hohen Bereich, denn im Extremfall ist eine Person ansonsten gezeichnet von reiner Pflichterfüllung. Freiheit und Verantwortung sollten allerdings nicht isoliert betrachtet werden. Denn eine Person, die beispielsweise konsequent den eigenen Werten verpflichtet ist und diese mit ausgeprägter Konsequenz verfolgt, wird ihre Situation anders bewerten als jemand, der unentschieden ist und sich nicht für die eigenen Werte einsetzt, allerdings voller Pflichtgefühl die an ihn durch die Umwelt herangetragenen Aufgaben erfüllt. Dieser zusammengesetzte Wert wird bei Längle als *Existentialität* bezeichnet, was ein entschiedenes, verantwortliches Sich-auf-die-Welt-einlassen beinhaltet.

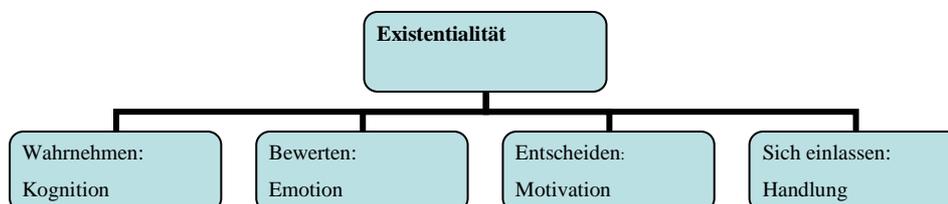


Abbildung 1: Existentialität mit den 4 Teilkomponenten und den psychologischen Entsprechungen

Um Verwechslung mit dem Oberbegriff *Existentialität* zu vermeiden wird im Folgenden im Zusammenhang mit der hier erwähnten Subkategorie von *Existentialitätsmass* (EM) gesprochen. Die Erfüllung all dieser vier Bedingungen in einem persönlich befriedigenden Masse führen zu der Fähigkeit, mit sich selbst und der Welt kompetent umgehen und auf die inneren und äusseren Wertangebote eingehen zu können (Längle et al. 2000).

### **Entwicklung und Veränderung der Existentialität**

Es wird davon ausgegangen, dass sich die einzelnen Bereiche in aufsteigender Reihenfolge bilden. Die dicken Pfeile in Abbildung 2 symbolisieren den normalen zeitlichen (und auch ontogenetischen) Ablauf. Zuerst muss der Mensch fähig werden zu sich selber auf Distanz zu gehen, damit überhaupt etwas ausserhalb der eigenen Person im Wertesystem Platz finden

kann. Sodann werden sich bei einem heranwachsenden Menschen Werte bilden, welche über das eigene Selbst hinaus einen Bezug zur Umwelt schaffen. Das erste Objekt wird in den meisten Fällen die Mutter sein. Bereits ein Baby muss jedoch die Erfahrung machen, dass das geliebte Objekt „Mutter“ nicht immer verfügbar ist. Das Kleinkind muss lernen, irgendwie damit umzugehen.

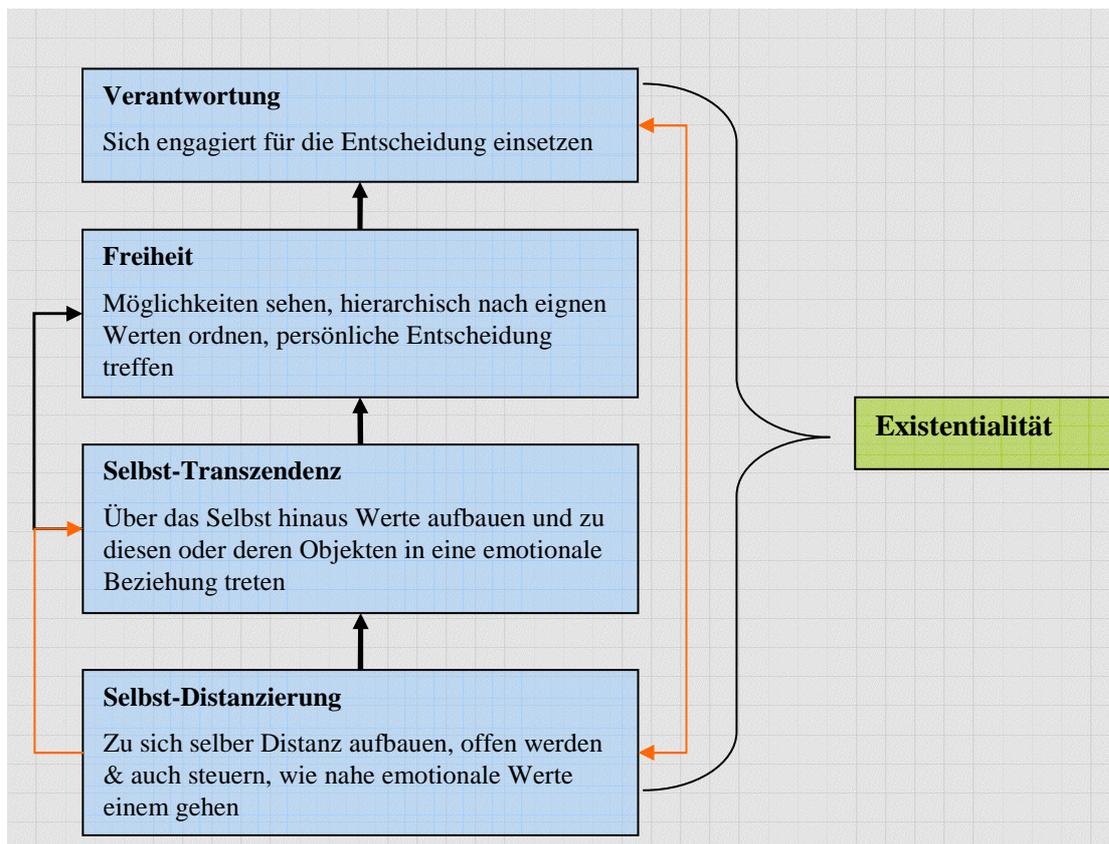


Abbildung 2: Die 4 Bedingungen existentieller Erfüllung und ihre Verbindungen zueinander (in Anlehnung an Sym, Wiraszka-Lenwandowska und Kokoszka 2006)

Hier könnte sich die Selbst-Distanzierung womöglich bereits weiter entwickeln, und zusätzlich werden weitere Werte wichtig. Zu einem späteren Zeitpunkt wird sich das Kind vielleicht zwischen der Nähe zur Mutter oder einem Erkundungsausflug im Sandkasten entscheiden müssen. Es kann sich für eine bestimmte Handlung entscheiden mittels einer intuitiven Erwägung der Werte (z.B. Mutter versus Spieldrang) und gleichzeitig einer mehr kognitiven Betrachtung (möglicherweise wird der mehr emotionale Wert „Mutter“ etwas beiseite geschoben). Dann wird das Kind vielleicht voller Elan an einem Sandschloss bauen (Verantwortung). Diese ontogenetische Sichtweise wird dadurch gestützt, dass existentielle Erfüllung im jungen Erwachsenenalter niedriger ist, langsam anwächst (Barbona 1997) und in mittleren Jahren ihren Höhepunkt erreicht, was sich anhand der Altersnormen des Existentialitätsfragebogens zeigen lässt (Längle et al. 2000). Die dünneren seitlichen Pfeile stellen mögliche Querverbindungen aus Sicht der Verfasserin dar. Die orange Farbe soll

darauf hinweisen, dass es hier allenfalls zu Beeinträchtigungen kommen kann, falls diese Pfeile die ursprüngliche Aufwärtsbewegung überdecken. Dies soll an einem Beispiel aufgezeigt werden: Eine Person richtet sich anstelle vorgängiger Herausbildung eigener Werte einfach nach äusseren Werten und setzt sich für diese ein, ohne einen inneren Bezug dazu zu haben. Diese Haltung beeinflusst nun ihrerseits die Art und Weise, wie Werte, Ziele und Gefühle bewertet werden, und somit besteht wenig Freiraum für eine Weiterentwicklung in Richtung persönlich sinnvolle Existentialität. Es ist natürlich denkbar, dass auch ganz andere Beeinflussungspfade bestehen. Wie erwähnt ist diese Aufstellung etwas spekulativ, und es fehlt an brauchbarer Forschung. Zur aktiven Veränderung und Entwicklung der Existentialität hat die Logotherapie ein Verfahren entwickelt, welches darauf abzielt, die Existentialität der Patienten zu erhöhen. Dies wird anhand der vier Schritte des SEM (Sinnerfassungsmethode) gemacht. SEM zielt auf die Verbesserung der vier Bedingungen und Teilkomponenten der Existentialität ab (Längle 2004). Dabei geht es im Wesentlichen darum, dass der Patient zu einer Verantwortlichkeit in seinem eigenen Leben findet.

Tabelle 1: Schritte der Intervention in der Existenzanalyse

Schritte der SEM	anthropologische Funktion	Ausgangsfragen
1. Wahrnehmen	Bewusstsein	Was liegt vor - was wäre wenn?
2. Werten	Gefühl	Wie wichtig /wertvoll sind die Möglichkeiten?
3. Wählen	Wille	Was will <i>ich</i> ?
4. Wirken	Handeln	Wann und womit kann ich es tun?

Der Mensch, welcher sich seines Endes wohl bewusst ist, soll Verantwortung übernehmen und dem Argument der Sinnlosigkeit des Lebens aufgrund seiner Endlichkeit mit dem Verständnis um die dadurch gesteigerte Wichtigkeit seiner Handlungen begegnen.<sup>8</sup> Die Endlichkeit zwingt den Menschen dazu, das Leben sinnvoll zu nutzen. Nach Frankl (1977) ist nicht ausschlaggebend, wie lust- oder leidvoll, sondern wie sinnvoll ein Leben letztendlich gelebt wurde. Die Steigerung der Existentialität wird also als Mass der Effektivität der logotherapeutischen Psychotherapie betrachtet. Frankl t die Fälle, bei denen logotherapeutische Intervention indiziert sind, in 3 Kategorien ein: 1. Personen, welche direkt Sinnfragen als Problem einbringen, 2. Personen, bei welchen intellektuelle Auseinandersetzungen möglicherweise dazu beitragen, dass die neurotischen Symptome gelindert werden

<sup>8</sup> Wäre das Leben nicht endlich, dann käme es kaum darauf an, ob man eine Entscheidung heute, morgen oder in hundert Jahren trifft (Frankl 1993a).

und 3. Menschen, die einen Schicksalsschlag erlebt haben und oder mit einer unabänderlichen Tatsache leben müssen.

### 2.1.3 Fazit

Existentialität, die Überzeugung an und die Verwirklichung der Sinnhaftigkeit in unserem Leben, beeinflusst uns in alltäglichen Situationen. Nach Frankls Theorie handelt es sich bei Existentialität um ein Konstrukt, welches von einer höheren Ebene aus (oder einer tieferen Ebene, je nach Perspektive) den Menschen und sein Leben beeinflusst. Abbildung 3 stellt diesen Sachverhalt dar.

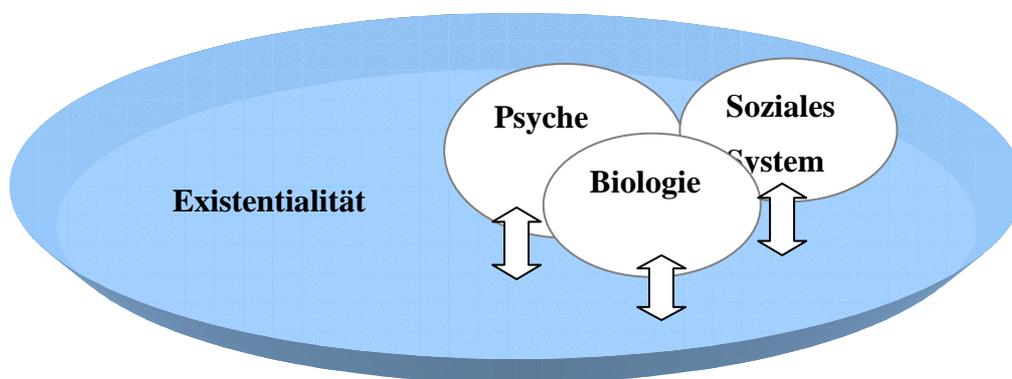


Abbildung 3: Existentialität in Zusammenhang mit den Konstrukten Psyche, Biologie und Soziales System

## 2.2 Emotion

Auf den nächsten Seiten soll erläutert werden, was unter Emotion verstanden wird. Emotionen haben Bezugspunkte zu Persönlichkeit, Biologie, Entwicklung, Kognition<sup>9</sup>, zu klinischen und zu sozialen Aspekten einer Person (Gross 2007). Hier fokussieren wir vor allem auf die klinischen und sozialen Aspekte. Nach einer Definition von Emotion wird auf die Entwicklung der Emotionstheorien, auf biologische Grundlagen und Funktionen von Emotion eingegangen.

### 2.2.1 Emotionsdefinition

Im täglichen Sprachgebrauch werden oft Ausdrücke wie „Gefühle zeigen“, und „emotional sein“ verwendet. Es stellen sich nun jedoch die Fragen, was eine Emotion genau ist, wozu sie dient, und welche Probleme im Zusammenhang mit Emotionen auftreten können. Auf der Suche nach Definitionen der Emotionen finden sich unzählig viele.

Eine mögliche **Definition** lautet:

„Emotion kann als Episode zeitlicher Synchronisation der Subsysteme Kognition, physiologische Regulation, Motivation, motorischer Ausdruck, Monitoring, Gefühl aufgefasst werden. Sie ist eine Antwort auf externale oder internale Reize.“ (Otto, Euler & Mandl 2000, S. 15).

Emotion beinhaltet vier Ereignisse: 1. somatisches Ereignis, 2. affektives Ereignis, 3. Wahrnehmung und 4. Handlungsplan (Shweder 1994). Was in der Alltagssprache oft als Emotion bezeichnet wird ist also nur ein Teil dessen, was aus wissenschaftlicher Perspektive als solche bezeichnet wird. Eine Emotion tritt nach Gross (2007) dann auf, wenn eine Person eine Situation als für ihre Ziele relevant einschätzt. Die Ziele können dabei in dauerhaft oder vorübergehend und wichtig oder unwichtig eingeteilt werden. Die Bedeutung, welche einer Gegebenheit beigemessen wird, löst Emotionen aus. Um den Begriff Emotion klarer hervorheben zu können, sollen hier weitere verwandte Konstrukte kurz erläutert werden. Man soll jedoch bedenken, dass dies nicht ganz unproblematisch ist, da auch unter namhaften Forschern teilweise sich überschneidende Definitionen feststellbar sind (Davidson 1994).

<sup>9</sup> Kognition kann definiert werden als Informationsverarbeitungsprozess

*Affekt* bezieht sich nach Frijda (1994a) auf ein angenehmes oder unangenehmes Gefühl, *Stimmung* (mood) kann von Emotion durch die zeitlich längere Dauer abgegrenzt werden (Ekman 1994). Weiter wird unterschieden zwischen Emotion als *Zustand* („transient reaction to specific kinds of adaptional encounters“), also eine Emotion, die je nach Umständen auftaucht, und der Emotion als *Persönlichkeitsmerkmal* (trait). Unter einem *trait* versteht Lazarus (Lazarus 1994a) die Tendenz, dass ein bestimmter emotionaler Zustand bei einer Person auftritt, also z.B. dass eine Person leicht zu verärgern ist.

### ***Ein potentiell veranschaulichendes Beispiel***

Die oben beschriebene Definition soll nun anhand eines klassischen Beispiels etwas an Abstraktheit verlieren. Angenommen, eine Person geht bei Dunkelheit durch einen Park und begegnet dabei einem schwarz gekleideten Mann mit einem Messer in der Hand. Als erstes reagiert das kognitive System, indem es den äusseren Reiz (Mann mit Messer) wahrnimmt. Fast zeitgleich reagiert der Körper mit Anspannung. Unterdessen rattert es in der menschlichen Maschine, und es werden Motivationen (Selbstschutz oder aber vielleicht Sorge um das Wohl des anderen im Falle eines Karatemeisters) und Bewältigungsmöglichkeiten gegeneinander abgewogen (ist die Person *a* Rollstuhlgängerin, hat sie *b* kurz zuvor jemanden vorbeigehen sehen, oder ist der Park klein und glaubt die Person, dass sie eine gute Kondition besitzt *c*). Aufgrund solcher Bewertungen stellt sich dann das subjektive Gefühl ein. Dieses kann von Genervtheit reichen (im Falle des Karatemeisters) bis hin zu panischer Angst (bei einer Person, die sich völlig hilflos glaubt). Aufgrund des subjektiven Gefühls wird vom Körper dann auch eine passende physiologische Reaktion der Kategorien Verteidigung, Flucht oder Erstarrung ausgelöst (z.B. *a* nach dem Pfefferspray greifen, *b* um Hilfe schreien, *c* davon rennen.). Wir sehen also, dass an jeder Weggabelung des emotionalen Vorgangs etliche Möglichkeiten je nach Person und Situation vorstellbar sind. Sieht die oben beschriebene Person mit „potentiell multipler Persönlichkeit“ das Messer in der Hand ihres Mannes in der Küche, so wird dieser ganze Vorgang gar nicht in Gang gesetzt, weil das kognitive System den Reiz als harmlos identifiziert, vorausgesetzt, dass keine Motivation verletzt wird (möchte z.B. die Person genau dieses Messer gerade selber verwenden, so kann sie unter Umständen ärgerliche Gefühle empfinden, weil ihr Ziel verhindert wird). Auf den ersten Blick mag dies eine etwas verwirrende Geschichte sein. Schauen wir uns also an, wie Emotionen früher betrachtet wurden, und welches der Werdegang des Emotionsverständnisses ist. Denn in der wissenschaftlichen Psychologie wurde Emotion bei Weitem nicht immer gleich differenziert betrachtet und definiert.

### *Entwicklung des Emotionsbegriffes und ausgesuchte Modelle*

McDougall (1908/1960) postulierte, dass der Vorläufer der Emotion der Instinkt sei. Dieser helfe, schnell auf eine Situation oder einen Stimulus zu reagieren. Allerdings sei diese schnelle Reaktion nicht unproblematisch, da nicht jedem Stimulus automatisch die gleiche Bedeutung zukommen müsse. So würden wohl die meisten Leute einen Revolver in der Hand eines in Rage geratenen Menschen als bedrohlich einstufen, zuhause in der Glasvitrine jedoch kaum (vgl. oben). Noch Plutchik (1980) hielt Emotionen für biologisch basierte adaptive Verhaltensmuster. Diese Definition erwies sich als zu eng. Lazarus ergänzte die Sicht der Emotion um den situativen Aspekt (Lazarus 1991). Damit ist gemeint, dass Kontext und Situationsanlass Einfluss haben auf die Emotionen, siehe das Beispiel vom Messer im Park oder in der Küche. Heute ist man der Überzeugung, dass es sich viel eher um flexible Programme mit alternativen Reaktionswegen und verschiedenen Ebenen handelt (Philippot, Baeyens, Douilliez und Francart, 2004, Teasdale 1999). Als wichtig für Emotionen (vor allem im Zusammenhang mit Stress) erweist sich auch die Bewertung. Lazarus (1991) unterteilt in drei Bewertungsformen: Primäre Einschätzung, sekundäre Einschätzung und Neubewertung. Der 1. Schritt schätzt den potentiellen Stressor<sup>10</sup> ein, während der 2. Schritt die Bewältigungsmöglichkeiten abwägt. Schlussendlich folgt die Neubewertung, wobei der Stressor im neuen Licht der Bewältigung beurteilt wird. Die Forschung entwickelte sich auch von der Konzentration auf die Form der Emotion hin zur Beschäftigung mit der Funktion der Emotion. Der eigentliche Emotionsvorgang kann z.B. wie in Abbildung 4 dargestellt werden.

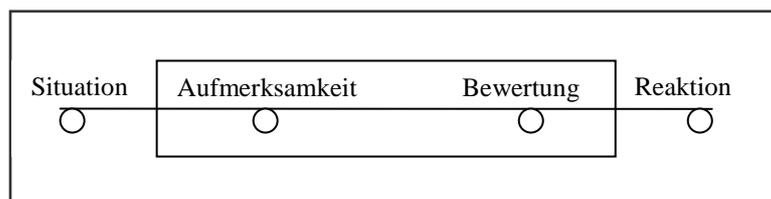


Abbildung 4: Das modale Modell der Emotion (nach Gross und Thompson 2007)

Dieses modale Modell von Gross und Thompson (2007) zeigt auf, dass zwischen der Situation und der Reaktion eine Black Box steht, d.h. hier finden Prozesse statt, die es nicht erlauben, von der Situation direkt auf die Reaktion zu schliessen. Aus den vorangehenden Ausführungen sollte ersichtlich sein, dass Emotion nicht ein hermetisch abgeschlossenes System ist, sondern dass Kognition und Motivation gleichsam ausschlaggebend sind und ihrerseits von Emotionen beeinflusst werden. Das Verständnis von Emotion ist im Gegensatz zu früher wesentlich diversifizierter geworden. Es bestehen zwei Aktivierungsbahnen, eine

*direkt-bewusste* und eine *unbewusste* (Philipott et al 2004). Frijda (1994d) weist darauf hin, dass Emotionen mit minimalem kognitivem Aufwand entstehen können. Allerdings sei hier angemerkt, dass es darauf ankommt, ob die Definition von Kognition weit oder eng gefasst wird (siehe z.B. Teasdale 1999). Je breiter die Definition, desto mehr Interaktion mit Emotion wird postuliert.

### 2.2.2 Neurobiologische Grundlagen

Aus PET-Untersuchungen wurden wertvolle Erkenntnisse darüber gewonnen, welche Hirnareale funktional an Emotionen und Kognitionen beteiligt sind (z.B. Damasio et al. 2000). Die wichtigsten Hirnstrukturen im Zusammenhang mit Emotionen sind der Thalamus, der Hypothalamus und das Limbische System<sup>11</sup>. Im Zwischenhirn<sup>12</sup> befindet sich der *Thalamus*, welcher durch die Beeinflussung emotionalen Verhaltens massgebend am Emotionsprozess beteiligt ist. Abbildung 5 illustriert die zentrale Lage dieser Hirnstruktur.

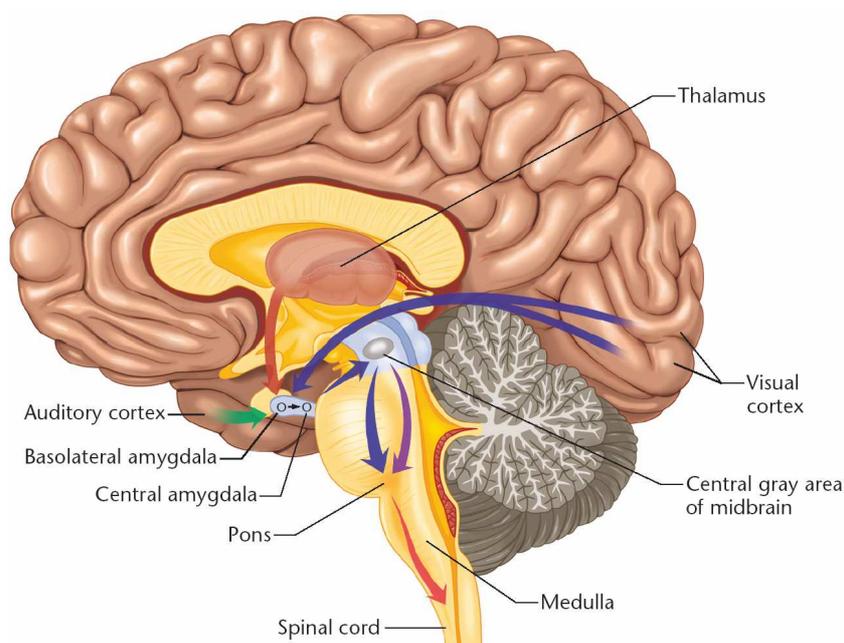


Abbildung 5: Hirnareale im Überblick (Quelle: <http://cti.itc.virginia.edu>)

<sup>10</sup> Stressauslösender Faktor

<sup>11</sup> Der Einfachheit halber bleibt die Verfasserin bei dieser Bezeichnung, obwohl sie aus heutiger Sicht eigentlich nicht mehr gerechtfertigt ist.

<sup>12</sup> Das Gehirn lässt sich auf unterschiedliche Art und Weise aufteilen. Hier wurde die Gliederungssystematik von Vorderhirn (das Zwischenhirn ist Teil davon), Mittelhirn und Rautenhirn gewählt.

---

Motivation, Kurzzeitgedächtnis, Schmerzleitung und Ich-Erleben sind nur einige der Funktionen des Thalamus (weitere Informationen liefert z.B. Schandry 2003). Es besteht eine gute Vernetzung zu verschiedenen Kortex-Arealen. Diese Vernetzung liegt im Bereich Wahrnehmung, Erinnerung, Lernen und Handeln. Daher finden sich Bahnen zum motorischen- und zum somatosensiblen Kortex, zur Hör- und Sehrinde, zum Limbischen System und den Assoziationsarealen. Der *Hypothalamus* ist zuständig für die Bildung und Speicherung verschiedener Hormone und Neurotransmitter. Die *Amygdala*, welche auch *Mandelkern* genannt wird, besteht aus einer Ansammlung von Kernen im Temporallappen der Grosshirnrinde (Neokortex). Diese sind reziprok mit dem Hypothalamus, dem Hippocampus und dem Thalamus verbunden. Die Hauptfunktion liegt in der Koordination von vegetativen und endokrinen Reaktionen in Verbindung mit emotionalen Zuständen. Bekannt ist die Amygdala insbesondere im Zusammenhang mit Angst. Wie wichtig Neurobiologie im Zusammenhang mit Emotionen sein kann, zeigt die Hypothese des somatischen Markers auf. Diese Hypothese besagt, dass defekte Auseinandersetzung mit emotional relevanten Signalen zu falschen Entscheidungen in persönlicher und sozialer Hinsicht (Bechara 2004) führt. So konnten z.B. Damasio und Anderson (1993) zeigen, dass Patienten mit einer Beschädigung des ventromedialen Sektors eine Störung des Sozialverhaltens aufwiesen, was sie unter anderem hinderte, sich in komplexen Situationen genügend mit Emotionen auseinanderzusetzen zu können. Die intellektuellen Fähigkeiten solcher Patienten blieben im Gegensatz zu den emotionalen Fähigkeiten in den meisten Fällen erhalten (Bechara 2004, Bechara, Damasio & Damasio 2000).

### 2.2.3 Funktionen von Emotion

Emotionen werden grundsätzlich als adaptiv angesehen (Frijda, 1986, Scherer und Ekman 1984), d.h. sie erfüllen eine Funktion. Zum einen geben sie Auskunft über die Wertigkeit (valence) einer Situation und zum anderen fungieren sie als Motoren für Handlungsinitiierung, was bei Frijda (1986) als *Aktionstendenzen* bezeichnet wird. Eine aversive Emotion fungiert als Motivator für Anpassung an die gegebene Situation, für Veränderung der Situation oder Verlassen derselben. Emotionen können auch effektiv Auskunft geben über eigene Ziele, indem eine Situation binnen Sekunden in angenehm oder unangenehm kategorisiert wird, ein Mechanismus also, der Auskunft über die Relevanz einer Situation gibt (Frijda 1994b). Man erhält so Informationen über sich selber in der Beziehung zur Umwelt. Dadurch muss nicht jede Situation auf bewusster Ebene eingehend analysiert werden, sondern das Gefühl beantwortet die Frage, ob es einem ein Anliegen (concern) ist, in

---

einer bestimmten Situation zu verweilen oder eher nicht. Emotionen können dadurch die Erfüllung von Zielen und das Fernhalten von Unerwünschtem sicherstellen. Im Extremfall haben Emotionen so überlebenssichernde Funktion und sind insofern *biologisch* und evolutionstheoretisch notwendig (Levenson 1994, Stemmler 2004). Signale aus der Umwelt werden schnell interpretiert, oftmals ohne dass bewusste Prozesse beteiligt sind. Ein adaptives Beispiel hierfür wäre, dass eine Person auf ein heranrasendes Auto mit Panik reagiert und sofort von der Fahrbahn springt. Es wird argumentiert, dass Emotionen stark handlungsorientierenden Charakter besitzen (Frijda 1994d, 2005). Zudem wirken Emotionen so verstärkend, dass eine eingeschlagene positive Richtung beibehalten und eine aversive Emotionen auslösende Situation künftig gemieden werden sollte. Auch über Emotionen wie z.B. Trauer bei Verlust, deren Funktionalität nicht so einfach ersichtlich wird, gibt es Hypothesen, über die Erfüllung eines Zwecks (Frijda 1994). Nach Greenberg (2000) sind die Funktionen von Emotionen vor allem auch sozialer Natur. Die *soziale Komponente* ermöglicht zwischenmenschliche Signale über Sympathie und Antipathie und darüber, ob man sich in einem entsprechenden sozialen Kontext adäquat verhält (Damasio 1994). So kann die Funktion von Schuldgefühlen in diesem Sinne als Motivator für konstruktives soziales Verhalten interpretiert werden (Frijda 1994). Auch Levenson (1994) betont die diversen sozialen Funktionen wie das Herbeiführen sozialer Unterstützung und das Erlernen kultureller Normen. Gerade in der heutigen Zeit zählen soziale Kompetenzen enorm viel, und der Umgang mit Emotionen wird sogar Kriterium in der Arbeitswelt (Doormann, Zapf & Isic 2002, Zapf 2002).

#### **2.2.4 Probleme im Zusammenhang mit Emotionen**

Nicht immer ist die Auseinandersetzung mit aktuellen Emotionen angezeigt oder führt zu einem angenehmen Resultat. Hier ist es vielleicht hilfreich, sich kurz folgendes Beispiel vor Augen zu führen: eine Person steht in einem brennenden Feuer und hat panische Angst. Würde sich diese Person jetzt eingehend damit beschäftigen, was genau sie empfindet, wie es sich in ihrem im Körper anfühlt, und was es für sie bedeutet, dann würden möglicherweise die konkreten Überlebenschancen sinken. In dieser Situation scheint es angebrachter, die Angst möglichst zu verdrängen und nach einem geeigneten Fluchtweg zu suchen. Verdrängt die Person ihre Gefühle in dieser Situation, so hat sie ihre Emotionen erfolgreich reguliert. Je nach Intensität und Qualität der Emotionen können diese eine Person beglücken oder aber

---

beelenden. Insbesondere maladaptive<sup>13</sup> als auch sekundäre Emotionen können Probleme verursachen. Wir haben bis anhin von adaptiven Emotionen gesprochen. Ein adäquater Umgang mit den eigenen Emotionen oder denen anderer Personen ist aber nicht immer der Fall. Viele Menschen haben damit zu kämpfen, dass sie mit ihren Emotionen nicht angemessen umgehen können. Hinter den meisten negativen Emotionen lassen sich grundsätzlich adaptive Mechanismen finden (z.B. Verstärkung nach einem Trauma hilft, dass die Person sich zurückzieht und sich so in Ruhe erholen kann). Problematisch wird es, wenn maladaptive emotionale Reaktionen weiter bestehen, obwohl sie gar keinen Zweck mehr erfüllen (Clark und Watson 1994). Mehr dazu im folgenden Abschnitt der Emotionsregulation.

## 2.3 Emotionsregulation

In diesem Abschnitt soll eine Definition der Emotionsregulation und ein wichtiges Modell vorgestellt und anschliessend Überlegungen zur Relevanz von guter versus dysfunktionaler Emotionsregulation aufgeführt werden.

### 2.3.1 Definition

Als Definition bietet sich ein Zitat eines der führenden Forscher auf dem Gebiet der Emotionsregulation geradezu an. **Gross definiert** Emotionsregulation folgendermassen:

... the process by which individuals influence which emotions they have, when they have them, and how they experience these emotions” (Gross 1998, S. 275)

Emotionsregulation, verstanden als Teilprozess der Emotion, beinhaltet Wahrnehmung der Emotion, das Verstehen der entsprechenden Emotion und aktive Veränderungsinitiierung.

Um die Zusammenhänge von Emotion und Emotionsregulation bildhaft darzustellen, könnte man sagen, dass eine Emotion die Melodie ist, welche grundsätzlich gespielt wird, Emotionsregulation hingegen beeinflusst die Melodie bezüglich der Qualität, der Lautstärke, Geschwindigkeit und auch der Pausen zwischen der Melodie und deren Dauer. Des Weiteren geht es um das Verstehen, Akzeptieren, Überwachen und Evaluieren von Emotionen. Eine

---

<sup>13</sup> Maladaptiv bedeutet soviel wie nicht adaptiv, also nicht nutzbringend, gegebenenfalls sogar schädigend.

---

einheitliche Unterteilung in Teilaspekte der Emotionsregulation existiert allerdings noch nicht, denn je nach Autor wird Unterschiedliches hervorgehoben. Im Folgenden wird eine Auswahl solcher Aspekte getroffen, und diese werden nun kurz vorgestellt.<sup>14</sup> **Aufmerksamkeit für Gefühle** meint, dass die eigenen Gefühle beachtet und bewusst wahrgenommen werden (Kabat-Zinn 1990, Smith 2004). Nach Grawe (1994) kann durch Konsistenz sichernde Mechanismen wie Aufmerksamkeitslenkung der Abbau von Diskordanz unterstützt werden. **Klarheit von Gefühlen** ist vorhanden, wenn sich eine Person im Klaren darüber ist, welche Gefühle sie gerade spürt. Es geht also darum, Gefühle zu identifizieren und zu evaluieren (Greenberg 2006). Bei **Körperwahrnehmung** geht es darum, die Gefühle im Körper wahrnehmen zu können und zu überprüfen, ob diese mit der gefühlten Emotion übereinstimmen. Und es geht ebenfalls darum, den emotionalen Auslöser auf achtsame Art anzunehmen, sich ihm psychisch anzunähern und seine Merkmale (z.B. Intensität, Körperstelle) von einem objektiven Standpunkt aus zu beobachten (Kabat-Zinn 1990, Linehan 1993, Hayes, Strosahl und Wilson. 1999). **Akzeptanz** bezeichnet die Fähigkeit, die eigenen Gefühle annehmen zu können (Linehan, 1994; Hayes et al., 1999). Das Gegenteil von Akzeptanz wäre nach Kabat-Zinn, Marlatt (2002) *Craving* (das Verlangen). Verlangen ist wie alle anderen Wahrnehmungen und Empfindungen nicht dauerhaft, sondern entsteht und vergeht. Achtsamkeit ermöglicht es, mit starken Gefühlen in Kontakt zu kommen, ohne von ihnen erfasst zu werden. (Begriff der Dezentrierung bei Segal 2002). Achtsamkeit zielt darauf ab, Patienten in die Lage zu versetzen, auf situationale Reize und eigene Reaktionen weniger automatisiert zu reagieren. Bei **Resilienz** geht es um das Aushalten-Können und Tolerieren von stark unangenehmen Gefühlen (Kabat-Zinn 1999). Es liegt **Konfrontationsbereitschaft** vor, wenn eine Person trotz unangenehmer Gefühle weiterhin ihre Ziele verfolgen kann (Teasdale, Segal und Williams 2003). **Regulation** beinhaltet, dass die eigenen Gefühle in die gewünschte Richtung beeinflusst werden können (Gross 1998), so sollte z.B. nach einem Stimmungseinbruch die Stimmung wiederhergestellt werden können (Salovey et al. 1995). **Verstehen** der Gefühle heisst, dass eine Person weiss, weshalb sie bestimmte Emotionen hat (Greenberg 2006). Als letzte Komponente sei hier noch die **Selbstunterstützung** erwähnt. Sie beinhaltet einen inneren positiven Dialog mit sich selbst (Greenberg 2006).

---

<sup>14</sup> Die folgende Einteilung wird auch im Emo-Check, einem in dieser Studie verwendeten Erhebungsinstrumente, verwendet.

### 2.3.2 Wie können Emotionen reguliert werden?

Zur Veranschaulichung von Emotionsregulationsmöglichkeiten erweist sich das Prozessmodell von Gross (1998), welches bereits unter Kapitel 2.2.1 kurz erwähnt wurde, besonders verständlich. In Abbildung 6 ist das Modell in veränderter Form detaillierter dargestellt. Es wird davon ausgegangen, dass durch die Wahrnehmung und Bewertung **2** von Reizen aus der Umwelt **1** ein Set an Aktionstendenzen **3** auf drei verschiedenen Ebenen<sup>15</sup> ausgelöst wird, welche eine angemessene Reaktion **5** vereinfachen sollen. Die schlussendliche Reaktion wird von den Veränderungsmöglichkeiten **4** beeinflusst, welche nun kurz vorgestellt werden. Es wird dabei unterschieden zwischen vorgehenden (antecedent) und reaktiven (respond-focused) Veränderungsstrategien.

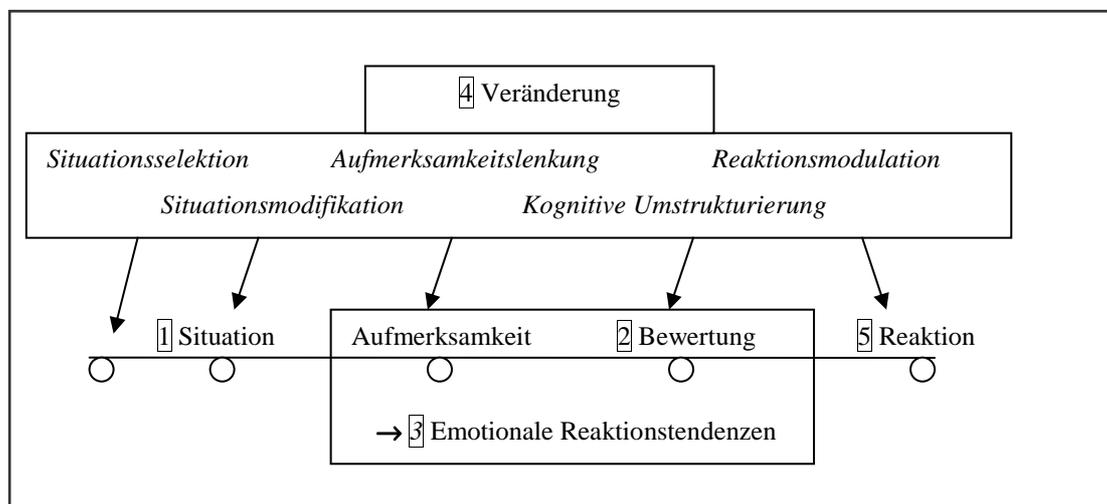


Abbildung 6: Prozessmodell der Emotion: Reihenfolge der Abläufe und Veränderungsstrategien (in Anlehnung an Gross et al. 2007)

Die **vorangehende Emotions-regulation** bezieht sich auf Einflussmöglichkeiten, bevor sich eine Emotion überhaupt endgültig ausbilden konnte, während **ausdrucksfokussierte Emotionsregulation** Möglichkeiten der Beeinflussung darstellt, nachdem eine Emotion bereits vorhanden ist. *Situationsselektion* ist die erste Möglichkeit, bestimmten Emotionen ausweichen oder diese gezielt herbeiführen zu können. Hier stellt sich die Person vor, was sie gegebenenfalls fühlen würde, und so kann sie die Weichen für den weiteren Verlauf stellen. Situationen werden demnach den eigenen Dispositionen entsprechend ausgewählt (Gross 1999). Das Ziel dabei ist es, möglichst positive Emotionen herbeizuführen und negative zu vermeiden. Das Spektrum reicht hier über die Wahl eines besonders romantischen Ambientes

<sup>15</sup> Ebene des Verhaltens, Physiologie und psychologische Ebene

für ein Date bis hin zur gänzlichen Vermeidung von Ansammlungen grösserer Menschenmassen im Falle eines Phobikers. Befindet sich eine Person in einer für sie relevanten Situation und könnten bestimmte Emotionen auftreten, so besteht die Möglichkeit zur *Situationsmodifikation*. So könnte beispielsweise der oben erwähnte Romantiker den Ober darauf aufmerksam machen, dass das Paar schon seit längerer Zeit auf die Bestellung wartet, anstatt sich langsam aber sicher aufzuregen. Es geht also um den Versuch, aktiv eine potentiell negative Emotionen auslösende Situation zu verändern. Die dritte Beeinflussungsmöglichkeit besteht darin, sich auf bestimmte Aspekte der Situation zu konzentrieren. *Aufmerksamkeitslenkung* kann sowohl unbewusst als auch bewusst ablaufen. Das Phänomen ist auch bekannt unter dem Namen selektive Aufmerksamkeit, d.h. es werden bestimmte Aspekte ausgeblendet, währendem auf andere Aspekte geradezu aktiv fokussiert wird. So könnte sich z.B. der Phobiker bewusst auf den Boden unter seinen Füßen und nicht auf die Menschen um ihn herum konzentrieren. *Kognitive Umstrukturierung* bezieht sich auf die Bewertung einer Situation, ein Prozess, welchem wir ständig unterworfen sind (Lazarus und Folkmann 1984). Einer gegebenen Situation können verschiedene Bedeutungen zukommen. Die „Entscheidung“ für eine Bedeutung wird beeinflusst von Dispositionen, individuellen Differenzen und früheren Erfahrungen. Kognitive Umstrukturierung zielt, bewusst angewandt, darauf ab, der jeweiligen Situation einen angepassten Sinn zu verleihen. *Ausdrucksfokussierte Emotionsregulation* kommt erst zum Einsatz, nachdem bereits Reaktionstendenzen initiiert worden sind. Es geht dann lediglich noch um *Reaktionsmodulation*. Hier hat die Person auf den Ebenen des Verhaltens, der Physiologie und auch der Erfahrung die Möglichkeit der Beeinflussung. Wird das expressive Verhalten der Emotion verstärkt, werden auch andere emotionale Reaktionen verstärkt. Interessanterweise scheint ein Unterdrücken des Emotionsausdrucks gemischte Auswirkungen auf den Erlebensaspekt der Emotion zu haben. Während positive Emotionen bei Unterdrückung abgeschwächt werden, scheint dies bei negativen Emotionen nicht der Fall zu sein (Gross, 1998a). Auch hier sind wieder Persönlichkeitseigenschaften von besonderer Bedeutung.

#### ***Vier Prinzipien zur Veränderung von Emotionen***

Die Verbesserung der Emotionsregulation ist ein wichtiger Bestandteil von therapeutischer Intervention. Neuerdings werden sogar schon ganze Manuale zu diesem Zweck entwickelt wie z.B. das TEK (Training emotionaler Kompetenzen, Berking und Grawe, in Vorbereitung). Auch Greenberg befasste sich 2006 mit diesem Thema und formulierte vier allgemeine Prinzipien für die psychotherapeutische Arbeit mit Emotionen. Generell merkt er an, dass es zwei Arten der therapeutischen Arbeit an Emotionen gibt; die kollaborative

---

Emotionsexploration und die edukativ-direktive Art. Hier geht es vor allem um die erstere. Der erste Schritt ist die *Emotionsaktivierung*, wobei sich der Patient der emotionalen Erfahrung annähert und ihr Beachtung schenken soll. Hierbei muss die meist unangenehme Emotion aktiviert und ausgehalten werden (Exposition). Meist kommt es zu einer Intensivierung der negativen Gefühle, doch fühlt sich der Patient oft längerfristig besser (emotional processing Hypothesis). Im Anschluss an die Aktivierung folgen neue Informationen wie im Fall einer Posttraumatischen Belastungsstörung aufgrund einer Missbrauchserfahrung. Hier kann z.B. darauf hingewiesen werden kann, dass sich die Person jetzt in einem neutralen Raum und in Sicherheit befindet. Als Abschluss der Aktivierung geht es um die Integration von Kognition und Affekt, sodass die panische Angst für damals in Ordnung war (adaptiv), jetzt aber nicht mehr nötig ist. Das zweite Prinzip beschäftigt sich mit *Emotionsregulation*. Nach Greenberg (2006) sollten vor allem zu wenig kontrollierte sekundäre<sup>16</sup> und maladaptive Emotionen reguliert werden. Sekundäre Emotionen bieten oftmals Anlass zu Problemen, da keinesfalls immer rational logisch und in angemessener Weise bewertet wird (Wiser und Arnow 2001). Hilfreich für Emotionsregulation können sowohl externe Faktoren wie eine sichere, validierende, unterstützende und empathische Umgebung sein als auch interne Faktoren, so genannte Emotionsregulationsskills sein (z.B. Emotionen identifizieren und benennen können, eine gewisse Distanz aufbauen, Tendenz negative Emotionen zu verringern, Atmen und Ablenkung, siehe auch 2.3.1). Beim dritten Prinzip geht es darum, *über die Emotion nachzudenken*, der Emotion soll Bedeutung verliehen und durch das bessere Verständnis die Aufnahme der Emotion ins Selbstkonzept und in die Sicht über die Welt erleichtert werden. Als letztes können Emotionen transformiert werden. Bei *Emotionstransformation* wird angestrebt, dass eine maladaptive Reaktion durch eine adaptivere ersetzt wird. Ein Beispiel hierfür wäre, wenn eine Frau vor ihrem jähzornigen Mann Angst hat und sich nicht wehrt. Diese Frau könnte sich auf die Suche nach anderen Emotionen machen und dabei Wut entdecken. Wut wäre in dieser Situation möglicherweise adaptiver, und sie könnte dadurch lernen, Grenzen zu setzen. Nicht immer gelingt die Regulation von Emotionen in ausreichendem Masse, was zu den vielfältigen Möglichkeiten dysfunktionaler Emotionsregulation überleitet. Berenbaum et al. (2003) haben in ihrer

---

<sup>16</sup> Primäre Emotionen stellen direkte Reaktionen auf einen Stimulus dar, z.B. Wut als Reaktion auf eine harsche Bemerkung. Als sekundäre Emotionen gelten Emotionen als Reaktion auf primäre Emotionen, z.B. Schuldgefühle, weil man wütig wurde.

---

Taxonomie drei Grundproblematiken auf jeweils zwei Polen postuliert, welche weiter unter 2.3.4 vorgestellt werden sollen.

### **2.3.3 Existentialität und Emotionsregulation**

Übergreifend ist zu erwähnen, dass Emotionen und somit auch Emotionsregulation zumindest auf neuronaler Ebene mit Kognition interagieren. Kognitionen ihrerseits werden von persönlichen und kulturellen Bezugssystemen mitgeformt, und werden Emotionen je nach Kultur und persönlichem Umfeld unterschiedlich bewertet (Frijda 1994c, Lazarus 1994b). Zudem gibt es Ansätze, welche Werte und Ziele miteinander verbinden und Emotionen als davon beeinflusst betrachten (Saarni 1999). Existentialität, vor allem Selbst-Transzendenz, beinhaltet die Ausrichtung nach persönlichen Werten. So ist denn auch die Idee aufgetaucht dass Emotionsregulation durch Existentialität beeinflusst werden könnte. Theoretisch wäre dies möglich, doch gibt es auf diesem Gebiet jedoch keine empirische Forschung. Auf einen möglichen Zusammenhang mit Aspekten der Emotionsregulation weist der Teilaspekt Selbst-Distanzierung (die Fähigkeit eigenen Gefühlen auf Distanz gehen zu können) mit seiner kognitiven Komponente und Selbst-Transzendenz mit dem affektiven Anteil hin. Im Bereich Selbst-Transzendenz hinsichtlich der Bewertung von Personen und Dingen könnte ein weiterer Bezugspunkt liegen. Existentialität befasst sich, ebenso wie Emotionsregulation, mehr mit dem Umgang mit als mit der Anwesenheit von Begebenheiten (Längle). Es wurde auch mehrfach dargelegt, dass Überzeugungen, und auch wie wichtig jemandem eine Sache ist (darin sehen wir eine gewisse Nähe zu Werten, welche im hier beschriebenen Konzept als Selbst-Transzendenz bezeichnet wird) durch Emotionen beeinflusst werden (Frijda, Manstead und Bem 2000).

### **2.3.4 Fazit**

Abschliessend lässt sich sagen, dass es bei der Emotionsregulation darum geht, wie gut Emotionen in eine gewünschte Richtung und Intensität gelenkt werden können und wie gut andererseits mit bestehenden emotionalen Zuständen umgegangen werden kann. Die Frage ist nun, inwiefern die aktive Auseinandersetzung mit der Sinnhaftigkeit (Existentialität) und der Umgang mit schwierigen Situationen mittels existentieller Fähigkeiten mit Emotionsregulation zusammenhängen.

## 2.4 Psychische Gesundheit

Während sich die klinische Psychologie vor allem mit dem Thema der Psychischen Gesundheit beschäftigt, geht es in der Psychotherapie darum, Mechanismen zu finden, um diese zu verbessern. Im nächsten Abschnitt soll erläutert werden, was mit psychischer Gesundheit gemeint ist, um nachfolgend auf die Zusammenhänge mit der Existentialität und Emotionsregulation einzugehen.

### 2.4.1 Definition

Auf der einen Seite gibt es die relativ enge Definition von psychischer Beeinträchtigung als Gegenpol zur psychischen Gesundheit, welche sich ganz einfach durch die Anwesenheit psychischer Störungen wie Depression, Angststörungen, Phobien etc. definieren lässt, andererseits ist auch eine Definition wie diejenige der WHO (World Health Organisation) denkbar.

Psychische Gesundheit wird von der WHO definiert als.....

*“[...] foundation for the well-being and effective functioning of individuals. It is more than the absence of a mental disorder. Mental health is the ability to think and learn, and the ability to understand and live with one's emotions and the reactions of others. It is a state of balance within a person and between a person and the environment. Physical, psychological, social, cultural, spiritual and other interrelated factors participate in producing this balance” (WHO 2001).*

Wie sich den WHO-Definitionen von Gesundheit und Störung entnehmen lässt, beinhaltet Gesundheit bei weitem nicht nur die Abwesenheit körperlicher Beeinträchtigungen.

Ebenso wenig sollte für die psychische Gesundheit allein die An- oder Abwesenheit einer Störung ausschlaggebend sein. Die ICD-Definition tendiert jedoch noch in diese Richtung.

Störung wird definiert als....

*„[...]einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten, die mit Belastung und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden sind. Soziale Abweichungen oder Konflikte allein sollen nicht als psychische Störung angesehen werden (ICD 10 S 23)“.*

---

Neben der Symptomatik könnten, wie oben erwähnt, ebenfalls Masse wie Emotionsregulation und Existentialität in die Betrachtung psychischer Gesundheit oder Störung Eingang finden. Dasselbe gilt für den Erfolg einer Therapie, denn grundsätzlich ist die Beschränkung auf Symptomatik unzulänglich (Znoj 2004). Da hier jedoch eine getrennte Betrachtung stattfinden soll, beschränken wir uns im Weiteren auf den Einbezug sozialer Beziehungen und Wohlbefinden. Trotzdem soll hier das Störungsausmass nicht unerwähnt bleiben. Allein in der Schweiz hat knapp ein Drittel der Bevölkerung zwischen 15 und 66 Jahren mit psychischen Beschwerden zu kämpfen (BFS 2001), wobei die Dunkelziffer darin hier nicht enthalten ist. Die WHO schätzt die weltweite Rate der Selbstmorde (ein Ausdruck extremster Unzufriedenheit und in vielen Fällen psychischer Störung das Ende eines Leidensweges) auf. Die durch psychische Störungen verursachten Kosten sind enorm. Hiermit sind neben finanziellen Einbussen auch körperliche, familiäre, berufliche und soziale Schäden gemeint. Störung wird heute nicht mehr von allen Forschern als Abnormalität betrachtet, sondern viel mehr wird psychisches Leiden als Teil der menschlichen Erfahrung gesehen und vorgeschlagen, dass letztendlich in vielen Fällen der Umgang mit der Symptomatik zwischen psychische Gesundheit oder Erkrankung unterscheidet (Hayes et al. 2004).

#### 2.4.1.1 Wohlbefinden und Soziale Beziehungen als Teil psychischer Gesundheit

Der subjektive Perspektive hinsichtlich des Wohlbefindens wird neuerdings vermehrt Rechnung getragen und äussert sich z.B. auch darin, dass die WHO einen Fragebogen zum Wohlbefinden entwickelt hat, welcher weltweit eingesetzt wird (Angermeyer, Kilian, und Matschinger 2000). Als wichtig werden in diesem Zusammenhang nebst dem sozioökonomischen Status, Gesundheit und positiven Lebensereignissen auch soziale Beziehungen erachtet (Mayring 2000). Interpersonelle Beziehungen spielen eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung, Aufrechterhaltung und Veränderung psychischer Störungen. Sie sind auch in beträchtlichem Ausmass wichtig für das Wohlbefinden der meisten Menschen. Soziale Unterstützung ist für die psychische Gesundheit überaus wichtig (Freese 1999). Auch Emotionsregulation und soziale Interaktionen können sich gegenseitig beeinflussen. Ein Beispiel dafür wären zwei depressive Patienten, der eine mit Anhedonie<sup>17</sup>, der andere ohne diese emotionelle Beeinträchtigung. Der Patient, welcher noch fähig ist Freude zu empfinden, ist weniger sozial beeinträchtigt als derjenige, welcher dazu nicht mehr in der Lage ist. Soziale Unterstützung ist von grosser Bedeutung für psychische Gesundheit,

---

<sup>17</sup> Unfähigkeit Freude zu empfinden

und Emotionsregulation ist daher indirekt äusserst ausschlaggebend für das psychische Befinden Betroffener (Berenbaum, 2003). Abbildung 7 stellt diese Überlegungen visuell dar.

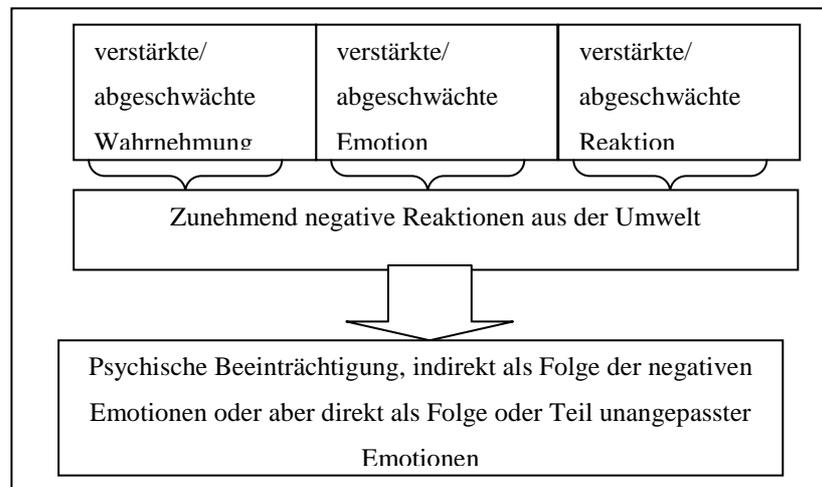


Abbildung 7: Zusammenhang zwischen Emotion und psychischer Gesundheit

### 2.4.2 Existentialität und psychische Gesundheit

Hier soll nun auf die Verbindung zwischen Existentialität und psychischer Belastung eingegangen werden, gefolgt vom Stand der Forschung. Nach Frankls (1983) eigenen Beobachtungen drängten sich zu Beginn des letzten Jahrhunderts Sinnprobleme vor sexuellen Problemen an die erste Stelle. Aus den **877'000 Selbstmorden jährlich (WHO)** lässt sich schliessen, dass Frankls Ansatz auch heute noch seine Gültigkeit hat.<sup>18</sup> Nach Frankl ist Selbstmord der Inbegriff von Sinnlosigkeit und der extremste Ausdruck für das Vorhandensein einer psychischen Störung. Aus logotherapeutischer Sicht kommt es zu Selbstmord, wenn keine oder nur eine ungenügende Auseinandersetzung mit dem Sinn im eigenen Leben stattfindet. Dies führt dazu, dass die Person unfähig ist, Sinn zu entdecken, zu erkennen oder zu akzeptieren, sodass sie sich in einem existentiellen Vakuum befindet (Guttman 1997). Kann dieses Vakuum nicht gefüllt werden, so kommt es laut Frankl zu so genannten „noogenen Neurosen“. Darunter werden Neurosen verstanden, welche ihren Ursprung im Spirituellen oder im Noetischen haben. Lukas (1997) ordnet dem existentiellen Vakuum (auch noogene Neurose) die nicht näher bezeichnete Neurose (F48.9) und der noogenen Depression, das depressive Mischbild (F32.8) aus dem ICD-10 zu. Für die Dysthymia (F34.1) findet sich die logotherapeutische Terminologie der existentiellen Frustration. Es ist bezeichnend, dass bei Depression vermehrt die Gefahr eines Selbstmordes

<sup>18</sup> Allerdings sank bis 2001 die Suizidrate, zumindest in der Schweiz (BAS 2005).

besteht. Frankl (1977) hebt auch Zusammenhänge zwischen Alkohol- und Drogenabhängigkeit und Sinnlosigkeitsgefühlen hervor. Das Konstrukt Existentialität ist, wie weiter oben erwähnt, nicht auf der Symptomebene einzuordnen, denn es handelt sich um die Fähigkeit des Umgangs mit Symptomen. Frankl ging sogar soweit zu behaupten, dass jemand mit einer psychischen Störung dennoch hohe Werte in Existentialität aufweisen könne. Leider liessen sich keine Forschungsergebnisse zu dieser These finden, weshalb seine Aussage kritisch gewertet werden muss.

### ***Forschungsstand***

Empirische Forschung zum Zusammenhang zwischen Existentialität und psychischer Gesundheit beschränkt sich mehrheitlich auf unveröffentlichte Arbeiten mit methodischen Mängeln (nicht repräsentative Stichproben, wenig Anhaltspunkte über Standardisierung etc). Die bisherigen Forschungsergebnisse sollen hier kurz besprochen werden. Argentinische Forscher konnten anhand einer Stichprobe zeigen, dass Depression, Ess-Störungen und Drogenabhängigkeit (DSM-IV-Diagnosen) signifikant negativ mit Existentialität korrelieren (de Landaboure, Martin, Kazmierzak, Fraise und Toscani 2000). Weiter untersuchte Nindl (2000), wie Existentialität mit Burnout zusammenhängt. Die Ergebnisse weisen auf Korrelationen im hohen Bereich hin. Weitere Forschung besteht im Bereich Gesundheitsverhalten und Sinnerfüllung. Es wurde ein Zusammenhang zwischen exzessivem Verhalten (gesundheitsschädigendem Verhalten) älterer Personen und Sinnhaftigkeit gefunden (Guttmann & Cohen 1993). Neuere Forschung an einer ungarischen Stichprobe untersuchte Frankls Hypothese, dass ein frustrierter Wille zum Sinn in gesundheitsschädigendem Verhalten münden kann. Die Forschungsergebnisse stützen zum Teil die formulierte Hypothese. Hier zeigte sich, dass Nichtraucher einen signifikant höheren Existentialitätswert aufweisen als Raucher (Thege 2006). Logotherapie ist noch nicht in der Gilde der Wirksamkeitsforschung vertreten (Grawe 1994). Einige Forscher haben die Wirksamkeit von Logotherapie untersucht (Lukas 1994b). Barbona (1997) z.B. hat eine Längsschnittstudie mit einer kleinen Stichprobe mit logotherapeutischer Intervention an HIV-infizierten Patienten durchgeführt und dabei herausgefunden, dass sich die Sinnwerte und die Gesundheit von psychotherapeutisch behandelten Personen im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant verbesserten.

### 2.4.3 Forschungsstand zu psychischer Gesundheit und Emotionsregulation

Der Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Emotionsregulation wurde schon mehrfach kurz gestreift. Als wie essentiell Emotionen mittlerweile angesehen werden, zeigt sich unter anderem daran, dass es heute bereits Forscher gibt, welche nicht mehr nur finden, psychische Beeinträchtigung gehe mit einer Beeinträchtigung des emotionalen Befindens einher, sondern sie vertreten **sogar die Meinung, psychische Störungen würden sich grundsätzlich durch gestörte Emotionen auszeichnen (Epstein 1998)**. Nach Berenbaum et al. (2003) lassen sich Störungen der Emotionsregulation in drei grosse Bereiche einteilen, welche auf praktisch alle psychischen Störungen angewendet werden können. Dies sind 1. die Störung der **Emotionsqualität** (emotional valence disturbance), 2. die Störung der **Intensität / Regulationsstörung** (Emotional Intensity / Regulation Disturbance) und 3. **Abtrennung von Emotionen** (Disconnections). Unter jede Gruppe gliedern sich weitere Subgruppen<sup>19</sup>. Am Beispiel der Disconnection sei dies exemplifiziert. Es finden sich Disconnections hinsichtlich des Affektes (bei neurologischen Schäden) und hinsichtlich des Bewusstseins (z.B. Alexithymie). Werden diese Funktionen nicht in genügendem Masse erfüllt, so gehen wichtige Informationen verloren. Verliert eine Person Informationen aus der Umwelt, so kann sie auch weniger angemessen auf diese Umwelt reagieren. Hohe Emotionale Intelligenz, ein nahverwandtes Konstrukt, korreliert negativ mit allen Persönlichkeitsstörungen. Tiefe emotionale Kompetenz hingegen ist ein guter Prädiktor für die Entwicklung psychischer Störungen (Petrides, Pérez-Gonzalez, Furnham 2006). In einer Studie konnte gezeigt werden, dass klinisch auffällige Kinder signifikant mehr maladaptive Emotionsregulation an den Tag legen als dies unauffällige Kinder tun (Smolenski 2001, Chalamanov 2003). Weiter konnte gezeigt werden, dass Emotionsausdruck im Falle von Dissonanz<sup>20</sup> zu psychischen Beschwerden führen kann (Dormann, Zapf und Isic 2002). Tabelle 2 stellt eine verkürzte Darstellung von Störungen im Zusammenhang mit emotionalen Defiziten dar und soll aufzeigen, wie essentiell Emotionsregulation an psychischen Störungen beteiligt zu sein scheint. Sie beinhaltet nur eine Auswahl an Störungen mit beeinträchtigter Emotionsregulation, und es wurden jeweils lediglich ein oder wenige entsprechende Symptome ausgewählt.

---

<sup>19</sup> 1. Gliedert sich in *überwiegend positiven Affekt* (z.B. Manie) und *überwiegend negativen Affekt* (z.B. Depression), 2. gliedert sich in *Emotionale Hyperreaktivität* (Überraktionen) und *emotionale Hyporeaktivität* (Gefühllosigkeit)

<sup>20</sup> Hier wenn eine Person freundlich sein soll, obwohl sie aber eigentlich traurig ist

Tabelle 2: Emotionsbezogene Symptome im DSM-IV (in Anlehnung an Kring &amp; Werner 2004)

Störung	Emotionsbezogenes Symptom
Schizophrenie	Flacher Affekt, Anhedonia
Majore Depression	Depressive Stimmung, Anhedonia
Panikstörung	Starke Angst oder Unwohlsein
Posttraumatische Belastungsstörung	Irritierbarkeit, Wut, eingeschränkte Bandbreite des Affektes
Anorexia Nervosa	Ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme
Borderline Persönlichkeitsstörung	Instabilität des Affektes
Narzisstische Persönlichkeitsstörung	Mangel an Mitgefühl
Vermeidende Persönlichkeitsstörung	Angst vor Kritik oder Zurückweisung
Alkoholinntoxikation	Stimmungsschwankungen

Gross (1998a) betont auch, dass habitueller Gebrauch bestimmter Emotionsregulationsstrategien zur Unterdrückung negativer Emotionen gesundheitsschädigende Folgen haben kann. Des Weiteren scheint unterdrückter Emotionsausdruck mit psychischer und physischer Beeinträchtigung der Gesundheit zusammen zu hängen (Butler und Gross, 2004).

## 2.5 Fazit

Als Fazit sei hier noch einmal auf Abbildung 3 auf Seite 12 hingewiesen. Existentialität beeinflusst nach Frankls Theorie das psychische Wohlbefinden. Demnach wird Existentialität als Teil des Fundaments betrachtet, worauf psychische Gesundheit und möglicherweise auch Emotionsregulation bauen und wovon diese beeinflusst werden. Empirisch hat sich dies bisher nicht beweisen lassen weder methodisch einwandfrei noch an repräsentativen Stichproben. Für Existentialität und Emotionsregulation liegen überhaupt keine Ergebnisse vor. Ob Existentialität als beeinflussender Faktor von psychischer Gesundheit angeschaut werden kann, oder ob es sich lediglich um Zusammenhänge handelt, soll in der vorliegenden Arbeit untersucht werden.

### 3 Forschungsfragen, Hypothesen und statistisches Vorgehen

In diesem Kapitel werden die Forschungsfragen (F) und Hypothesen (H) vorgestellt. Sodann wird kurz auf die zur Anwendung gekommenen statistischen Verfahren eingegangen.

#### 3.1 Forschungsfragen

Aus den theoretischen Überlegungen ergeben sich 6 Forschungsfragen (F). Diese werden in die zwei Kategorien *Zusammenhangs-* und *Veränderungsforschung* eingeteilt.

##### *Zusammenhangsforschung*

Existentialität, Emotionsregulation und psychische Gesundheit scheinen gewisse Bezugspunkte aufzuweisen. Daher folgende Forschungsfragen:

- F 1: Welcher Zusammenhang besteht zwischen Existentialität und psychischer Belastung über die Gesamtstichprobe hinweg?
- F 2: Welcher Zusammenhang besteht zwischen Existentialität und Emotionsregulation über die Gesamtstichprobe hinweg?
- F 3: Wie hängen Emotionsregulation und psychische Belastung zusammen?

##### *Veränderungsforschung*

Aus dem oben formulierten Modell geht hervor, dass Existentialität und Emotionsregulation psychische Gesundheit beeinflussen. Dies lässt sich am besten anhand der Veränderung der drei Konstrukte überprüfen. Es stellen sich folgende Forschungsfragen:

- F 4: Geht eine Veränderung der Existentialität mit einer Veränderung der psychischen Gesundheit und der Emotionsregulation einher?
- F 5: Geht eine Veränderung der Emotionsregulation mit einer Veränderung der psychischen Gesundheit einher?
- F 6: Welche Rolle spielt die Existentialität beim Einfluss der Emotionsregulation auf die psychische Gesundheit?
- F 7: Als wie wichtig erweisen sich Existentialität / Emotionsregulation für die psychische Gesundheit beim zweiten Messzeitpunkt?

## 3.2 Hypothesen

Im Folgenden werden analog zur Einteilung der Forschungsfragen die Hypothesen vorgestellt. Im Anschluss an die beiden Hypothesenteile werden jeweils die angewandten statistischen Verfahren erläutert.

### 3.2.1 Zusammenhänge zwischen den Konstrukten

#### *Existentialität und psychische Gesundheit*

Für die Überprüfung des Zusammenhanges zwischen Existentialität und psychischer Gesundheit bzw. Belastung ergibt sich nachfolgende Fragestellung. Vorerst soll jedoch ganz allgemein betrachtet werden, ob überhaupt Zusammenhänge bestehen. In einem weiteren Schritt werden Subpopulationen untersucht.

**Fragestellung 1:** Welcher Zusammenhang besteht zwischen Existentialität und psychischer Belastung über die Gesamtstichprobe hinweg?

Folgende Hypothesen dienen der Untersuchung der Fragestellung:

- H1 a: Es existiert ein negativer Zusammenhang zwischen Existentialität und psychischer Belastung.
- H1 b: Es existiert ein negativer Zusammenhang zwischen Existentialität und Depressivitätswerten.
- H1 c: Der Zusammenhang zwischen Existentialitätswerten und Depressivität fällt stärker aus als derjenige zwischen Depressivitätswerten und Personalität.
- H1 d: Es existiert ein positiver Zusammenhang zwischen Existentialität und physischer Gesundheit, psychischer Gesundheit, sozialen Beziehungen und allgemeinen Wohlbefinden.
- H1 e: Personen, die eine hohe Existentialität aufweisen, haben signifikant tiefere Belastungswerte auf der globalen Belastungsskala und tiefere Wohlbefindenswerte als Personen mit niedrigeren Existentialitätswerten.

### ***Existentialität und Emotionsregulation***

In einem ersten Teil wird analog zu den vorangehenden Hypothesen vorerst die Gesamtstichprobe untersucht und betrachtet, ob Zusammenhänge zwischen Existentialität und Emotionsregulation nachweisbar sind. Im Anschluss daran werden wiederum Subgruppen verglichen.

**Fragestellung 2:** Welcher Zusammenhang besteht zwischen Existentialität und der Emotionsregulation über die Gesamtstichprobe hinweg?

Zur Überprüfung dieser Fragestellung werden folgende Hypothesen aufgestellt:

H2 a: Es existiert ein positiver Zusammenhang zwischen Existentialität und Emotionsregulation.

H2 b: Der Zusammenhang zwischen der Skala Selbst-Transzendierung und den Skalen der Emotionsregulation fällt am stärksten aus.

H2 c: Personen mit tiefen Gesamtexistentialitätswerten weisen signifikant tiefere Werte auf der Gesamtskala zur Emotionsregulation auf als diejenigen Personen, welche eine hohe Gesamtexistentialitätsausprägung aufweisen.

### ***Emotionsregulation und psychische Gesundheit***

Die bereits bekannten Zusammenhänge zwischen Emotionsregulation und psychischer Gesundheit sollen an dieser klinischen Stichprobe repliziert werden. Im Anschluss daran werden Extremgruppen miteinander in Beziehung gebracht.

**Fragestellung 3:** Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Emotionsregulation und der psychischen Belastung über die Gesamtstichprobe hinweg?

Zur Überprüfung dieser Fragestellung lassen sich folgende Hypothesen ableiten:

H3 a: Emotionsregulation hängt negativ mit psychischer Belastung, Depression, Ängstlichkeit und phobischer Angst zusammen.

H3 b: Emotionsregulation hängt positiv mit psychischer und physischer Gesundheit, sozialen Beziehungen und allgemeinem Wohlbefinden zusammen.

H3 c: Personen mit hohen Werten in der Emotionsregulation weisen signifikant tiefere Belastungswerte auf als Personen mit tiefen Werten in der Emotionsregulation.

### ***Statistisches Vorgehen***

Die statistische Datenanalyse wurde mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS 14.0 für Windows durchgeführt. Falls nicht anders vermerkt, wurde für restlos alle Auswertungen ein Signifikanzniveau von 1% festgelegt. H1a bis H1d, H2a und H2b und H3a und H3b werden mittels bivariaten Korrelationen berechnet. Zusätzlich werden Partialkorrelationen berechnet mit Kontrolle des Geschlechts, des Alters und der Schulbildung. Zur Überprüfung von H1e, H2c und H3c werden univariate Varianzanalysen gerechnet. Zum Vergleich der Extremausprägungen innerhalb der Stichprobe wurden für die Gesamtstichprobe neue Skalen berechnet mit den 25% der Fälle, welche die höchste, mittlere und tiefste Ausprägung der Konstrukte Existentialität, Emotionsregulation und psychischer Beeinträchtigung aufweisen. Diese drei Gruppen à je 25% wurden anschliessend zueinander in Beziehung gesetzt, das heisst, es wurden diejenigen 25% mit den höchsten, mittleren und den tiefsten Werten miteinander verglichen. Ein *Post hoc* Test (Gabriels Prozedur) gibt sodann Auskunft darüber, welche der Gruppenunterschiede für allfällige signifikante Ergebnisse verantwortlich sind. Mehr Informationen über die angewendeten statistischen Verfahren werden im Methodenteil erläutert (Kapitel 4.1).

### **3.2.2 Veränderung der Konstrukte und Gruppenvergleiche**

Die nachfolgenden Hypothesen beziehen sich auf die Veränderung der Konstrukte und die gegenseitige Beeinflussung.

#### ***Existentialität und psychische Gesundheit***

Der Einfluss, den die Existentialität allenfalls auf die psychische Gesundheit hat, lässt sich durch Subgruppen der Existentialität und deren Verbesserung hinsichtlich psychischer Gesundheit untersuchen.

**Fragestellung 4:** Wie verändert sich die psychische Gesundheit innerhalb Subgruppen verschiedener Existentialitätsausprägungen?

Die Hypothesen hierzu lauten wie folgt:

H4 a: Eine hohe Existentialität beim ersten Messzeitpunkt führt zu tieferen Belastungs- und höheren Wohlbefindenswerten bei Messpunkt zwei.

H4 b: Bei starker Zunahme der Existentialität zeigt sich auch eine signifikante Verbesserung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens.

---

***Existentialität und Emotionsregulation***

Bei diesem gänzlich unerforschten Gebiet stellt sich die Frage:

**Fragestellung 5:** Wie verändert sich die Emotionsregulation innerhalb Subgruppen verschiedener Existentialitätsausprägungen?

Um diese Fragestellung zu überprüfen, wurden folgende Hypothesen formuliert:

**H5 a:** Eine hohe Existentialität beim ersten Messzeitpunkt führt zu einer guten Emotionsregulation bei Messzeitpunkt zwei.

**H5 b:** Bei Personen, welche eine Zunahme der Existentialität zeigen, hat sich auch die Emotionsregulation signifikant verbessert.

***Emotionsregulation und psychische Gesundheit***

Der Einfluss, welcher die Emotionsregulation auf psychische Gesundheit ausübt, wird hier folgendermassen überprüft:

**Fragestellung 6:** Welche Unterschiede ergeben sich innerhalb der Subgruppen zur Emotionsregulation bezüglich psychischer Belastung?

Auch hier ergeben sich zwei Hypothesen zur Überprüfung der Fragestellung:

**H6 a:** Eine hohe Emotionsregulation beim ersten Messzeitpunkt führt zu tieferen Belastungswerten bei Messpunkt zwei.

**H6 b:** Bei Personen, welche eine Zunahme der Emotionsregulation zeigen, hat sich auch die psychische Gesundheit signifikant verbessert.

### ***Gegenüberstellung Existentialität- Emotionsregulation***

Der Einfluss, der die Existentialität auf die psychische Gesundheit hat, soll dem Einfluss der Emotionsregulation gegenübergestellt werden.

**Fragestellung 7:** Als wie wichtig erweisen sich Existentialität / Emotionsregulation für die psychischer Belastung beim zweiten Messzeitpunkt?

Hierzu wurden folgende Hypothesen aufgestellt:

H7 a: Die Existentialität bei  $t_1$  und ihre Veränderung erweisen sich als signifikant bessere Prädiktoren für psychische Gesundheit bei  $t_2$  als Emotionsregulation bei  $t_1$  und deren Veränderung.

H7 b: Die Existentialität bei  $t_1$  und ihre Veränderung erweisen sich als signifikant bessere Prädiktoren für das Wohlbefinden bei  $t_2$  als Emotionsregulation bei  $t_1$  und deren Veränderung.

H7 c: Die Existentialität bei  $t_1$  und ihre Veränderung erweisen sich als signifikant bessere Prädiktoren für soziale Beziehungen bei  $t_2$  als Emotionsregulation bei  $t_1$  und deren Veränderung.

### ***Statistisches Vorgehen***

Die Berechnung der Veränderungsforschung baut auf die errechneten Extremgruppen der drei Konzepte auf. Auch hier wird das strengere Signifikanzniveau von 1% angenommen, das heisst es wird nur auf grosse Effekte hin geprüft (Westermann 2000). Für die Hypothesen H4a, H5a und H6a wird eine univariate Varianzanalyse unter Verwendung der bereits berechneten Skalen der Gruppen hoch-mittel-tief durchgeführt. Die Hypothesen H4b, H5b und H6b erfordern zudem die Berechnung von Skalen, welche das Ausmass der Veränderung anzeigen. Analog zur Einteilung in hohe versus mittlere und tiefe Ausprägung wurde nun eine Einteilung in grosse, mittlere versus kleine Veränderung vorgenommen, wobei wiederum je die drei 25%-Gruppen einander gegenüber gestellt wurden. Es werden nachträglich *Post hoc* Vergleiche durchgeführt, um zu klären, welche der Subgruppen sich signifikant von den anderen Subgruppen unterscheiden. Zur Anwendung kommt hier die Gabriel's Prozedur, da die Gruppengrösse variiert. Für die Beantwortung der Hypothesen H7a, H7b und H7c kommt je eine multiple Regression zur Anwendung. Als Kontrollvariablen fungieren Alter, Geschlecht, die Dauer des Aufenthalts und die psychische Gesundheit beim ersten Messzeitpunkt.

## 4 Methodik

Der vorliegende Teil der Arbeit stellt methodische Grundlagen vor, welche das Verständnis des Vorgehens und der Resultate erleichtern sollen. Es werden danach Informationen über das Vorgehen, die Stichprobe und die verwendeten Messmittel gegeben.

### 4.1 Methodische Grundlagen

In der Auswertungsmethodik wird als erstes eine Analyse der Daten auf Normalverteilung hin durchgeführt. Nur wenn die Daten normalverteilt sind, ist die Anwendung parametrischer Verfahren zulässig. Diese Voraussetzung ist in der vorliegenden Studie nur partiell gegeben. Laut Westermann (2000) findet sich bei grossen Stichproben jedoch leicht eine Abweichung von der Normalverteilung. Der Autor weist darauf hin, dass die Auswirkungen von Verletzungen der Verteilungsannahmen umso geringer sind, je grösser die Anzahl der Stichprobenelemente ist. Für die Praxis wird eine Fallzahl von 30 bis 40 als genügend erachtet, damit sich die Verteilungen der Stichprobenmittelwerte und ihrer Differenzen einer Normalverteilung annähern. Aufgrund der Grösse der Stichprobe, partieller Normalverteilung und der Robustheit der verwendeten Verfahren werden im Folgenden trotzdem parametrische Verfahren eingesetzt. Eine detaillierte Auflistung der Testresultate zur Normalverteilung sowie Angaben zu der Schiefe und dem Exzess der in die Berechnungen eingegangenen Variablen finden sich in Anhang C. Die Stärke des Zusammenhangs wird durch das Mass der Korrelation ( $r$ ) dargestellt. Untenstehende Tabelle gibt Auskunft über die Aussagekraft einer Korrelation (Cohen 1988). Bezüglich hoher Korrelationen ist noch zu sagen, dass diese grundsätzlich erwünscht sind, jedoch nicht allzu nahe bei 1 liegen sollten, weil sonst die Wahrscheinlichkeit, dass dasselbe gemessen wird und keine diskriminante Validität gegeben ist, steigt. Der Grenzwert hierfür liegt bei  $r = .80$ .

Tabelle 3: Aussagekraft von Korrelationen und Effektstärken

Höhe der Korrelation	Effektstärke (Cohen)	Effektstärke Eta	Einstufung
$r = .10$	$d = .2$	$\eta = .10$	Schwacher Effekt
$r = .30$	$d = .5$	$\eta = .24$	Mittlerer Effekt
$r = .50$	$d = .8$	$\eta = .37$	Grosser Effekt

Ein weiteres wichtiges Mass ist die Effektstärke (Formel 1)<sup>21</sup>. Hier wird von einem bedeutsamen Effekt ab  $d > 0.80$  /  $\eta < .37$  ausgegangen. Von einem mittleren Effekt wird ab  $d > 0.50$  /  $\eta < .24$  gesprochen. Ist Cohens  $d < 0.20$  /  $\eta < .10$ , wird von einem kleinen und bei einem  $d < 0.10$  von einem unbedeutenden Effekt gesprochen (Cohen, 1988, Westermann 2000).

Formel 1: Berechnung der Effektstärke mit Cohens d

$$d = \frac{M_1 - M_2}{S}$$

Anm.:  $M_1$ =Mittelwert 1,  $M_2$ =Mittelwert 2,  $s$ = Standardabweichung (Mittelwert von  $s_1$  und  $s_2$ ).

Zum Signifikanzmass (p) ist zu sagen, dass eine Signifikanz von  $p < 0.001$  bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, einen Fehler begangen zu haben, äusserst klein und das Resultat somit höchst signifikant ist (Westermann 2000). Werte um  $p < 0.01$  gelten als hoch signifikant, bis  $p < 0.05$  als signifikant und ab  $p < 0.10$  als Trend (Cohen, 1988).

## 4.2 Untersuchungsdesign und Datenerhebung

Die Daten wurden zwischen Februar 2005 und Juni 2007 in Form von Ein- und Austrittsdiagnostik von konsekutiv in der Klinik SGM<sup>22</sup> Langenthal aufgenommenen Patienten erhoben. Es handelt sich also um ein Untersuchungsdesign mit zwei Messzeitpunkten wie Abbildung 8 aufzeigt.

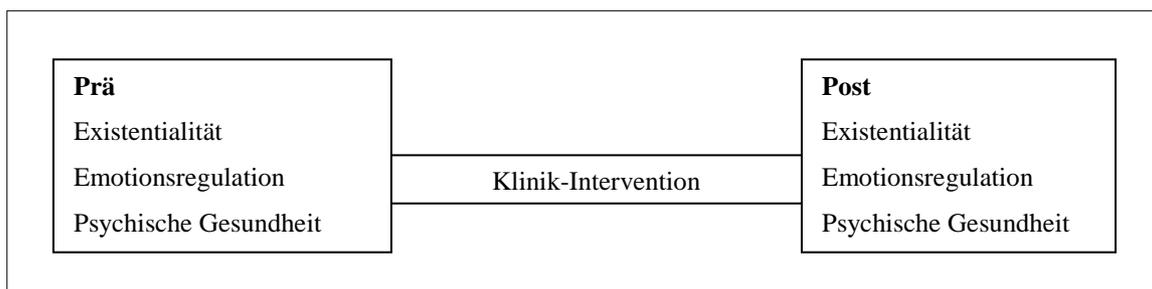


Abbildung 8: Untersuchungsdesign

<sup>21</sup> Um die Effektstärke ( $\eta$ ) berechnen zu können wird nach Field (2005)  $QS_{\text{zwischen den Gruppen}}$  durch  $QS_{\text{Gesamt}}$  geteilt und anschliessend die Wurzel gezogen. Die Aussagekraft ist äquivalent zu Cohens d.

<sup>22</sup> SGM steht für Stiftung für ganzheitliche Medizin, welche der Träger der Klinik ist

Die Daten wurden im Rahmen der regulären Ein- und Austrittsdiagnostik mit dem Computerprogramm *XPsy*<sup>23</sup> erhoben. Die Patienten der Klinik füllten die Fragebogen selbständig am Computer aus, was ungefähr zwei Stunden in Anspruch nahm. Ein Beispielitem ist in Abbildung 9<sup>24</sup> dargestellt. Wenn notwendig, wurden die Patienten bei der Eingabe der Antworten in den Computer unterstützt. So wurden ihnen beispielsweise bei Bedarf die Fragen vorgelesen. In der Regel fand die Diagnostik während der ersten zwei und der letzten Woche des Klinikaufenthaltes statt.

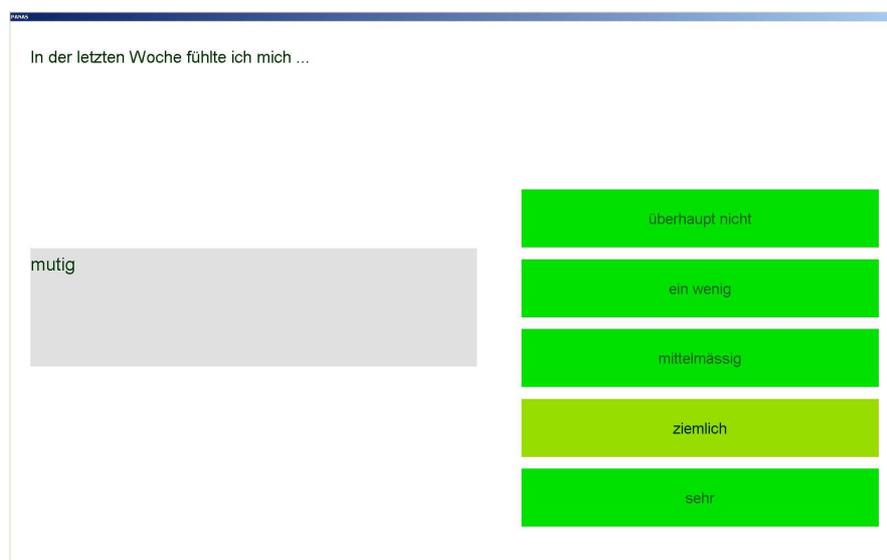


Abbildung 9: Bildschirmbeispiel eines Items aus dem Fragebogen zur Emotionsregulation.

Vor der Durchführung wurde den Patienten der Anlass der Erhebung erläutert (Qualitätssicherung, Diagnose und Studienzwecke), und sie wurden angehalten, die Fragen aufmerksam zu lesen und spontan und ehrlich zu antworten. Die Patienten wurden auch darauf hingewiesen, dass die Informationen vertraulich behandelt und die Resultate allenfalls mit ihnen besprochen werden würden. Dies sollte der Konfundierung entgegenwirken, damit Erwartungstendenzen (soziale Erwünschtheit) und Reaktionsstile (Ja-Sage-Tendenz), welche die Ergebnisse beeinträchtigen könnten, eingeschränkt würden. Für Fragebögen mit Skalen- und Normwerten ermöglichte *XPsy* eine graphische Darstellung gleich nach der Datenerhebung. So konnten die Patienten nach der Datenerhebung noch vor ihrem Austritt sehen, welche Veränderungen sie während des Klinikaufenthaltes durchgemacht hatten. *XPsy*

<sup>23</sup> Informationen und Programm unter [www.xpsy.eu](http://www.xpsy.eu)

<sup>24</sup> Copyright- geschützte Fragebögen wurden den Patienten in laminiertes Form vorgelegt. Ein dazugehöriges Ein Beispielitem findet sich im Anhang A-5.

besitzt zudem eine Funktion, mit welcher sich die Daten exportieren und in SPSS importieren lassen.

### 4.3 Stichprobenbeschreibung

Im erwähnten Zeitrahmen konnte von 505 Personen entweder die Ein- oder Austrittsdiagnostik ausgewertet werden. Davon hatten im Gesamten 326 Personen beim Eintritt und 243 Personen beim Austritt die für diese Forschungsarbeit relevanten Fragebogen ausgefüllt. Diese Zahl verringerte sich unter der Bedingung, dass diese Fragebogen zweimal ausgefüllt werden mussten, auf 234 Personen. Drei Patienten unter 18 Jahren wurden aufgrund der Normierung einzelner Fragebögen aus der Untersuchung ausgeschlossen. Daher betrug die endgültige Stichprobengröße 231 Patienten (N). Tabelle 4 zeigt die Altersverteilung und die Dauer des Klinikaufenthaltes der Stichprobe. Das Geschlechterverhältnis ist mit 29.44 % Männern (N 68) zu 70.56 % Frauen (N 163) nicht ausgeglichen, wobei diese Zahlen im stationären Setting nicht aussergewöhnlich sind (BFS 2007).

Tabelle 4: Altersverteilung und durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Stichprobe

	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Alter	231	40.06	12.25	18	85
Aufenthaltsdauer (Wochen)	231	9.44	4.12	1.86	28

Die Population bestand aus stationären Patienten, wobei eine Person sich in ambulanter Behandlung befand. Es werden vorwiegend Patienten mit Depression u/o Angststörungen behandelt. Allerdings fanden sich auch Ess-Störungen, Posttraumatisches Belastungssyndrom, leichte Schizophrenie und verschiedene Persönlichkeitsstörungen (insbesondere Borderline, Narzissmus, selbstunsichere Persönlichkeitsstörung). Tabelle 5 zeigt die Häufigkeit der Diagnosen auf. Einschränkend muss gesagt werden, dass die Diagnosestellung in der Klinik nicht nach standardisierter Form der Diagnosestellung verfährt, was auch verunmöglicht, Diagnosegruppen in die Berechnung mit einzubeziehen. 65% der Personen haben einen Partner, 35% sind alleine. 64.5% werden in der Klinik einzeltherapeutisch behandelt, 35.5% besuchen zudem Gruppentherapien. Bezüglich der Schulbildung präsentiert sich folgende Verteilung: die Primarschulbildung hatten 37.66 %, zur Sekundarschule gingen 41.13 % und 12.55% absolvierten das Gymnasium. Die ganze Tabelle zur Schulbildung sowie eine Tabelle zur beruflichen Tätigkeit vor der Klinikaufnahme befinden sich im Anhang B-1.

Tabelle 5: Hauptdiagnose bei Eintritt mit ICD-Bezeichnung

Diagnosen	Anzahl Fälle	Prozent
Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F0)	2	0,86
Schizophrenie, schizotype & wahnhafte Störungen (F2)	12	5,19
Affektive Störungen (F3)	134	58,00
Neurotische-, Belastungs- & somatoforme Störungen (F4)	40	17,31
Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen & Faktoren (F5)	6	2,58
Persönlichkeits- & Verhaltensstörungen (F6)	5	2,16
andere	8	3,46
fehlend	24	10,38
Gesamt	231	100

Bezeichnend für diese Stichprobe ist, dass der Anteil an Religionszugehörigkeit verhältnismässig hoch ist. Nur gerade 5 Prozent gehören keiner Religion an, und knappe 1 Prozent bezeichnet sich als einer anderen als der christlichen Religion zugehörig. Dies ist also für die Schweizer Bevölkerung nicht sehr repräsentativ (BAS 2005).

#### 4.4 Operationalisierung

In diesem Teil der Arbeit wird auf die Operationalisierung der untersuchten Konstrukte eingegangen. Es wurden folgende Konstrukte untersucht:

◆ **Existentialität**

◆ **Emotionsregulation**

◆ **Psychische Gesundheit**

Zusätzlich wurden folgende Bereiche in die Berechnungen aufgenommen:

◆ **Demographische Variablen & Religions-Struktur-Test**

Es werden nur diejenigen Verfahren näher beschrieben, welche relevant für die vorliegende Untersuchung sind.<sup>25</sup> Im Folgenden werden die drei Fragebögen zur Erfassung der Existentialität (4.4.1), der Emotionsregulation (4.4.2) und der psychischen Belastung (4.4.3) sowie zwei Fragebögen zu Depression und Wohlbefinden vorgestellt. Dabei handelt es sich bei den Messinstrumenten um Selbstbeurteilungen. Die in Kapitel 4.4.4 beschriebenen

<sup>25</sup> Das gesamte verwendete Fragebogenset der zwei Messzeitpunkte findet sich im Anhang A.

weiteren Fragebögen stellen keine Messinstrumente im herkömmlichen Sinne dar, sondern dienen der systematischen Vervollständigung der Patientendaten oder sind noch nicht genügend validiert worden.

#### 4.4.1 Erhebung der Existentialität: ESK

Die Existentialität wurde mittels der *ESK* (Längle et al. 2000), der Existenz-Skala erhoben. Dieser Fragebogen misst Sinnhaftigkeit („Sinnerfassungsmethode“) resp. die Kompetenz und das „Umgehen-Können“ mit sich selbst und mit der Welt. Die Testkonstruktion verlief theoriegeleitet (vergleiche Kapitel 2.1.2). Ursprünglich enthielt der Fragebogen 144 Items, jedoch wurde die Itemanzahl dann mittels Faktorenanalyse auf 46 reduziert. Der Test umfasst 4 Skalen entsprechend der 4 in Kapitel 2.2 erwähnten Aspekte, nämlich Selbst-Distanzierung, Selbst-Transzendenz, Freiheit und Verantwortung. Zusätzlich fasst der Test die beiden ersten Skalen zum Personalitätsmass (PM) zusammen, und die beiden letzteren zum Existentialitätsmass (EM). Das Gesamtmass (GM) ist der Wert über alle Items hinweg und gibt Auskunft über den Grad der inneren Erfülltheit. Diese Mass bezeichnet das, was im Theorieteil als Existentialität definiert worden ist. Die Itembewertung reicht von 1 bis 6 (*stimme nicht zu bis stimme völlig zu*). Für ein klareres Verständnis des Fragebogens wurde in Tabelle 6 zu jeder Skala ein Beispielitem hinzugefügt.

Tabelle 6: ESK-Skalen mit Beispiel-Items

ESK (4 Skalen)	Itemzahl	Beispielitem:
Selbstdistanzierung (SD)	8	Wenn Probleme auftauchen, verliere ich leicht den Kopf.
Selbsttranszendenz (ST)	14	Ich bilde mir gerne eine eigene Meinung.
Freiheit (F)	11	Es ist mir nie spontan klar, was ich in einer Situation tun kann.
Verantwortung (V)	13	Es gibt Situationen, in denen ich mich völlig hilflos fühle
Personalität (PM)		Die Skalen Selbstdistanzierung und Selbsttranszendenz
Existentialität (EM)		Die Skalen Freiheit und Verantwortung
Zusatzitems	4	...schlechtem Appetit.
Gesamtscore (GM)	46	GSI= GS / Items des gesamten Tests (Mittelwert über alle Items)

Die Normstichprobe ist nicht ganz normalverteilt. Zur Erfassung von wahrgenommener Existentialität stellt der Fragebogen ein zuverlässiges und valides Messinstrument mit befriedigenden bis guten statistischen Item- und Skalenkennwerten dar. Die internen

---

Konsistenzen (Cronbach`s Alpha)<sup>26</sup> liegen zwischen  $\alpha=.72$  und  $\alpha=.89$ . Die interne Konsistenz des Globalmasses beträgt sogar  $\alpha=.93$ . Problematisch ist allerdings, dass die Konstruktvalidität der ESK bis heute nicht zweifelsfrei gegeben ist (Thege 2006). Eine Validierung mit dem Purpose in Life-Test (PIL) zeigt jedoch eine Korrelation von  $r=.49$ .

#### 4.4.2 Erhebung der Emotionsregulation: EMO-Check

Zur Messung der Emotionsregulation wurde der *Emo-Check* (Version-L 01/2005) verwendet. Dieser Fragebogen erfasst mit seinen insgesamt 58 Items emotionales Befinden, Umgang mit Gefühlen und stressvollen Ereignissen sowie emotionale Kompetenz, welche für den Therapieprozess relevant ist. Der aus zwei Teilen bestehende Fragebogen wurde von Berking und Grawe (Berking und Grawe in Vorbereitung) entwickelt. Der erste Teil, welcher in der vorliegenden Forschung keine Verwendung fand, enthält Items aus dem *PANAS* (Positive and Negative Affect Schedule; Watson et al. 1988, deutsche Version Krohne, Eggloff, Kohlmann &Tausch 1996) zu positiven und negativen Emotionen und misst die Intensität von emotionalen Reaktionen. Der zweite Teil des EMO-Checks zu emotionaler Kompetenz beinhaltet 28 Items, welche 8 Skalen zugeordnet werden. Diese vermitteln einen Eindruck davon, wie kompetent eine Person mit potentiell problematischen Gefühlen umzugehen weiss. Die Beantwortung erfolgt auch hier über eine fünf Punkte Likert-Skala (*überhaupt nicht* bis *fast immer*). Die 8 Skalen sowie die Gesamtskala sind der Tabelle 7 zu entnehmen. Des Weiteren sei auch auf die theoretischen Ausführungen in Kapitel 2.3.1 hingewiesen. Die Konstruktion erfolgte theoriegeleitet und durchlief eine faktorenanalytische Testung. Sowohl die Validität als auch die Reliabilität der Wochenversion sind gut abgesichert. Die interne Konsistenz liegt zwischen  $\alpha=0.70$  und  $\alpha=0.91$  (Pfister, 2006) und die Skaleninterkorrelationen der Gesamtskala zwischen  $r=.51$  bis  $r=.81$ . Die anderen Skalen korrelieren anhand erster Validierungen (Bellisan 2006) untereinander durchschnittlich im mittleren bis hohen Bereich ( $r=.11$  bis  $r=.69$ ). Für die hier vorliegende Stichprobe wurden zudem die Skaleninterkorrelationen berechnet. Diese liegen zwischen  $r=.50$  und  $r=.89$  (Tabelle im Anhang).

---

<sup>26</sup> Als zufrieden stellend gelten Werte ab  $\alpha= 0.70$ . Bei der internen Konsistenz geht es um das Verhältnis von „wahrer“ Varianz (Unterschiede zwischen den Probanden) und beobachtetem Wert.

Tabelle 7: Die Skalen des EMO-Check Teil 2 mit der Itemzahl und jeweils einem Beispielitem

Skala	Itemanzahl	Beispiel: <i>Im Allgemeinen...</i>
AG	3	...achte ich auf meine Gefühle
KW	3	... merkte ich gut, wenn mein Körper auf emotional bedeutende Situationen besonders reagierte.
KL	3	...ist mir klar, was ich gerade fühle.
VE	3	...verstehe ich meine emotionalen Reaktionen.
AK	3	... fühle ich mich stark genug, auch negative Gefühle aushalten zu können.
RS	3	... konnte ich trotz negativer Gefühle das machen, was ich mir vorgenommen hatte.
KB	3	...kann ich meine negativen Gefühle beeinflussen.
RE	3	...akzeptiere ich meine Gefühle.
GES	24	Mittelwert über alle Items

Anm.: AG=Aufmerksamkeit für Gefühle, KW=Körperwahrnehmung von Gefühlen, KL=Klarheit von Gefühlen, VE=Gefühle verstehen, AK=Gefühle akzeptieren können, RS=Resilienz (Gefühle tolerieren & aushalten können), KB=Konfrontationsbereitschaft, RE=Subjektive Regulationskompetenz, GES=Gesamtskala.

#### 4.4.3 Erhebung der psychischen Gesundheit: SCL und BDI

Als Hauptinstrument zur Untersuchung der psychischen Gesundheit wurde die *Symptom-Checkliste* (SCL-90-R) von Gabriela Helga Franke (2002) angewandt. Weiter standen der *BDI* und der Fragebogen zum Wohlbefinden zur Verfügung. Beim SCL wird die psychische und körperliche Belastung während der letzten 7 Tage erfragt. Die 90 Items geben einen relativ guten Einblick in die Symptomatik einer Person. Sie werden zu 9 Skalen und 3 Gesamtwerten zusammengefasst (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität und Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus, Anzahl Symptome, Intensität der Antworten und Gesamtbelastung). Die Itembewertung reicht von 0 bis 4 (Likert-Skala mit fünf Antwortmöglichkeiten von *überhaupt nicht* bis *sehr stark*). Der Test ist nicht normalverteilt. Die gute Reliabilität ( $\alpha=0.75$  bis  $\alpha=0.87$ ) und Validität der Skalen sind mittlerweile ebenfalls belegt worden (Franke 2002). Zu allen liegen Normwerte aus Normalpopulationen und verschiedenen klinischen Stichproben vor.

Das *BDI* (Beck-Depressions-Inventar) kam nicht bei allen Patienten zur Anwendung, da das Verfahren zu Beginn der Untersuchung nur bei Patienten mit einem Wert über 60 in der Depressionsskala des SCL eingesetzt wurde, was auch Sinn macht, da es den Schweregrad der depressiven Symptomatik misst. Es werden 21 Symptombereiche anhand je eines Items in Form von Selbstbeurteilung erfasst. Es sind jeweils vier Antworten möglich (Ausprägungen). Diese ergeben dann zusammen einen Gesamtwert. Das Instrument ist international anerkannt und insgesamt als zuverlässig, konsistent, valide und sensibel in der Erfassung von Depression einzustufen (siehe Hautzinger, Bailer, Worall und Keller 1995). Es eignet sich nebst der

---

Erfassung des Schweregrads auch zur Veränderung der depressiven Symptomatik durch die Intervention. Seine Reliabilität ist sehr zufrieden stellend mit einer internen Konsistenz von  $\alpha=.88$  (bei depressiven Patienten bis 30 Jahre sogar  $\alpha=.92$ ).

#### 4.4.3.1 Wohlbefinden, soziale Beziehungen und körperliche Gesundheit

Um das Wohlbefinden zu messen wurde der *WHOQOL-Bref* (Kurzform des Fragebogens zur Lebensqualität der Weltgesundheitsorganisation) eingesetzt. Dieser erfragt neben psychischer und körperlicher Gesundheit auch soziale Beziehungen und Lebensqualität (Angermeyer et al. 2000). Er beinhaltet 26 Items auf den Skalen psychische-, physische Gesundheit, soziale Beziehungen, Umwelt und Globalwert für das Wohlbefinden. Die Antwortskala ist eine fünf-Punkte Likert-Skala, die Antworten variieren je nach Frageblock (z.B. *sehr schlecht* bis *sehr gut* oder *sehr unzufrieden* bis *sehr zufrieden*). Die interne Konsistenz der Subskalen liegt zwischen  $\alpha=.57$  und  $\alpha=.88$ . Für die Gruppe der psychisch Kranken liegen alle Werte deutlich über  $\alpha=.70$ . Als gut kann auch die Validität eingeschätzt werden, da die Unterscheidung zwischen gesundheitlich beeinträchtigten und gesunden Personen sowie zwischen Personen mit physischen und Personen mit psychischen Erkrankungen klar ersichtlich wird.

#### 4.4.4 Weitere Messmittel

Die ganze Testbatterie der Klinik umfasst 22 Fragebögen (Stand Juni 2007), welche in Tabelle 8 als Überblick dargestellt sind. Nebst den bereits erwähnten Fragebögen fanden noch folgende Tests Eingang in die Untersuchung: RST-C (Religion, Glaube und Spiritualität) sowie klinikinternen Fragebögen mit soziodemographischen Angaben.

##### ***Fragebogen im Zusammenhang mit Religion***

Der von Huber (2004) entworfene Fragebogen RST (Religions-Struktur-Test) zur Erfassung der Wichtigkeit der einzelnen Bereiche von Religion, Glaube und Spiritualität wurde an verschiedenen Stichproben angewandt. Er umfasst 89 Items auf 32 Skalen. Eine Validierungsstudie ist in Vorbereitung. Tabelle 8 gibt einen Überblick über alle verwendeten Fragebögen der Klinik bei Ein- und Austritt.

Tabelle 8: Alle verwendeten Instrumente der Klinik SGM bei Ein- und Austrittsdiagnostik

Klinik-Testbatterie	Eintritt	Austritt	Beschreibung
<b>Patientenfragebögen</b>			
BaDO-P*	x		Basisdokumentation: demographische Daten
SCL R-90*	x	x	Symptom-Checkliste zur Erfassung der Symptomatik
BDI*	x	x	Bochumer Depressionsinventar
ESK*	x	x	Existenzskala zur Erfassung der Existentialität
EMO-Check 1	x	x	Zur Erfassung des negativen und des positiven Affektes
EMO-Check 2*	x	x	Zur Erfassung der Emotionsregulationskompetenzen
IIP	x	x	Interpersonelle
GBB	x	x	Körperliche Beschwerden
RST-C*	x	x	Religion, Glaube und Spiritualität
WHOQOL-Bref*	x	x	Wohlbefinden
SBI	x	x	Religiöse Gewohnheiten
FTB-P	x	x	Fragebogen zur therapeutischer Beziehung
RCOPE	x	x	Religiöses Coping
Zuf8		x	Zufriedenheit mit Behandlung
PaEinsch		x	Patienteneinschätzung
Austritt-P*		x	Austrittsfragebogen
<b>Therapeutenfragebögen</b>			
BaDO-T*	x		Basisdokumentation: demographische Daten
FTB-T	x	x	Fragebogen zur therapeutischer Beziehung
GAF	x	x	Einschätzung der psycho-sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit
BSS	x	x	Beeinträchtigung Schwere Score zur Einschätzung der Schwere der Beeinträchtigung
Austritt-T		x	Austrittsfragebogen
Gesamthaft 22	17	19	
In Untersuchung	8	8	

Anm.: \*: in der vorliegenden Untersuchung verwendetes Instrument

### ***Klinikinterne Fragebögen***

Die Klinik verwendet mehrere unveröffentlichte, interne Fragebögen, welche den Patienten und den behandelnden Therapeuten ebenfalls in elektronischer Form vorliegen. Da meist nur ein paar wenige Items aus diesen Fragebögen verwendet wurden, wird jeweils nicht detailliert darauf eingegangen. Es gibt weitere unveröffentlichte Fragebögen, die zu Forschungszwecken eingesetzt werden.

---

### *Patientenfragebögen*

Den Patienten werden 2 Fragebögen zur Beantwortung per Mausclick präsentiert. Sie müssen demographische Angaben und eine Einschätzung der eigenen Therapiemotivation machen (*BaDo-P*), und Fragen zum Verlauf und zur Nutzung des therapeutischen Angebots beim Austritt (*Austritt-P*) beantworten.

### *Therapeutenfragebogen*

Die Basisdokumentation seitens des Therapeuten (*BaDo-T*) beinhaltet Fragen zur Diagnose, Einschätzung der Therapiemotivation, Angabe der Dauer der vorliegenden Beschwerden und Einschätzungen zur allgemeinen Verfassung. Der Fragebogen *Austritt-T* zeigt die subjektive Verbesserungseinschätzung, Therapienutzung durch den Patienten und die Veränderung der Arbeitsunfähigkeit.

## **4.5 Darstellung der Behandlung**

Da auch die Veränderung erfasst wurde, soll hier kurz die Behandlung, welche die Patienten erhielten, erläutert werden. Die fachlichen Schwerpunkte der Klinik SGM liegen in der Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie. Einerseits wird eine Abteilung mit einem psychosomatischen und eine Abteilung mit einem psychiatrischen Schwerpunkt geführt, andererseits besteht ein Ambulatorium. Die Klinik verfolgt ein betont ganzheitliches Konzept, daher wird auch die Religiosität der Patienten nicht ausgeklammert, sondern sogar auch therapeutisch genutzt. Insofern ist eine gewisse Nähe zu Frankls Logotherapie nicht abzustreiten. Ansonsten hat jeder Therapeut seine eigene schulenspezifische Ausbildung absolviert, und es wird nicht nach einer spezifischen Therapieausrichtung verfahren. Die Behandlung erfolgt über Einzelgespräche und, falls indiziert, anhand von Gruppentherapie. Es gibt zusätzlich zur Gruppentherapie themenfokussierte Gruppen für Ess-Störungen und Traumata. Weiter steht den Patienten ein breites Angebot an Ergo- und Physiotherapie sowie Sport und Seelsorge zur Verfügung. Die therapeutische Beziehung inklusive Beziehungsaufbau und -gestaltung, Übertragungsprozesse in der Beziehung und die Bearbeitung derselben, sowie Problem- und Konfliktbearbeitung im Gespräch, die Abgabe von Medikamenten, gezieltes Verhaltens-, Alltags- und Körpertraining, Entspannungs-Verfahren und auch Gebete sind weitere Elemente, die in der Klinik eingesetzt werden.

---

## 5 Resultate

Analog zur Einteilung und Reihenfolge im Theorie- und im Hypothesenteil wird in diesem Kapitel auf die Ergebnisse der formulierten Hypothesen eingegangen. Es wird vorweggenommen, dass die Daten zwar nicht eindeutig normalverteilt sind und daher eher auf nicht-parametrische Verfahren zurückgegriffen werden müsste. Doch die Grösse der Stichprobe lässt nach Westermann (2000) zu.

### 5.1 Zusammenhänge zwischen den Konstrukten

In diesem Abschnitt werden die Resultate zu den querschnittlichen Hypothesen besprochen. Es geht um den Zusammenhang zwischen Existentialität, psychischer Gesundheit und Emotionsregulation. Des Weiteren soll der bereits bekannte Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und psychischer Gesundheit an der vorliegenden Stichprobe repliziert werden.

#### *Existentialität und psychische Gesundheit*

Die **Überprüfung des Zusammenhanges** zwischen Existentialität und psychischer Gesundheit bzw. Belastung zeigt, dass ein stark negativer Zusammenhang von  $r=-.62$ ,  $p>0.01$  (H1a)<sup>27</sup> zwischen psychischer Beeinträchtigung und erfüllter Existentialität besteht (Anhang D-1)<sup>28</sup>. Dies entspricht den Erwartungen und ebnet den Weg für Frankls These, dass niedrige Existentialität zu psychischer Beeinträchtigung führt. Die Kausalität ist freilich nicht gegeben. Auch Hypothese H1b kann bestätigt werden. Es zeigen sich über die zwei verschiedenen Depressionsmasse hohe Korrelationen mit dem Gesamtmass für Existentialität. Die Korrelationen liegen zwischen  $r=-.57$ ,  $p>0.01$  und  $r=-.66$ ,  $p>0.01$ . Die höchste Korrelation liegt für das Gesamtmass und den BDI-Wert vor. Die beiden Werte Personalität und Existentialität unterscheiden sich für Depression nicht signifikant voneinander, daher ist H1c zu verwerfen (siehe Anhang D-1). H1d erweist sich als signifikant, jedoch in

---

<sup>27</sup> Bedeutsame Korrelationen sind grau unterlegt (ab  $r=.30$ ), wichtige Korrelationen sind gelb unterlegt (ab  $r=.50$ ).

<sup>28</sup> Die höchsten vertikalen Korrelationen in allen dargestellten Tabellen, unabhängig ob klein, mittel oder gross, werden jeweils fett hervorgehoben. Die höchsten horizontalen Korrelationen sind dort, wo es von Interesse ist, durch Unterstreichen gekennzeichnet.

unterschiedlichem Ausmass. Mit physischer Gesundheit weist erfüllte Existentialität demnach nur einen niedrigeren bis mittleren Zusammenhang auf (zwischen  $r=-.24$ ,  $p>0.01$  und  $r=-.34$ ,  $p>0.01$ ). Die Zusammenhänge zwischen Existentialität und weiteren Massen, welche hier unter psychische Gesundheit subsumiert werden, sind in Tabelle 9 zusammengefasst. Auch weist neben der psychischen Gesundheit das globale Wohlbefinden eine hohe Korrelation mit Existentialität auf.

Tabelle 9: Korrelationen zwischen den Existentialitäts- & Wohlbefindensmassen

Wohlbefindensmass	GM
Globales Wohlbefinden	.58 (.60)
Physische Gesundheit	.28 (.31)
Psychische Gesundheit	.62 (.64)
Soziale Beziehungen	.32 (.34)

Anm.: Die Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant. Korrelationen in Klammer= Kontrolle für Alter, Geschlecht und Schulbildung, N= 220

Zusätzlich zu den spezifischen Hypothesen sollte untersucht werden, welche Aspekte psychischer Gesundheit und Existentialität besonders hoch oder tief korrelieren. Daher wurde eine explorative Analyse (siehe Anhang D-2) durchgeführt. Diese zeigt sehr schön, mit welchen Konstrukten erfüllte Existentialität den höchsten Zusammenhang aufweist. Es soll hier nicht auf jedes einzelne Resultat eingegangen werden, sondern es wird jeweils einfach das oder die höchsten Ergebnisse pro Konstrukt erwähnt. Auffallend ist, dass *Selbst-Distanzierung* gesamthaft die tiefsten Korrelationen aufweist, die höchste Korrelation liegt bei  $r=-.47$  für *Psychotizismus*. *Selbst-Transzendenz* korreliert genau wie alle anderen Existentialitäts-Skalen am schwächsten mit *Somatisierung*. Am stärksten fällt die Korrelation für *Unsicherheit im Sozialkontakt* aus ( $r=-.60$ ,  $p>0.01$ ). *Freiheit* korreliert ebenfalls am stärksten mit *Unsicherheit im Sozialkontakt* und mit dem *Gesamtwert für psychische Belastung*. *Verantwortung* korreliert am höchsten mit der *Gesamtbelastung* ( $r=-.59$ ,  $p>0.01$ ). Das Persönlichkeitsmass hingegen korreliert am höchsten mit *Unsicherheit im Sozialkontakt*. Das Existentialitätsmass weist mit  $r=-.62$ ,  $p>0.01$  die höchste Korrelation für die Gesamtbelastung auf, und das Gesamtmass der Existentialität korreliert wiederum am stärksten mit *Unsicherheit im Sozialkontakt*. Es zeigt sich also eine erhöhte Korrelation für Existentialität mit Unsicherheit im Sozialkontakt und mit der psychischen Gesamtbelastung. Mit H1e sollte überprüft werden, ob sich **Subgruppen** mit tiefer (T, N=59), mittlerer (M, N=64) und hoher (H, N=58) Existentialität bezüglich des Ausmasses der psychischen Belastung unterscheiden. Die Homogenität der Varianzen, welche eine Voraussetzung für die Anwendung von Varianzanalysen darstellt, wurde mittels dem Levene's Test überprüft, da dieser Test weniger sensitiv gegenüber Abweichung der Normalverteilung ist. Falls die

Homogenität nicht gegeben war<sup>29</sup>, wurde hier der in Anlehnung an Field (2006) der Varianz-Ratio angeschaut, was zur Entscheidung führte, parametrische Verfahren anzuwenden. Das Resultat der Varianzanalyse fällt, wie in Tabelle 10 dargestellt, signifikant aus.

Tabelle 10: ANOVA für psychische Belastung UV:GM

Faktor	QS	df	MQ	F	$\eta^2$
Zwischen den Gruppen	183080.18	2	91540.09	47.97***	0.35
Innerhalb der Gruppen	339647.61	178	1908.13		
Gesamt	522727.79	180			

Anm: UV= unabhängige Variabel, GM= Gesamtmass der Existentialität, \*\*\*=  $p < .001$ ,  $\eta^2$ : Eta

Die Effektstärke für dieses Resultat ist mittelgross, nähert sich jedoch einem starken Effekt an. Wird Eta-Quadrat mit 100 multipliziert so erhält man die aufgeklärte Varianz, was im vorliegenden Fall 35% ausmacht. Die Gabriels Prozedur zur Überprüfung der Gruppenunterschiede erwies sich für alle drei Gruppen als höchst signifikant ( $p=0.000$ ). Die Graphik in Abbildung 11 verdeutlicht den Zusammenhang visuell.

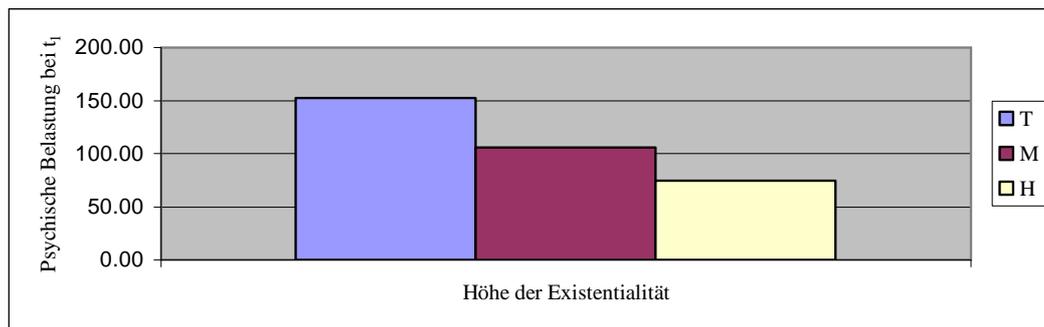


Abbildung 10: Die psychische Belastung der Subgruppen der Existentialität beim ersten Messzeitpunkt

Das Wohlbefinden fällt auch je nach Subgruppe unterschiedlich aus ( $F(2, 171)=50.29$ ,  $p=0.000$ ,  $\eta^2=0.37$ ), und es unterscheiden sich alle Subgruppen signifikant von einander ( $p=0.000$ ). Der Effekt fällt für diese Berechnung im Gegensatz für die sozialen Beziehungen ( $F(2, 171)=12.71$ ,  $p=0.000$ ,  $\eta^2=0.13$ ) gross aus.

<sup>29</sup> Als Cut-off-Point gilt ein Wert von 0.10. Auswertungen in Anhang D-3.

### ***Existentialität und Emotionsregulation***

Der **Zusammenhang** zwischen Emotionsregulation und erfüllter Existentialität kann nach den Berechnungen als gegeben betrachtet werden. Die Korrelation der beiden Gesamtskalen beträgt  $r=.46$ ,  $p>0.01$  (H2a). Der stärkste Zusammenhang der Emotionsregulationsskalen ergibt sich wider Erwarten nicht für die Subskala *Selbst-Transzendenz*, sondern für *Freiheit* (gefolgt von *Selbst-Transzendenz*), und somit ist Hypothese H2b zu verwerfen. Da die Zusammenhänge noch etwas genauer angeschaut werden sollten, wurde eine explorative Analyse durchgeführt (die gesamte Korrelationstabelle findet sich im Anhang D-1). Diese zeigte auf, dass die Skalen der Existentialität durchwegs am stärksten mit der *Gesamtskala der Emotionsregulation* korrelieren. Die höchste Korrelation liegt bei  $r=.48$ ,  $p>0.01$  für *Freiheit* mit der *Gesamtskala der Emotionsregulation*. Verantwortung hingegen weist für die *Gesamtskala der Emotionsregulation* die zweitiefste Korrelation auf. Des Weiteren ist es wiederum so, dass die Subskala *Selbst-Distanzierung* mit keiner einzigen mittleren Korrelation vertreten ist und daher mit den Skalen der Emotionsregulation am schwächsten zusammenhängt. Es wurde auch für jede Emotionsregulationsskala geschaut, mit welcher Existentialitätsskala der höchste Zusammenhang erreicht wurde. So korrelieren *Aufmerksamkeit für Gefühle*, *Körperwahrnehmung* und *Klarheit von Gefühlen* stärker mit *Selbsttranszendenz*, alle anderen jedoch mit *Freiheit*. Die Hypothese H2c zu den **Subgruppen** der Existentialitätsausprägung erweist sich als signifikant ( $F(2, 178)=22.74$ ,  $p=0.000$ ,  $\eta^2=0.20$ ). Abbildung 11 zeigt die Gruppenunterschiede (T und M, H  $p= 0.000$  und M und H  $p= 0.009$ ).

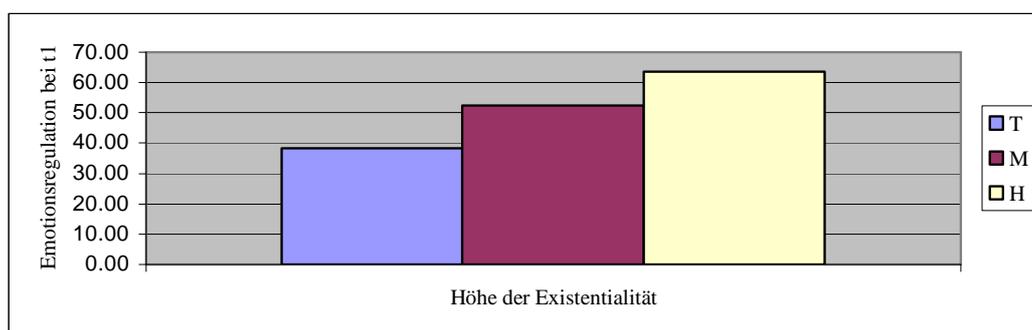


Abbildung 11: Die Emotionsregulation der Subgruppen der Existentialität beim ersten Messzeitpunkt

### ***Emotionsregulation und psychische Gesundheit***

Die Untersuchung der Gruppenunterschiede ergibt signifikante Unterschiede für alle Gruppen ( $p=0.000$  für T mit M und H und  $p=0.009$  für M mit H). Abbildung 12 verdeutlicht die Unterschiede. Der Mittelwert für Gruppe T beträgt 38.31 ( $SD=18.64$ ), für Gruppe M 52.50 ( $SD=20.35$ ) und für Gruppe H 63.39 ( $SD=21.92$ ).

Die **Zusammenhangshypothese** für Masse psychischer Belastung und Emotionsregulation (**H3a**) ist als bestätigt anzusehen. Für *psychische Gesamtbelastung* liegt die Korrelation bei  $r = -.35$ ,  $p > 0.01$ . Wie angenommen ergeben sich auch für **H3b** allesamt signifikante, positive Korrelationen auf einem Niveau von  $p < 0,01$ . Einen Überblick über alle Korrelationen von Beeinträchtigungs- und Gesundheitsmassen mit der *Gesamtskala der Emotionsregulation* verschafft Tabelle 11. Zusätzlich wurden zusätzlich explorativ alle Skalen miteinander korreliert (Anhang D-1).

Tabelle 11: Korrelationen zwischen Emotionsregulation & Massen psychischer Beeinträchtigung/Gesundheit

Masse psychischer Gesundheit	ER
Psychische Belastung	-.35
Depressivität	-.40
Ängstlichkeit	-.28
Phobische Angst	-.22
Physische Gesundheit	.22
Psychische Gesundheit	.46
Soziale Beziehungen	.18
Globales Wohlbefinden	.41

Die Hypothese (**H3c**) in Bezug auf den Unterschied psychischer Gesundheit der **Subgruppen** hat sich mit den Werten  $F(2, 177) = 20.87$ ,  $p = 0.000$ ,  $\eta^2 = 0.19$  ebenfalls als signifikant erwiesen. Graphisch sieht das Ergebnis dem Zusammenhang zwischen Existentialität und psychischer Belastung ähnlich, allerdings fällt der Unterschied zwischen mittlerer und hoher Emotionsregulation kleiner aus. Der nachträgliche Gruppenvergleich erweist sich daher, wie zu erwarten war, nur für Gruppe T ( $N = 60$ ,  $M = 142.68$ ,  $SD = 49.42$ ) gegenüber Gruppe M ( $N = 62$ ,  $M = 98.21$ ,  $SD = 44.73$ ) und H ( $N = 58$ ,  $M = 91.12$ ,  $SD = 47.67$ ) als signifikant ( $p = 0.000$ ), der Vergleich zwischen Gruppe M und H hingegen nicht.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass alle drei Konstrukte zusammenhängen. Wie die oben dargestellten Graphiken zeigen, ist die psychische Belastung jeweils grösser, je weniger ausgeprägt die Existentialität ist. Die Emotionsregulation steigt mit der Existentialität. Das Ausmass der Zusammenhänge wird in Abbildung 12 noch einmal verdeutlicht. Alle dargestellten Korrelationen sind auf einem Niveau von  $p < 0.01$  signifikant.

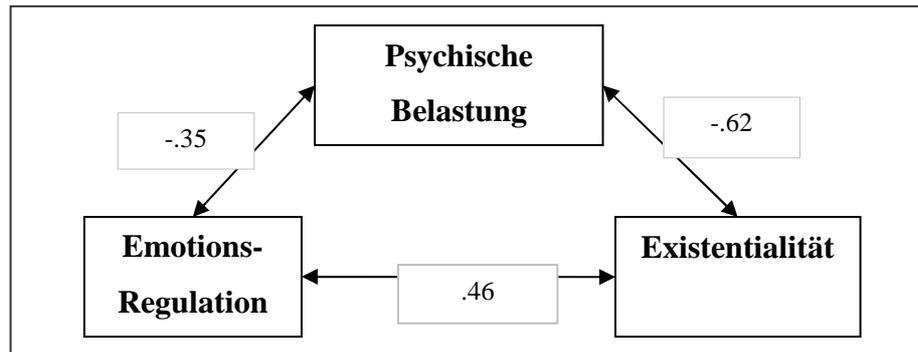


Abbildung 12: Die Korrelationen der Konstrukte Existentialität, Emotionsregulation & psychische Belastung

Da für die Existentialität durchgehend grössere Korrelationen als erwartet gefunden wurden, kam nachträglich noch die Berechnung von Partialkorrelationen zur Anwendung. Hierfür wurde die Gesamtbelastung mit Existentialität korreliert und dabei für Emotionsregulation kontrolliert und umgekehrt.<sup>30</sup>

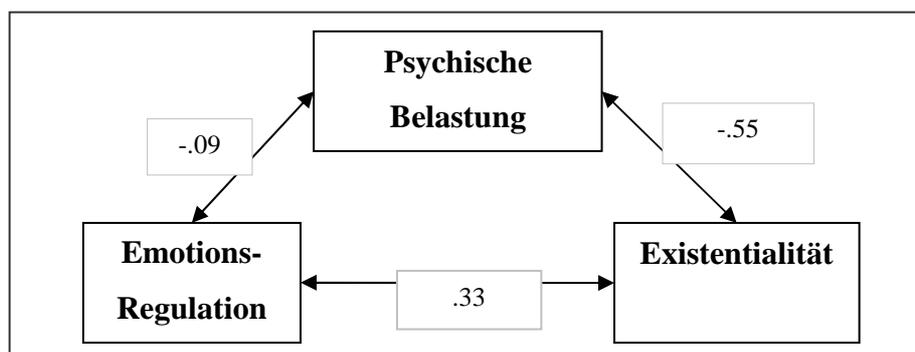


Abbildung 13: Korrigierte Korrelationen der Konstrukte Existentialität, Emotionsregulation und psychische Belastung unter Kontrolle des jeweils dritten Konstruktes

Aus den korrigierten Korrelationen ergibt sich die in Abbildung 13 gezeigte Darstellung. Die Korrelation für Existentialität und psychische Belastung bleibt hoch, diejenige für Emotionsregulation und psychische Belastung fällt nicht signifikant aus, wohingegen der Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und Existentialität bestehen bleibt. Wird für Existentialität und psychische Gesundheit noch zusätzlich für das Alter kontrolliert, ändert sich an der Korrelation nichts. Die Zusammenhänge sind auf dem Niveau  $p < 0.001$  signifikant. Die Ergebnisse unterstreichen die These, dass Existentialität für psychische Gesundheit von grosser Bedeutung ist.

<sup>30</sup> Für alle Skalen wurde noch für Alter, Geschlecht und Schulbildung kontrolliert, die Ergebnisse weichen jedoch nur schwach von denjenigen ohne Kontrollvariablen ab (Anhang D-1).

## 5.2 Veränderung der Konstrukte und Gruppenvergleiche

Anhand der Untersuchung der verschiedenen Subgruppen und deren Veränderung soll mehr über die gegenseitige Beeinflussung herausgefunden werden. Für alle drei Konstrukte wurden zuerst die Mittelwerte der ersten mit den Mittelwerten der zweiten Erhebung mittels T-Test für gepaarte Stichproben verglichen und geschaut, ob die Veränderung signifikant wird. Die zudem berechneten Effektstärken weisen aber eher auf schwache Effekt hin<sup>31</sup> (Abbildung 14).

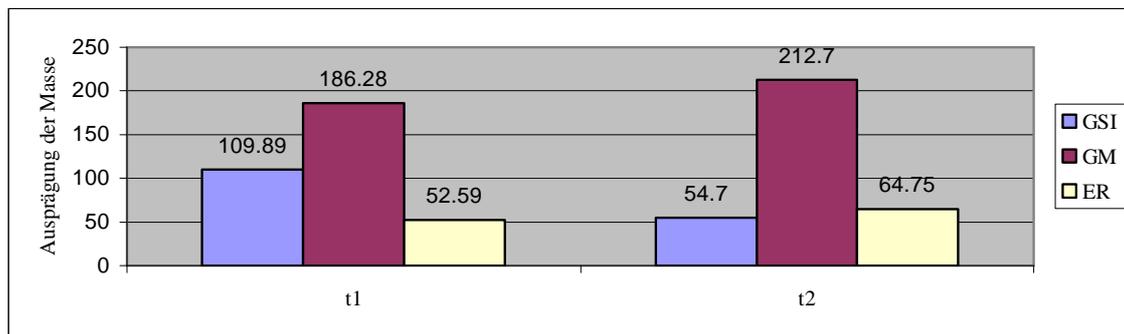


Abbildung 14: Die Mittelwerte der Gesamtstichprobe für GSI, GM und ER bei t<sub>1</sub> und t<sub>2</sub>

### *Existentialität und psychische Gesundheit*

Hier wurde untersucht, ob sich die verschiedenen Subgruppen der Existentialität bezüglich der psychischen Gesundheit beim zweiten Messzeitpunkt unterscheiden. Hypothese H4a erweist sich für das Kriterium psychische Gesundheit als höchst signifikant ( $F(2, 178)=5.37$ ,  $p=0.001$ ,  $\eta^2=0.07$ ). Eine hohe Existentialität beim ersten Messzeitpunkt führt demnach zu einer besseren psychischen Gesundheit bei Messpunkt zwei. Abbildung 15 verdeutlicht, wie die Mittelwertsunterschiede der psychischen Belastung bei t<sub>2</sub> mit den Ausprägungen der Existentialität zusammenhängen. Es wurde post hoc geschaut, welche Gruppen für die Signifikanz verantwortlich sind, und es zeigte sich, dass sich Gruppe T (N=59) von H (N=58) unterscheidet ( $p=0.001$ ), T und M (N=64) gehen in Richtung eines Trends und M und T unterscheiden sich nicht signifikant. Auch für die Kriterien Wohlbefinden und soziale Beziehungen ergeben sich signifikante Ergebnisse ( $F(2, 177)=7.84$ ,  $p=0.001$ ,  $\eta^2=0.08$ , post hoc; T und H  $p=0.000$  und M und H  $p=0.026$  und  $F(2, 177)=9.59$ ,  $p=0.000$ ,  $\eta^2=0.13$ , post hoc; T und H  $p=0.001$  und M und H  $p=0.017$ ).

<sup>31</sup> Dunlop, Cortina, Vaslow und Burke (1996) empfehlen aufgrund der Abhängigkeit, nur die 1. SD in die Berechnung aufzunehmen. Die Veränderung der psychischen Belastung für die Gesamtstichprobe ist  $d=1.08$ ,  $e$  für Existentialität  $d=-0.70$  und für Emotionsregulation  $d=-0.55$ .

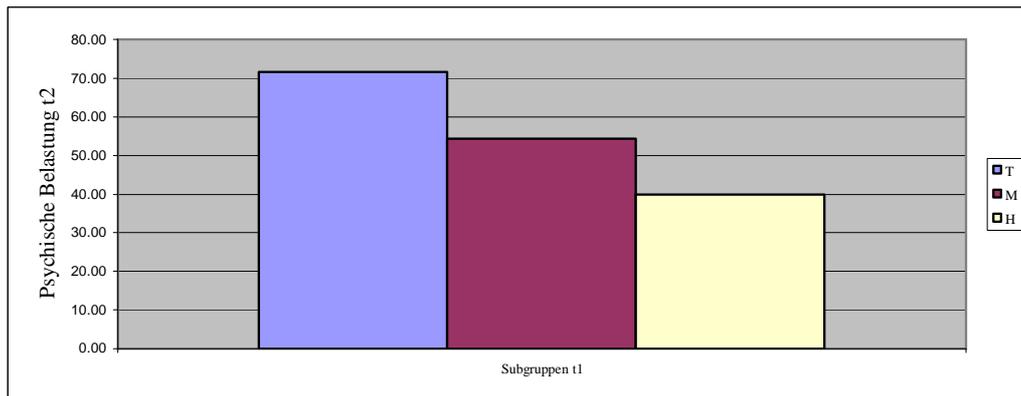


Abbildung 15: Subgruppen der Existentialität (t<sub>1</sub>) hinsichtlich psychischer Belastung bei t<sub>2</sub>

Die zweite Hypothese (H4b) erweist sich ebenfalls als höchst signifikant  $F(2, 178)=15.11$ ,  $p=0.000$ ,  $\eta^2=0.15$ . Auch hier ist der Zusammenhang linear, d.h. je mehr sich die Existentialität während der Behandlung verbessert, umso weniger ist der Patient am Ende des Klinikaufenthaltes psychisch beeinträchtigt. Alle drei Unterschiede fallen signifikant aus (T,  $N=59$  mit M,  $N=65$   $p=0.006$ , T mit H,  $N=57$ ,  $p=0.000$ , M mit H  $p=0.038$ ).

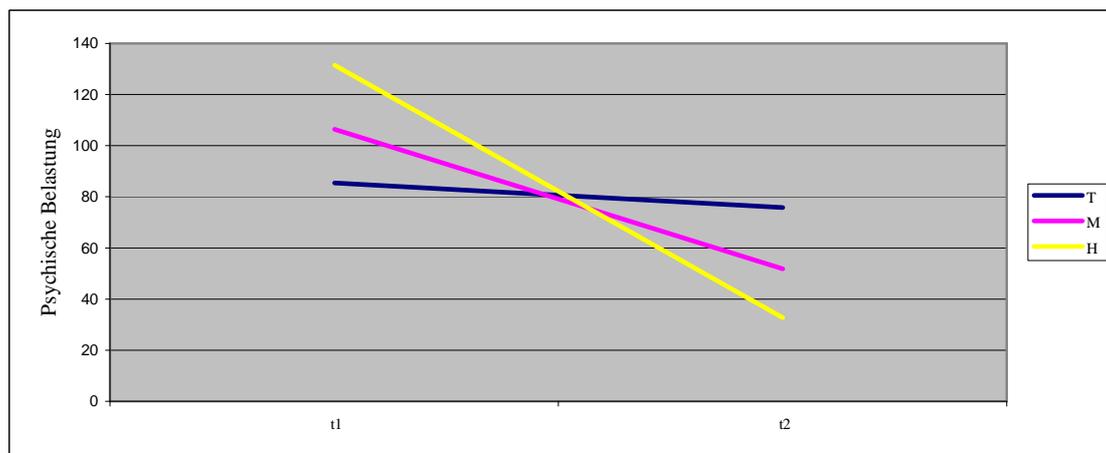


Abbildung 16: Interaktion zwischen psychischer Belastung und der Verbesserung in Existentialität

Abbildung 16 stellt den zeitlichen Verlauf mittels der Mittelwerte der Gruppen dar. Es wird ersichtlich, dass es der Gruppe, welche sich am meisten in ihrer Existentialität verbessert (H), beim Messzeitpunkt 2 (t<sub>2</sub>) besser geht als den anderen beiden Gruppen, obwohl diese bezüglich der psychischen Belastung bei Messzeitpunkt 1 (t<sub>1</sub>) eine bessere Ausgangslage hatten. Ebenfalls signifikant wird die Varianzanalyse für das Kriterium Wohlbefinden beim Therapie-Ende ( $F(2, 170)=10.03$ ,  $p=0.001$ ,  $\eta^2=0.11$ ). Post hoc erweisen sich Gruppe T und H ( $p=0.000$ ), als auch Gruppe M und H ( $p=0.011$ ) als voneinander verschieden. Dagegen zeigen sich keine signifikanten Mittelwertsunterschiede für das Kriterium soziale Beziehungen. Es wurde nachträglich ebenfalls untersucht, wie sich die drei Subgruppen bezüglich Alter,

Geschlecht und Aufenthaltsdauer unterscheiden. Es finden sich Hinweise, dass das beste Resultat bei jüngeren, weiblichen Patienten, welche sich länger in der Klinik aufhalten, eintritt. Die entsprechende Tabelle findet sich in Anhang D-3.

### *Existentialität und Emotionsregulation*

Die Subgruppen innerhalb Existentialität unterscheiden sich in ihrer Emotionsregulation beim zweiten Messzeitpunkt hoch signifikant (**H5a**)  $F(2, 178) = 8.07, p=0.000, \eta^2=0.08$ . Post hoc erweisen sich allerdings nur die Gruppen T ( $N=59$ ) und H ( $p=0.000$ ) als auch die Gruppen M und H ( $p=0.026$ ) als ausreichend signifikant. Die Daten sind in Abbildung 17 visuell dargestellt.

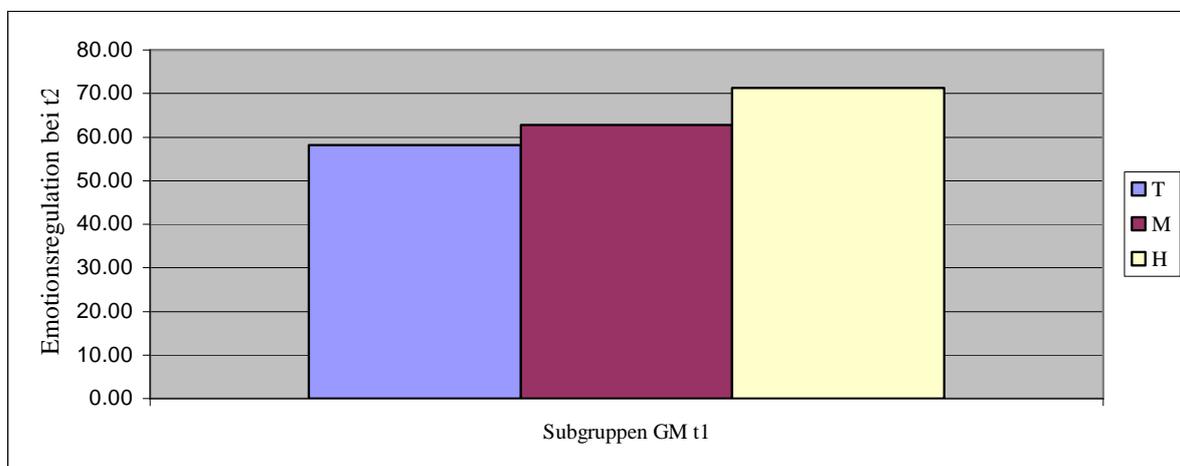


Abbildung 17: Subgruppen der Existentialität ( $t_1$ ) hinsichtlich Emotionsregulation bei  $t_2$

Hypothese **H5b** kann ebenfalls als bestätigt betrachtet werden  $F(2, 178) = 4.74, p=0.010, \eta^2=0.05$ . Die Subgruppen T, M und H bezüglich Existentialitätsverbesserung unterscheiden sich zwar alle in ihrer Emotionsregulationsausprägung. Abbildung 18 verdeutlicht dies.

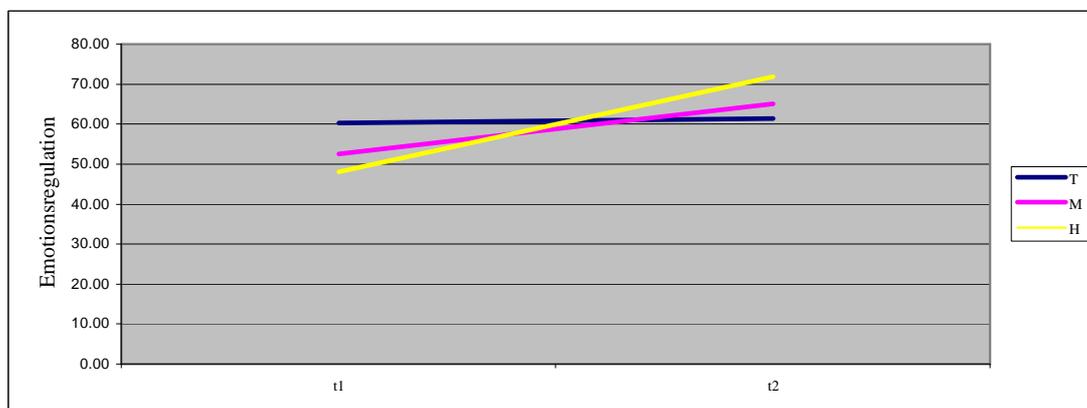


Abbildung 18: Interaktion zwischen Emotionsregulation und der Verbesserung in Existentialität

Der Post hoc Test ergibt jedoch folgendes Bild: Gruppe T unterscheidet sich nicht signifikant von Gruppe M, jedoch von Gruppe H ( $p=0.014$ ), und der Unterschied zwischen M und H wird nicht signifikant.

### *Emotionsregulation und psychische Gesundheit*

Die Hypothese H6a besagt, dass sich die Subgruppen T (N=60), M (N=62), H (N=58) der Emotionsregulation in ihrer psychischen Belastung beim Austritt unterscheiden werden. Dies bestätigte sich  $F(2, 177) = 7.84$ ,  $p=0.001$ ,  $\eta^2=0.08$ . Der Post hoc Test zeigt allerdings auf, dass sich im Gegensatz zu den anderen Gruppen nur Gruppe T signifikant verändert hat (T zu M  $p=0.003$ , T zu H  $p=0.002$ ).

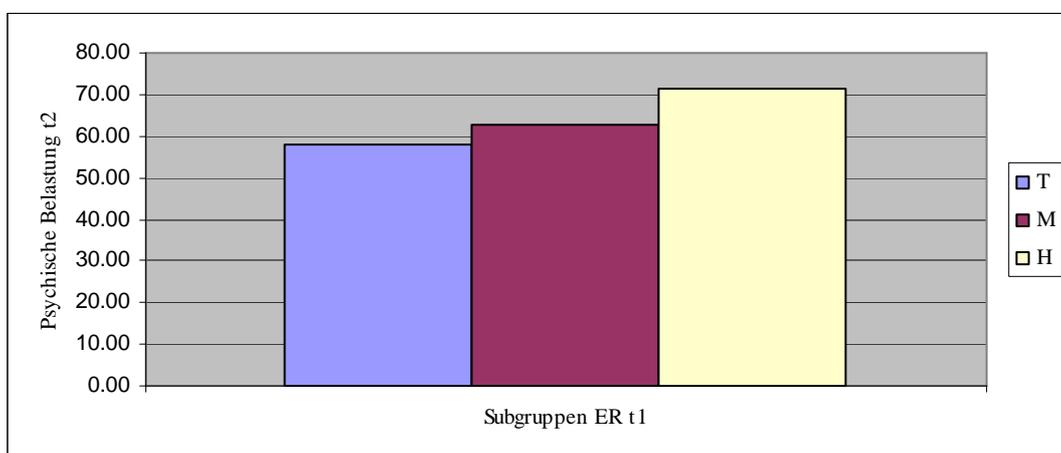


Abbildung 19: Subgruppen der Emotionsregulation ( $t_1$ ) hinsichtlich psychischer Belastung bei  $t_2$

Auch Hypothese H6b kann als bestätigt betrachtet werden  $F(2, 182) = 3.99$ ,  $p=0.020$ ,  $\eta^2=0.04$ . Die graphische Darstellung würde in etwa gleich aussehen wie Abbildung 15. Die Gruppen unterscheiden sich jedoch nicht alle voneinander. Die Gruppe mit der niedrigsten Emotionsregulationsverbesserung (T, N=59) unterscheidet sich von derjenigen mit der höchsten (H, N=60) ( $p=0.026$ ), jedoch nicht von der mittleren (M, N=66). Der Unterschied zwischen Gruppe M zu Gruppe H fällt ebenfalls nicht genügend gross aus ( $p=0.084$ ), geht jedoch in Richtung eines Trends. Auch für die Subgruppen der Emotionsregulationsveränderung wurde untersucht, wie sie sich bezüglich Alter, Geschlecht und Aufenthaltsdauer unterscheiden (Anhang D). Die Gruppe mit der kleinsten Veränderung (T) weist mehr Männer auf und hielt sich vergleichsweise kurz in der Klinik auf.

### ***Gegenüberstellung Existentialität- Emotionsregulation***

Die Angaben zu den abschliessenden, multiplen Regressionen zur Überprüfung der Varianzaufklärung für die Kriterien psychische Belastung, Wohlbefinden und sozialen Beziehungen bei Austritt finden sich in Tabelle 12 und im Anhang D-4. H7a kann eindeutig bestätigt werden, da, nebst der psychischen Gesundheit bei Eintritt, nur die Existentialität bei Eintritt und deren Veränderung signifikant werden. Die Berechnung unter Einschluss aller Variablen für psychische Gesundheit bei Austritt erklärt 59.4% der Varianz. Die Veränderung der Existentialität erweist sich als der beste Prädiktor ( $p=0.000$ ,  $\beta=-0.70$ ), gefolgt von der psychischen Gesundheit bei Eintritt ( $p=0.000$ ,  $\beta=-0.53$ ).

Tabelle 12: Multiple Regression für das Kriterium psychische Belastung bei Austritt

<b>Prädiktoren</b>	<b>B</b>	<b>SE</b>	<b><math>\beta</math></b>
Konstante	104.56	20.86	
Geschlecht	-1.05	4.43	-0.01
Alter	0.03	0.17	0.01
Aufenthaltswochen	0.35	0.51	0.03
Psychische Belastung (GSIe)	0.48	0.05	0.53***
ESKDiff	-1.01	0.09	-0.70***
REDiff	-0.18	0.14	-0.08
Gesamtwert e	-0.37	0.08	-0.30***
ERGes e	-0.14	0.13	-0.07

Anmerkungen:  $R= .78$ ,  $R^2= .61$ ,  $\Delta R^2= .59$ . Signifikanzniveaus=  $p>.01$ . \*  $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$ .  
 ESKDiff= Veränderung der Existentialität, ERDiff= Veränderung der Emotionsregulation, ESK= Existentialität, ER= Emotionsregulation.

Die multiple Regression auf das Kriterium Wohlbefinden zeigt ebenfalls auf, wie wichtig Existentialität ist, jedoch spielt hier auch Emotionsregulation eine wesentliche Rolle (Emotionsregulation bei Eintritt  $p<0.05$ , Emotionsregulationsveränderung  $p<0.01$ ). Abbildung 13 enthält weitere Angaben zu diesem Regressionsresultat.

Tabelle 13: Multiple Regression auf das Kriterium Wohlbefinden post

<b>Prädiktoren</b>	<b>B</b>	<b>SE</b>	<b><math>\beta</math></b>
Konstante	34.27	7.14	
Geschlecht	-1.17	1.50	-0.04
Alter	-0.06	0.06	-0.05
Aufenthaltswochen	-0.08	0.18	-0.02
Psychische Belastung (GSIe)	-0.07	0.02	-0.25***
ESKDiff	0.30	0.03	0.67***
REDiff	0.15	0.05	0.22**
Gesamtwert e	0.17	0.03	0.44***
ERGes e	0.13	0.05	0.20*

Anmerkungen:  $R= .74$ ,  $R^2= .55$ ,  $\Delta R^2= .53$ . Signifikanzniveaus=  $p>.01$ . \*  $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$ .  
 ESKDiff= Veränderung der Existentialität, ERDiff= Veränderung der Emotionsregulation, ESK= Existentialität, ER= Emotionsregulation.

Trotz des signifikanten Einflusses von Emotionsregulation auf das Wohlbefinden ist H7b zu bestätigen, da die Existentialität mehr Varianz aufklärt ( $p>0.001$ ). Das ganze Modell vermag 53% der Varianz aufzuklären. Für die sozialen Beziehungen bietet sich ein ähnliches Bild wie

für die psychische Gesundheit bei Austritt. Jedoch wird ausschliesslich die Existentialität signifikant ( $p < 0.001$ ). Das Modell erklärt allerdings nur 20% der Varianz. Trotzdem kann ganz offensichtlich auch Hypothese H7c als bestätigt betrachten werden. Die Resultate fallen durchwegs zugunsten der Existentialität aus.

### 5.3 Ergebnisse im Überblick

Tabelle 14 soll einen groben Überblick über die Ergebnisse bieten. Sie beinhaltet sowohl alle Hypothesen und soll weiter Klarheit darüber verschaffen, ob sie bestätigt wurden oder nicht.

Tabelle 14: Überblick über alle Hypothesen mit der Angabe, ob verifiziert, partiell verifiziert oder verworfen

Hypothese	verif.	p. verif.	verw.
H1a Negativer Zusammenhang zwischen GM und GSI besteht.	✓		
H1b Negativer Zusammenhang zwischen GM und Depr	✓		
H1c Zusammenhang EM und Depr > als PM und Depr			x
H1d Pos Zusammenhang GM & physische/ psychische Gesundheit, sBez & WB		✓	
H1e Hohes GM: tieferer GSI, höheres WB	✓		
H2a Pos Zusammenhang GM& ER	✓		
H2b Zusammenhang ST & Emo-Check Skalen stärker als andere ESK-Skalen			x
H2e Tiefer GM: tiefere ER	✓		
H3a ER hängt neg. mit dem GSI, Depr, Angst & phobischer Angst zusammen.	✓		
H3b Pos Zusammenhang ER & physische/ psychische Gesundheit, sBez & WB	✓		
H3c Hohe ER: tieferer GSI	✓		
H3d Hohe ER: tiefere Depr, Angst & phobische Angst	✓		
H4a Hohes GM bei $t_1$ : kleinerer GSI bei $t_2$	✓		
H4b Grosse GM-Differenz: kleinerer GSI bei $t_2$	✓		
H5a Hohes GM bei $t_1$ : höherer ER bei $t_2$	✓		
H5b Grosse GM-Differenz: höherer ER bei $t_2$	✓		
H6a Hohe ER bei $t_1$ : kleinerer GSI bei $t_2$	✓		
H6b Grosse ER-Differenz: kleinerer GSI bei $t_2$	✓		
H7a GM bei $t_1$ und GM-Differenz: Prädiktor für GSI $t_2$	✓		
H7b GM bei $t_1$ und GM-Differenz: Prädiktor für WB $t_2$	✓		
H7c GM bei $t_1$ und GM-Differenz: Prädiktor für sBez $t_2$	✓		

Anm.: Verif.= Hypothese verifiziert, p. verif.= Hypothese partiell verifiziert, verw.= Hypothese verworfen, pos.= positiv, neg.= negativ,  $t_1$ = 1. Messzeitpunkt,  $t_2$ = 2. Messzeitpunkt, PM= Persönlichkeitsmass, F= Freiheit, EM= Existentialitätsmass, GM= Gesamtmass der Existentialität, ER= Emotionsregulation, GSI= Globale psychische Belastung, sBez= soziale Beziehungen, WB= allgemeines Wohlbefinden

---

## 6 Diskussion

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, einerseits Zusammenhänge zwischen den drei Konstrukten Existentialität, Emotionsregulation und psychische Gesundheit zu untersuchen, und andererseits sollte näher betrachtet werden, wie sich die psychische Gesundheit in Beziehung zu Existentialität und Emotionsregulation verändert. Im vorliegenden Kapitel werden die Ergebnisse nun interpretiert und kritisch betrachtet. Dabei wird in einem ersten Schritt auf die Validität der Untersuchung eingegangen (6.1), gefolgt von der Diskussion der inhaltlichen Ergebnisse (6.2). Abschliessend werden die Schlussfolgerungen aus der Diskussion zusammengefasst und weitere Forschungsfragen abgeleitet (6.3).

### 6.1 Methodische Güte der Untersuchung

Die Beurteilung der **internen Validität** hängt von Störvariablen und der Untersuchungsmethodik ab. Als *Störvariablen* gelten Variablen, die sowohl mit den unabhängigen als auch mit den abhängigen Variablen assoziiert werden können.<sup>32</sup> Hier sollen drei Arten von Störvariablen beurteilt werden. Erstens kann die Situation variieren, im vorliegenden Fall ist es z.B. möglich, dass in den zwei Abteilungen der Klinik unterschiedliches soziales Klima herrschte, Pflegepersonal- und Therapeuten-Einfluss unterschiedlich hilfreich war und die bearbeiteten Themen in der Gruppentherapie verschieden ausfielen. Zweitens unterscheiden sich Personen beispielsweise bezüglich Alter, Bildung, Geschlecht, Selbstbewusstsein und Lernfähigkeit. Als dritte Art der Störvariable gilt nach Westermann (2000) die Position der Behandlung, d.h. je nachdem, ob Personen bereits Therapien oder Klinikaufenthalte hinter sich haben, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob die aktuelle Behandlung für die Veränderung verantwortlich ist, da es z.B. zur Vermengung von Behandlungswirkung gekommen sein könnte. In einer Untersuchung wie dieser ist es schwierig Störvariablen zu kontrollieren, allenfalls könnten durch Gruppenzuordnung Unterschiede eruiert werden. Eine Möglichkeit, diese Problematik zu umgehen besteht darin, Störvariablen als unabhängige Variablen zu operationalisieren. Bortz (1999) schlägt als weitere Lösungen die Anwendung von Partialkorrelationen und Einbezug möglicher Variablen in der multiplen Regression vor.

---

<sup>32</sup> Systematische Unterschiede können dann nicht ausgeschlossen werden, also wenn z.B. der IQ sowohl mit Existentialität als auch mit psychischer Gesundheit zusammenhängen würde.

---

In dieser Untersuchung wurden zusätzlich zu den bivariaten Korrelationen<sup>33</sup> noch Partialkorrelationen berechnet mit den Kontrollvariablen Alter, Geschlecht und Schulbildung. Da der Zusammenhang zwischen den Konstrukten noch wenig erforscht ist oder aber wie im Falle der psychischen Gesundheit Masse wie interne Kontrollüberzeugung gefehlt haben, wurden keine weiteren Variablen berücksichtigt. Im vorliegenden Fall wurde zum Schluss in Anbetracht der durchwegs signifikanten Resultate zusätzlich die Kontrolle des jeweils dritten Konstruktes eingeführt. Dies veränderte die Resultate, zeigte aber noch klarer die Tendenz zur Grundfragestellung der vorliegenden Forschungsarbeit auf. Es muss auch bedacht werden, dass es sich um eine Felduntersuchung und nicht um eine Experimentalsituation handelt, was die Möglichkeit der Kontrolle erheblich einschränkt. Es wurden jedoch eigene Überlegungen angestellt und unter anderem explorativ untersucht, ob möglicherweise die Religiosität dieser Patientenstichprobe eine Rolle gespielt haben könnte. Zusätzlich zu den Störvariablen spielt noch die *Konfundierung* (Verfälschungstendenz) eine wichtige Rolle. Darunter versteht man Reaktionsstile wie Tendenz zu sozialer Erwünschtheit und Ja-Sage-Tendenz der Probanden sowie Erwartungseffekte (Erwartungen über das Ziel der Untersuchung). Diesen Verfälschungstendenzen wurde durch die einführenden Bemerkungen vor der Diagnostik-sitzung vorgebeugt.

Die *statistische Validität* ist durch die strenge Hypothesenprüfung auf dem 1%-Niveau gegeben. Allerdings kann nicht von einer Randomisierung gesprochen werden. Die einzige Randomisierungsmöglichkeit und ein Kritikpunkt ist die fehlende Randomisierung der Fragebogenreihenfolge. Die Diagnostik dauerte zwei Stunden, was zwangsläufig zu Müdigkeit und verminderter Konzentration und unter Umständen zu verfälschten Antworten geführt haben könnte. Ein zweiter kritischer Aspekt ist, dass die Daten selbst *nicht alle normalverteilt* sind. Andererseits ist die Auswirkung von Verletzungen der Verteilungsannahmen mit steigender Anzahl der Stichprobenelemente gering (Bortz, 1999). Laut Westermann (2000) genügt eine Fallzahl von 30 bis 40, um die Verteilung der Stichprobenmittelwerte und ihrer Differenzen einer Normalverteilung anzunähern. In der vorliegenden Untersuchung betrug die Grösse der Stichprobe  $N=231$ , weshalb die Anwendung von parametrischen Verfahren gerechtfertigt schien. Zur statistischen Analyse ist weiter zu

---

<sup>33</sup> Im Falle von noch kaum untersuchten Konstrukten können zu Beginn bivariate Korrelationen für die Zusammenhangsforschung angewendet werden, da ja noch kaum etwas über Kovariaten bekannt sein dürfte. Dieses Verfahren zeigt Zusammenhänge ohne die Kontrolle bekannter Einflussvariablen auf. Daher ist es relativ leicht, zu signifikanten Ergebnissen zu gelangen.

---

sagen, dass trotz der Absicht, Veränderungsforschung betreiben zu wollen, nur zwei Messzeitpunkte erhoben wurden. Daher sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren. Problematisch ist sicher auch, dass der Erfolg am Ende der Therapie gemessen wurde, und es keine Follow-up-Befragung gibt. Zwei Messzeitpunkte erlauben es zwar, eine gewisse Aussage über zeitliche Veränderungen zu machen, jedoch fehlt eine initiale Kontrollmessung, wie dies bei Langzeitstudien der Fall ist. Durch eine Kontrollmessung zu Beginn und damit mindestens drei Messungen können Konfundierungen ausgeschlossen werden, hier z.B., dass eine hohe psychische Belastung zu einer tiefen Existentialität führt und nicht umgekehrt. Einen weiteren Streitpunkt bildet die so genannte Verlaufsforschung. Tschacher (1997) legte zumindest für Schizophrenie-patienten dar, dass das psychische Befinden ständigen Schwankungen unterliegt. Daher könnte gesagt werden, dass Ein- und Austrittsforschung schon fast an Willkür grenzt. Aus diesen Gründen wäre es für zukünftige Studien zur Erhöhung der Validität wünschenswert, mehr Messzeitpunkte in die Untersuchung aufzunehmen. Trotzdem bleibt die Tatsache bestehen, dass es sich um eine genügend grosse Stichprobe handelt.

Zur Überprüfung der Subgruppen und Veränderungs-Hypothesen kamen Varianzanalysen zum Einsatz. Diese erlauben die Betrachtung dreier verschiedener Gruppen und lassen daher differenziertere Betrachtungsweisen zu. Die Varianzanalysen zum Vergleich der Mittelwerte verschiedener Gruppen sind ein solides Verfahren. Die Effektstärken für die einfaktoriellen Varianzanalysen wurden mittels der Formel für Eta berechnet. Dieses Mass gibt allerdings nur den Effekt über die ganze Berechnung an und bezieht im Gegensatz zu Omega nur die Quadratsummen mit ein. Das strengere Mass Omega würde die Effekte wahrscheinlich kleiner erscheinen lassen. Nachträglich muss eingeräumt werden, dass multivariate Analysen wohl sinnvoller und aussagekräftiger gewesen wären. Sie wurden jedoch aufgrund fehlender Forschung anstelle der einfacheren einfaktoriellen Varianzanalysen beiseite gelassen, wären für zukünftige Forschung jedoch sicherlich vorzuziehen. Mit der multiplen Regression wurde ein Verfahren gewählt, das nach statistischen Kriterien verfährt und keine Beeinflussung in eine bestimmte Richtung zulässt. Allerdings muss hier einschränkend kritisiert werden, dass bereits Korrelationen Hinweise darüber geben, welche Variablen wohl am meisten Varianz aufklären könnten und dass die geforderte Normalverteilung (Rudolf und Müller 2004) nicht gegeben ist. Die Korrelationen im Zusammenhangsteil (nur  $t_1$ ) fielen ähnlich den Ergebnissen im Veränderungsteil ( $t_1$  mit  $t_2$ ) aus.

Die **externe Validität** soll die Frage nach der Generalisierbarkeit beantworten. Da es sich bei der Untersuchung nicht um ein Experiment sondern um natürliche Feldforschung handelt, wäre zu erwarten, dass sich die Ergebnisse auch auf weitere Situationen und Personen,

zumindest im klinischen Kontext, anwenden lassen. Bei der nachfolgenden Interpretation der Untersuchungsergebnisse sollten zwei Aspekte des Untersuchungsdesigns, die möglicherweise die Aussagekraft der Resultate einschränken könnten, nicht unberücksichtigt bleiben. Bei der gewählten klinischen Stichprobe handelt es sich erstens um eine vorwiegend *religiöse Population*. Allerdings wurde für die Ergebnisse der Existentialität (Gesamtmasse) ein Vergleich mit der Eichstichprobe und einer weiteren klinischen Stichprobe vorgenommen (Längle et al. 2000). Die Existentialität der untersuchten Stichprobe bei Eintritt unterscheidet sich jedoch kaum von einer klinischen Vergleichstichprobe ( $N=231$ ,  $M_{\text{vorliegende Population}}=186.28$ ,  $N=60$ ,  $M_{\text{klinische Vergleichsstichprobe}}=173.09$ ). Bei Austritt ist der Unterschied zur Eichstichprobe minimal ( $M_{\text{vorliegende Population}}=212.70$ ,  $M_{\text{Eichstichprobe}}=214.18$ ). Die Berechnung von Cohen's  $d$  ergab, dass dieser Unterschied nichts aussagt ( $-0.04$ ). Es ist jedoch nicht nur die Stichprobe religiös, sondern auch die Mehrheit der *Mitarbeiter der Klinik*. Es ist daher nicht auszuschliessen, dass das religiöse Klima allfällige Effekte beeinflusst haben könnte. Diese Forschungssituation ist daher nicht ohne weiteres auf andere Gebiete generalisierbar. Grundsätzlich sind die erwähnten Kritikpunkte nicht ausser Acht zu lassen, es muss jedoch berücksichtigt werden, dass der Versuch, z.B. mehr Kontrolle und Messzeitpunkte mit einzubeziehen, den Rahmen einer Lizentiatsarbeit deutlich gesprengt hätten.

#### *Exkurs: Existentialität und religiöses Coping*

In einer explorativen Analyse wurde zur groben Einschätzung der externen Validität zusätzlich überprüft, ob und wie Existentialität Religionsmassen zusammenhängen. Huber (2007) meint, dass nur wenn Religion einen zentralen Stellenwert im Leben einer Person einnimmt, das Leben durch Religion beeinflusst werden könne. Die Vermutung, dass sich die Stellung der Religion im Leben der Patienten (Zentralität) mit Existentialität überlappt, musste anhand der explorativen Analyse zurückgewiesen werden (Anhang D-2). Interessante Ergebnisse zeigten sich aber auch hier: so korreliert z.B. Verantwortung mit negativen Gefühlen gegenüber Gott ( $r = -0.45$ ), Selbst-Transzendenz mit Geborgenheit ( $r = -0.50$ ), und das Gesamtmasse mit Angst ( $r = -0.48$ ). Nachträglich wurden zudem noch die Subgruppen der Existentialität bezüglich der Zentralität mittels Mittelwertvergleichen untersucht. Die Gruppe mit der höchsten Existentialitätsverbesserung hatte den niedrigsten Wert ( $M = 2.82$ ,  $SD = 0.74$ ), diejenige mit der kleinsten Verbesserung den höchsten ( $M = 2.92$ ,  $SD = 0.58$ ). Dies entspricht jedoch nur einem unbedeutenden Effekt ( $d = -0.15$ ). Die Ergebnisse deuten zwar darauf hin, dass die Religiosität der Stichprobe keinen beträchtlichen Einfluss ausübt, jedoch kann dies aufgrund der beschränkten Untersuchung dieser Randfragestellung nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

---

## 6.2 Inhaltliche Resultate

In diesem Abschnitt wird auf die inhaltlichen Resultate Bezug genommen. Hier werden, anders als im Hypothesen –und Resultatteil, die Konstrukte, Zusammenhänge und Veränderungen zusammen oder gleichzeitig diskutiert.

### *Existentialität und psychische Gesundheit*

Bevor auf die weiteren inhaltlichen Bezüge der Konstrukte eingegangen wird, soll kurz der **Begriff der Existentialität** diskutiert werden. Die Verfasserin findet den Begriff „Existentialität“ irreführend, weil eine starke Assoziation mit Existenzphilosophie offensichtlich ist. Obwohl Aspekte dieser Philosophieausrichtung zur Ausbildung der Theorie der Existentialität beigetragen haben (Verantwortung, Freiheit), so ist die Übertragung auf psychische Vorgänge nicht unproblematisch. Bei einem philosophischen Begriff mit geisteswissenschaftlichem Hintergrund gestaltet sich die methodische Operationalisierung in einem humanwissenschaftlichen Kontext aufgrund der Abstraktheit schwierig. Durch Längles Existentialitätsskala (Längle et al. 2000) liess sich dieses Problem ein Stück weit beheben. Die augenscheinliche Abstraktheit jedoch blieb bestehen. Auch bei Längle ist durch die Vielschichtigkeit vieles in diesem einen Begriff vereint. Problematisch ist zudem, dass Existentialität sowohl das Existentialitätsmass (verantwortliches Sich-Einlassen) als auch die Gesamtexistentialität (sinnvolle Lebensgestaltung) bezeichnet. Es wird auch darauf hingewiesen, dass die Erfassung der noetischen Dimension kein leichtes Unterfangen ist (Wurm 1998). Weiter ist fraglich, inwiefern Existentialität ein religiöses Konstrukt ist. Raskob (2005) jedenfalls behauptet dies. Möglicherweise besteht zwischen Existentialität und religiösem Coping tatsächlich ein Zusammenhang. Zumindest ist die Suche nach Sinn eine Parallele zu Religiosität, welchen Pargament, Koenig und Perez (2000) als eine der fünf Kernfunktionen<sup>34</sup> von Religion (religiösem Coping) identifiziert haben. Pargament (1997) konnte aufzeigen, dass religiöses Coping positiv mit psychischer Gesundheit zusammenhängt. Andere Autoren haben wiederum keine signifikanten Ergebnisse für religiöses Coping gefunden z.B. im Zusammenhang mit Depressionswerten gefunden, ganz im Gegensatz jedoch zu anderen Coping-Stilen (Ingram, Trenary, Odom, Berry und Nelson 2007). Solche Überlegungen sind zugegebenermassen etwas spekulativ, und bedürften weiterer

---

<sup>34</sup> Die vier weiteren Kernfunktionen sind Kontrolle, Sicherheit/Geborgenheit, Intimität und Lebenstransformation

---

Untersuchungen, welche den Rahmen dieser Lizentiatsarbeit allerdings deutlich gesprengt hätten. Eine weitere mögliche Überlappung sieht die Verfasserin in der Inkonsistenz nach Grawe. Konsistenz wird nach Grawe (2000) vorzugsweise für die Erfüllung der Grundbedürfnisse angewandt. Dabei geht es um die Übereinstimmung von Zielen und Vereinbarkeit mit gleichzeitig ablaufenden psychischen Prozessen. Grundsätzlich sollte das Konzept aber auch in anderen Bereichen angewandt werden können. Im vorliegenden Fall stellt sich die Frage, ob die Übereinstimmung zwischen Werten, Entscheidungen und Verantwortung auch unter Konsistenz zusammengefasst werden könnte. Inkongruenz (Nicht-Übereinstimmung) bezeichnet Grawe (2000) als die Abweichung zwischen Wahrnehmung der Realität und aktivierten Zielen, Erwartungen und Überzeugungen. Inkonsistenz<sup>35</sup> bezeichnet einen Zustand, in welchem zwei Dinge, die beide als gültig angesehen werden sollten, nicht miteinander vereinbar sind (Meyers Lexikon, 1928). Hier befindet sich eine Person also zwischen zwei rivalisierenden Bedürfnissen. Dies könnte z.B. der Fall sein, wenn jemand nicht nach den eigenen Werten handelt.

Für Existentialität und psychische Gesundheit erweist sich der **Zusammenhang** als hoch.

Interessanterweise fallen die Korrelationen mit psychischer Gesundheit für Existentialität höher aus als für Emotionsregulation. Diese hohen Korrelationen, welche selbst bestehen bleiben, wenn für Emotionsregulation kontrolliert wird, deuten darauf hin, dass das Konzept der Existentialität für die psychische Belastung grössere Relevanz hat als ursprünglich angenommen, denn Emotionsregulation wird als wichtig für die psychische Gesundheit erachtet und erweist sich als weniger wichtig als Existentialität. Mehr hierzu folgt jedoch weiter unten. Das Ausmass der Korrelation zwischen Existentialität und Depression ist sehr hoch. Daher stellt sich die Frage, ob die Konstrukte allzu sehr überschneiden und im Grunde genommen genau dasselbe messen. Dies würde die Messungen massgebend verfälschen, aber wie im Methodenteil festgehalten wurde, muss diese Überlegung erst bei Korrelationen ab  $r=.80$  zum Tragen kommen. Es macht Sinn, dass ein Störungsbild, das von Sinnlosigkeitsgefühlen geprägt ist, hohe Überschneidung mit Existentialität (Sinnhaftigkeit) aufweist. Die Ergebnisse werden von anderen Forschungsarbeiten gestützt (Nindl 2006, de Landboure et al. 2000, Dyck 1987). Partiiell konnte dies auch in einer Untersuchung von Leahy (2002) gezeigt werden: höhere Werte haben einen indirekter Effekt auf Depression und Angst, und zwar dadurch, dass höhere Werte weniger Schuldgefühle und Rumination ermöglichen. Weiter könnte Sinnlosigkeit auch mit Seligmans erlernter Hilflosigkeit in Zusammenhang gebracht

---

<sup>35</sup> Lat.: in=nicht, con=zusammen, sistere=halten)

---

werden. Das Konzept besagt, dass Unkontrollierbarkeit zu Hilflosigkeit und zu Depression führen kann (Seligman 1975). Inhaltlich kann weiter gefolgert werden, dass wenig Selbst-Transzendenz, also eine tiefe Fähigkeit zu den eigenen Zielen und Werten in Beziehung zu treten, sowie wenig emotionale Anteilnahme zu grösserer Unsicherheit im Sozialkontakt führt. Im Gegensatz dazu hat eine Person mit ausgeprägter Fähigkeit zu emotionaler Verbindlichkeit wahrscheinlich eher weniger Probleme mit Unsicherheit im Sozialkontakt. Die Korrelationen zwischen Depressionsmassen und den Existentialitätsskalen sind in der vorliegenden Untersuchung etwas höher als in der Literatur erwähnt wird. Daher sind diese Resultate mit Vorsicht zu interpretieren und erfordern weitere Überprüfungen an anderen Stichproben. Die Ergebnisse zeigen auf, dass eine Person mit depressiver Symptomatik nicht zwingend mehr in ihrer Entscheidungsfähigkeit und in der Handlungsausführung behindert ist. Depressive Personen haben demnach genauso wenig affektiven Bezug zu Dingen und Personen und können sich schlecht von ihren Gefühlen distanzieren. Grundsätzlich kann also gesagt werden, dass eine depressive Person sowohl in ihrer Personalität als auch in ihrer Existentialität eingeschränkt ist. Existentialität weist ebenfalls eine hohe Korrelation mit globalem Wohlbefinden auf. Die zwei übergeordneten Werte unterscheiden sich nicht in beträchtlichem Masse.

Die Hypothese, dass eine tiefe, mittlere und hohe Ausprägung in Existentialität mit unterschiedlich grosser psychischer Belastung zusammenhängt, konnte eindeutig bestätigt werden und zwar bei allen drei Gruppen. Eta-Quadrat nähert sich einem Wert für grosse Effekte an. Es stellt sich nun die Frage, weshalb Existentialität mit psychischer Gesundheit beziehungsweise mit psychischen Beschwerden zusammenhängt. Gibt es irgendwelche Hinweise darauf, dass bestimmte Werte das psychische Befinden beeinflussen können? Eine mögliche Erklärung findet sich im Ansatz der Kontrolltheorie von Powers (1973). Sein Modell beschreibt anhand von neun Stufen, wie Prozesse im Organismus ablaufen. Die Grundidee ist die, dass einerseits die Wahrnehmung der Rezeptoren die höheren Ebenen beeinflussen und andererseits übergeordnete Prinzipien das restliche System (alle tiefer liegenden Ebenen) beeinflussen. Werte, könnten ebenfalls als Prinzipien angesehen werden. Grawe (2000) merkt an, dass es sich ab der siebten Ebenen (Programm) um Informationsverarbeitungs- und Handlungspsychologie handelt, weil Programme auf ein gemeinsames Ziel ausgerichtete geordnete Sequenzen von Handlungen und Ereignissen sind. Zudem kann womöglich Lazarus' Bewertungstheorie auch beim Verständnis der Wichtigkeit von Existentialität helfen. Denn je nachdem, welche Werte und Werthaltungen eine Person hat, wird sie Situationen und Begebenheiten unterschiedlich bewerten. Nehmen wir mal an, eine Person erlebt eine Enttäuschung und bewertet die Enttäuschung als schlimm. Eine andere

---

Person allerdings mit hoher Existentialität könnte sich dagegen sagen, dass sie sich nicht von ihren Gefühlen vereinnahmen lassen will, und gleichzeitig kann sie prüfen, was ihr wichtig ist, wie sie sich entscheiden und wie sie weiter handeln will. Dies klärt die Situation, und das potentielle Gefühl der Sinnhaftigkeit reduziert womöglich Enttäuschung zu einem gewissen Grad. Weiter ist, wie im Theorieteil beschrieben, die Übereinstimmung zwischen den Teilaspekten der Existentialität nicht zu vernachlässigen. Die emotionale Wertigkeit stellt die Grundlage für die Wahl der bevorzugten Handlungen dar, und die Verantwortlichkeit für Entscheidungen baut bestenfalls auf die eigenen Werte und Entscheidungen auf. Was die **Veränderung** betrifft, so kann für die gewählte Stichprobe gefolgert werden, dass die Steigerung der Existentialität mit einer Verbesserung der psychischen Gesundheit einhergeht. Auch hier zeigt sich klar, dass sich die Existentialitätsverbesserung auszahlt, denn je grösser die Verbesserung ist, desto kleiner ist das Ausmass der psychischen Belastung bei Therapieende. Alle Gruppen unterscheiden sich signifikant. Die Effekte fallen jedoch klein aus. Wie kann nun die Veränderung der Existentialität solche Verbesserungen auf der Symptomebene bewirken? Obwohl Frankl (1977) einerseits den *Noologismus* (die Überzeugung, dass jede Neurose auf Verzweiflung zurückzuführen sei) kritisiert, betont er andererseits, dass existentielle Frustration zu psychischen Störungen führen kann. Der Gedankengang legt die Kausalität zwar nahe, kann dies jedoch nicht empirisch belegen. Die vorliegenden Befunde belegen aufgrund der beschränkten Messzeitpunkte (siehe auch Kapitel 6.1) noch nicht, dass tiefe Existentialität auch wirklich zu verminderter psychischer Gesundheit führt, und doch ist es ein Wink in diese Richtung. Da wir hier die Kausalitätsfrage nicht klären können, wenden wir uns wieder den Fakten der vorliegenden Forschung zu und überlassen erstere zukünftiger Forschung. Wie kann die Verbesserung der psychischen Gesundheit, welche durch die Veränderung der Existentialität bewirkt worden ist, erklärt werden? Gibt es andere, ähnliche Theorien, welche die Veränderung allenfalls erklären können? Ein Vergleich soll anhand des ACT (Akzeptanz und Commitment Therapie) vorgenommen werden (Hayes et al. 2004). Bei dieser erlebnisorientierten Therapieform geht es darum, von einer distanzierten und skeptischen Haltung zu Erlebnisoffenheit zu gelangen. Das Mittel hierzu ist der ACT-Algorithmus<sup>36</sup>. Hayes et al. gehen davon aus, dass alle Menschen Leid erleben, und somit könne Leiden an sich nicht als pathogen betrachtet werden. Erst der unangemessene Umgang damit könne pathogen werden. Unangemessen sei vor allem der falsche Gebrauch der

---

<sup>36</sup> Accept, choose, take action, zu deutsch: akzeptieren, wählen, handeln.

---

Sprache<sup>37</sup>, wodurch sich psychische Probleme ergeben können. Die Therapie richtet sich daher auch darauf aus, die „sprachlichen Fesseln zu lockern“ und sich mehr auf Kontext als auf Inhalt zu konzentrieren. Dabei soll die Situation erkannt und akzeptiert werden, was zur Steigerung der psychischen Gesundheit führe. Wie der ACT-Algorithmus durch seine Handlungsausrichtung jedoch impliziert, bleibt es nicht beim Akzeptieren, sondern der Patient muss selbst auch aktiv werden und sich fragen, wie er sich entscheiden und wie er handeln will. Spannend in diesem Zusammenhang ist, dass genau die Akzeptanz am stärksten mit Existentialität korreliert, was ein Hinweis darauf sein könnte, dass Existentialität tatsächlich auch mittels dieses Vorgangs zur Verbesserung der psychischen Gesundheit beiträgt. Zudem ist es wichtig, dass sich die Patienten persönlicher Werte bewusst werden und diese verwirklichen. Ein weiterer Erklärungsansatz ist, dass Werthaltungen auch im Zusammenhang mit Ressourcen gesehen werden können (Grawe & Grawe-Gerber 1999). Möglicherweise fühlen sich die Patienten kompetenter, wenn sie ihre Werte klären und im für sie möglichen Rahmen nach sinnvollen Möglichkeiten suchen und diese dann umzusetzen.

### ***Existentialität und Emotionsregulation***

Die Ergebnisse zu Existentialität und Emotionsregulation stellen ein Novum dar und können so weder mit bestehender Forschung verglichen, noch von solcher gestützt werden. Die **Korrelationen** befinden sich, mit Ausnahme für Selbst-Distanzierung, im mittleren Bereich. Von der Theorie her waren mindestens mittlere Korrelationen anzunehmen, jedoch bleibt unklar, ob die Konstrukte sich überlappen, oder ob sie verschiedene Rollen hinsichtlich des Umgangs mit problematischen Ereignissen erfüllen. Aufschlussreich ist, dass Emotionsregulation nicht vorwiegend mit der Selbst-Transzendenz korreliert, sondern mehrheitlich mit Freiheit. Das heisst, die Konstrukte überlappen sich nicht wie angenommen hinsichtlich der affektiven Komponenten, sondern vielmehr dort, wo es um Entscheidungsfindung geht. Zudem korreliert Selbst-Distanzierung auch nicht so hoch wie erwartet mit Emotionsregulation, die höchste, wenn auch kleine Korrelation wurde für Akzeptanz erreicht, was Sinn macht, da es bei Existentialität mittels Selbst-Distanzierung unter anderem darum geht, sich einerseits nicht von einer Situation überwältigen zu lassen und andererseits mit Hilfe der weiteren existentiellen Fähigkeiten Sinn in der aktuellen Situation zu sehen. Akzeptanz weist auch die zweitgrösste Korrelation, neben der Gesamtskala der Emotionsregulation, mit dem Gesamtmass auf. Wurst und Maso (1996) haben darauf hingewiesen, dass Selbst-

---

<sup>37</sup> Damit sind z.B. Bewertungen gemeint

---

Distanzierung womöglich etwas Eigenes misst, da wenig Übereinstimmung mit anderen Faktoren von seelischer Gesundheit gefunden wurde. Leahy (2002) beschäftigte sich mit Franks Ansicht, dass emotionsauslösende Erfahrungen Wertigkeit klären können. Dieser Aspekt wird auch von Längle hervorgehoben. Die **Veränderung** der Emotionsregulation lässt darauf schliessen, dass sich eine Verbesserung der Existentialität positiv auf die Emotionsregulation auswirkt. Grundsätzlich wäre aber auch die entgegengesetzte Beeinflussung möglich. Aus diesem Grunde wurde noch eine weitere Varianzanalyse für Existentialität bei Austritt und die Veränderung der Emotionsregulation gerechnet (Anhang D-3). Es wird ersichtlich, dass die Veränderung der Emotionsregulation nicht beträchtlich zu einem verbesserten Existentialitätswert beiträgt. Daraus kann, zumindest für diese Untersuchung, der Schluss gezogen werden, dass eine Zunahme der Existentialität sich auch positiv auf die Emotionsregulationskompetenz auswirkt, jedoch eine Zunahme der Emotionsregulation keine nennenswerte Verbesserung der Existentialität mit sich bringt.

### ***Emotionsregulation und psychische Gesundheit***

Der bereits bestätigte **Zusammenhang** zwischen Emotionsregulation und psychischer Gesundheit konnte insgesamt an dieser Stichprobe wie erwartet repliziert werden. Die stärkste Korrelation findet sich für Resilienz und Depression. Im Gegensatz dazu gibt es Emotionsregulationsskalen, die nur kleine Korrelationen aufweisen, wie z.B. *Körperwahrnehmung*, *Verstehen von Gefühlen* und *Aufmerksamkeit für Gefühle*. Seitens der psychischen Gesundheit weisen *Ängstlichkeit*, *Aggressivität und Feindseligkeit*, *phobische Angst*, *paranoides Denken* und *Psychotizismus* nur kleine Korrelationen mit allen anderen Skalen auf. Die Skala, mit Ausnahme von Aufmerksamkeit für Gefühle, am stärksten mit allen Emotionsregulationsskalen korreliert ist psychische Gesundheit. Allerdings fällt der generelle Zusammenhang zwischen den beiden Gesamtskalen weg sobald für Existentialität kontrolliert wird (siehe weiter unten). Die **Veränderung** der psychischen Gesundheit innerhalb der Subgruppen weisen jedoch sehr wohl darauf hin, dass bei grösserer Verbesserung der Emotionsregulation auch eine verbessertes psychisches Befinden zu erwarten ist.

Obwohl *Geschlechtsunterschiede und Altersunterschiede* zu erwarten gewesen wären (Fischer, Manstead, Evers, Timmers und Valk, 2004), veränderte sich durch die Einführung der Kontrollvariablen in den Partialkorrelationen praktisch nichts. Allerdings zeigen sich bei den Subgruppen minimale Unterschiede: Patienten mit starker Zunahme in Emotionsregulation sind tendenziell jünger, und in der Gruppe mit kleinster Verbesserungen sind vergleichsweise mehr Männer als Frauen vertreten.

---

In der abschliessenden **Gegenüberstellung von Existentialität & Emotionsregulation** zeigte sich dank der multiplen Regressionen, dass Existentialität, und zwar sowohl deren Ausgangslage bei Therapiebeginn als auch die Verbesserung, relevanter ist für den Therapieerfolg, welcher an der psychischen Belastung, dem Wohlbefinden und den sozialen Beziehungen beim Austritt gemessen wurde. Es wird klar, dass sich in diesem Modell Emotionsregulation nicht als aussagekräftiger Prädiktor für die psychische Belastung bei Austritt erweist, mit Ausnahme für Wohlbefinden. Wie kann es sein, dass Emotionsregulation so viel weniger wichtig ist als Existentialität? Möglicherweise treffen Wisner und Arnows (2001) Überlegungen zur Kontraindikation von Auseinandersetzungen mit Emotionen auf diese Stichprobe besonders zu. Sie gehen davon aus, dass die Anwendung von Emotionserfahrung in der Therapie nur unter bestimmten Bedingungen hilfreich sei. So profitieren z.B. Personen, die Emotionen grundsätzlich vermeiden, mehr von erfahrungsbezogener Emotionsregulation als Personen, die von ihren Emotionen völlig überschwemmt werden. Gerade Personen, die auf intensive Emotionen mit maladaptiven Bewältigungsstrategien reagieren (Fressanfälle, Selbstverletzung), sollten zuvor adaptive Coping-Strategien erlernen. Unter Umständen sind eine Klärung der eigenen Werte (ST) und die Bearbeitung weiterer Komponenten der Existentialität in solchen Fällen hilfreicher. So kann bestenfalls sogar geklärt werden, was in welcher Situation wichtig ist, und was grundsätzlich wichtiger sein könnte. Individuelle Handlungsmöglichkeiten können bestimmt und letztendlich Entscheidungen getroffen werden. Der Vergleich der Korrelationen von Emotionsregulation und Existentialität mit psychischer Belastung liefert Hinweise dafür, dass Existentialität für die psychische Gesundheit wichtiger ist als Emotionsregulation. Die Veränderung der Korrelationen unter Kontrolle des jeweils dritten Konstruktes, welche in Abbildung 14 dargestellt sind, weisen ebenfalls darauf hin dass Existentialität eine wichtigere Rolle für die psychische Belastung einzunehmen scheint. Dies ist erstaunlich und sollte weiter kritisch erforscht werden. Eine mögliche Erklärung könnte jedoch sein, dass sich in der Klinik SGM vorwiegend Leute aufhielten, bei welchen die Existentialität ausschlaggebend ist für die Gesundheit, und sie daher besonders sensitiv im Bereich Existentialität und weniger im Bereich Emotionsregulation funktionierten. Diese Überlegung fusst darauf, dass individuelle Differenzen bezüglich Emotionsregulation bestehen (Calkins und Howse, 2004) und auf den möglichen Bezugspunkten zwischen Existentialität und Religiosität. Es wurde darauf verwiesen, dass Emotionen entsprechend den sozialen Normen wahrgenommen und reguliert werden (Fischer et al. 2004). In der vorliegenden Population könnte auch die frühkindliche religiöse Sozialisation zu einem anderen Umgang mit Emotionen geführt haben (Eisenberg, Spinard und Smith, 2004) Allerdings wurde aus diesem Grund nachträglich eine explorative

---

Analyse durchgeführt, welche nicht darauf hinwies, dass die religiöse Ausrichtung der Patienten für die Ergebnisse verantwortlich ist. Zur Überprüfung dieses Kritikpunktes wäre eine Studie in einer anderen Klinik empfehlenswert. Zudem weisen Hayes et al. (2004), wie oben erläutert, darauf hin, dass die Konzentration auf den Inhalt die psychische Beeinträchtigung noch zusätzlich verstärken kann. Emotionsregulation beschäftigt sich stark mit der sprachlichen Ebene, und möglicherweise ist dies nicht in jedem Fall so hilfreich wie erwartet. Allerdings muss einschränkend gesagt werden, dass die explorative Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Emotionsregulation und psychischer Beeinträchtigung nur eine mittlere Korrelation zwischen Akzeptanz und psychischer Gesamtbelastung zeigt. Hingegen betont auch Frankl (1967), dass man sich nicht auf das Problem sondern auf den konkreten Sinn des persönlichen Daseins (genannt *Derefelxion*) konzentrieren soll.

Eine zweite Möglichkeit für das Zustandekommen dieser Resultate zugunsten der Existentialität könnte darin liegen, dass die Klinik selbst mehr Fokus auf die Verbesserung der existentiellen Fertigkeiten der Patienten gelegt hat. Durch das Modell der Regressionsanalyse mit dem Kriterium psychische Belastung beim zweiten Messzeitpunkt konnten 59.4% der Varianz erklärt werden, was einem guten Ergebnis entspricht. Um jedoch den tatsächlichen Einfluss der Veränderung der Existentialität eruieren zu können, müsste die Variable in einem Modell zusammen mit weiteren bekannten Prädiktoren psychischer Gesundheit wie z.B. Selbstwirksamkeit, Inkongruenz etc. gemessen werden. Zudem wurden noch Partial-Korrelationen sowohl für Existentialität als auch Emotionsregulation mit psychischer Gesundheit unter Kontrolle des jeweils anderen Konstruktes berechnet. Sobald zusätzlich die Existentialität kontrolliert wurde, fiel der Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und psychischer Gesundheit weg. Das Resultat für Existentialität veränderte sich hingegen nur geringfügig. Dieses Ergebnis war unerwartet und liess sich wiederum nicht mit anderen Forschungsarbeiten vergleichen, da es zu diesem Gebiet noch keine Forschung gibt. Denkbar wäre, dass Existentialität die Emotionsregulation beeinflusst und daher ausschlaggebender ist.

### **6.3 Schlussfazit und zukünftige Forschung**

Existentialität korreliert negativ und hoch mit psychischer Belastung, hohe Existentialität steht mit niedrigerer psychischer Belastung im Zusammenhang, und Personen mit kleiner Veränderung der Existentialität weisen weniger Belastungsrückgang auf als Personen mit einer grossen Veränderung der Existentialität. Empirisch werden die Ergebnisse aufgrund mangelnder Forschung kaum gestützt. Daher ist sowohl Euphorie als auch Skepsis angebracht.

---

Diese Ergebnisse implizieren jedoch, dass es sicherlich nicht verfehlt ist, als Therapeut die Existentialität der Patienten zu fördern. Eine Bestätigung dieses Befundes auf breiterer Basis und weitere Erforschung der Existentialität wird nötig sein und könnte sich durchaus für die psychotherapeutische Praxis als relevant erweisen. Um die hier zu Tage getretenen Ergebnisse verallgemeinern zu können sollte die Untersuchung vorzugsweise auch an nicht-religiösen und weiteren repräsentativen Stichproben repliziert werden. Abgesehen davon scheint eine Überprüfung der Nähe zum Konstrukt der Inkonsistenz angezeigt. Denn die Klärung der Sinnhaftigkeit und die Herausbildung von Werten, wie auch die Fähigkeit zu diesen Werten auf Distanz gehen zu können, sich frei zu entscheiden und sich verantwortungsvoll auf Aufgaben einlassen zu können, könnte womöglich genauso gut oder besser durch Inkonsistenzreduktion nach Grawe erklärt werden. Auch könnte Prozess- und Katamnese-forschung die Kausalitätsfrage genauer klären. Ausserdem wird die Identifikation von weiteren Moderatoren wichtig sein. Spannend wäre es auch zu untersuchen, was genau die Veränderung der Existentialität bewirkt, und ob und inwieweit sich verschiedene Therapieschulen in ihrer Wirksamkeit zur Verbesserung der Existentialität unterscheiden. Falls sich das Konzept der Existentialität weiter bewähren sollte, könnte es Eingang in den breiten wissenschaftlichen Diskurs finden, oder es könnte der Theorie des „Un-Sinns“ durch die Überschreitung des Belastbarkeitskriteriums ein Ende bereitet werden. Bei Bewährung wäre es unter Umständen auch sinnvoll Interventionstrainings zu entwickeln, ähnlich wie sie für Emotionsregulation bereits angewandt werden, wie z.B. das TEK. Dies ist aber wohl doch etwas weit gegriffen und muss realistisch eingeschätzt werden. Sollte jedoch Existentialität nicht länger nur in logotherapeutischen Kreisen als Einflussgrösse anerkannt bleiben, dann hat sich für die Forscherin die Mühe und auch die Begeisterung allemal gelohnt. Es wurde der Versuch unternommen aufzuzeigen, ob und wie wichtig Existentialität für die psychische Gesundheit und die Emotionsregulation ist. Trotzdem kann aufgrund der Ergebnisse nicht leichtfertig geschlussfolgert werden, dass eine Verbesserung der Symptomatik auf eine bessere Existentialität und eine erhöhte Emotionsregulation zurückzuführen ist. Lediglich ein Zusammenhang ist bekannt. Die Ergebnisse lassen auch keine Schlüsse über die Gründe der kleineren versus grösseren Verbesserung der Existentialität zu. Hier gilt es für zukünftige Forschung, weitere Moderatoren sowohl seitens des Individuums wie auch des Kontextes zu eruieren. Dies ist wichtig für die differentielle Indikation, also bei welchen Personen die Intervention der Steigerung der Existentialität am besten hilft. In diesem Zusammenhang könnte unter Umständen auch eine Untersuchung bezüglich verschiedener Störungsgruppen aufschlussreich sein. Die Resultate weisen darauf hin, dass Sinnhaftigkeit nicht *out*, sondern nach wie vor aktuell ist.

---

## 7 Literatur

- Ano, G. & Vasconcelles, E. (2004): Religious Coping and Psychological Adjustment to Stress: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 461-480.
- Barbona, N. (1997). Logotherapeutic Interventions, the course of Illness and Immunology in HIV patients. *Journal des Viktor-Frankl-Instituts: an international magazine for logotherapy and existential analysis*, 5 (2), 15-31.
- Scherler, H. R, Lajunen, T & Gügöz, S. (1998). A comparison study of finish and turkish university students on the existential scale. *Journal des Viktor-Frankl-Instituts: an international magazine for logotherapy and existential analysis*, 6 (2), 30-43.
- Frankle, V. (1998). Man alive. (Transcript of Interview given on CBC by Roy Bonisteel in 1977) *Journal des Viktor-Frankl-Instituts: an international magazine for logotherapy and existential analysis*, 6 (1), 81-96.
- Angermeyer, M.C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutsche Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe.
- APA (1994). Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J. & Nolen-Hoeksema, S. N. (2001).
- Barbona, N. (1997). Logotherapeutic Interventions, the course of Illness and Immunology in HIV patients. *Journal des Viktor-Frankl-Instituts: an international magazine for logotherapy and existential analysis*, 5 (2), 15-31.
- Biologische Grundlagen der Psychologie. In: J. Grabowski & E. Van der Meer (Hrsg.). *Einführung in die Psychologie* (S.35-71). Heidelberg-Berlin: Spektrum.
- Böckmann, W. (1997). Logotherapie und Sinn-Theorie. Überlegungen zum therapeutischen wie aussertherapeutischen Umgang mit Frankl'schen Sinn Begriff und seiner erweiterten Definition im Rahmen einer Sinn-Theorie. *Journal des Viktor-Frankl-Instituts: an international magazine for logotherapy and existential analysis* 5 (2), 106-124.
- Bechara, A. (2004). A Neural View of the Regulation of Complex Cognitive Functions by Emotion. In P. Philippot & R. S. Feldmann (Eds.), *The Regulation of Emotion* (pp. 3-32). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bechara, A. (2004). A Neural View of the Regulation of Complex Cognitive Functions by Emotion. In P. Philippot & R. S. Feldmann (Eds.), *The Regulation of Emotion* (pp. 3-32). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bechara, A., Tranel, D., Damasio, H., Adolphs, R., Rockland, C. & Damasio, A. R. (1995). Double dissociation of conditioning and declarative knowledge relative to the amygdale and hippocampus in humans. *Science*, 269, 1115-1118.
- Bentler, P.M. & Bonett, D.G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588-606.

- 
- Bellisan, S. (2006). *Zusammenhang zwischen Erziehungsstil, Emotionsregulation und psychischer Gesundheit*. Lizentiatsarbeit in klinischer Psychologie. Universität Bern.
- Berenbaum, H., Raghavan, C., Le, H.-N., Vernon, L. und Gomez, J. (2003). A Taxonomy of Emotional Disturbances. *Clinical Psychology: Science and Practice* 10 (2), 206-223.
- Berking, M., & Grawe, K. (in Vorb., a). Das „Training Emotionaler Kompetenzen“ (TEK) – Ein neuropsychologisch-orientiertes Programm zur störungsübergreifenden Verbesserung der Emotionsregulation bei Psychotherapiepatienten. Manuskript in Vorbereitung.
- Berking, M., & Grawe, K. (in Vorb., b). Der Fragebogen zur Erfassung therapierelevanter Emotionen und emotionaler Kompetenzen (EMO-Check) – Konstruktion und erste Validierungsergebnisse. Manuskript in Vorbereitung.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bundesamt für Statistik (2001). Enquête suisse sur la santé. Troubles mentaux et psychologiques dans la population Suisse. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (2005). Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2005. Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- Bundesamt für Statistik (2007). Gesundheitsstatistik 2007. Neuchâtel.
- Calkins, S.D. & Howse, R.B. (2004). Individual Differences in Self-Regulation: Implications for Childhood Adjustment. In P. Philippot & R.S. Feldmann (Eds.), *The Regulation of Emotion* (pp. 307-332). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Chalamanov, D. (2003). Emotionsregulation und Wohlbefinden. Eine primäre Prävention für Kinder und Jugendliche. Lizentiatsarbeit in Persönlichkeitspsychologie, Universität Bern.
- Clark, L.A., Watson, D. (1994) Distinguishing functional from dysfunctional affective responses. In P. Eckmann & R.J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (S. 131-136). New York: Oxford University Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates: Howe and London (2<sup>nd</sup> Edition).
- Damasio A.R, Anderson S.W. (1993). The frontal lobes. In *Clinical neuropsychology* (Heolman K.M., Valenstein E., Hrsg.), 409-460. New York: Oxford University Press.
- Damasio, A. R. (1999). The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness. San Diego: Harcourt.
- Damasio, A. R., Grabowski, T., Bechara, A., Damasio, H., Ponto, L., Parvizi, J. & Hichwa, R. D. (2000). Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions. *Nature Neuroscience*, 3, 1049-1056.
- Davidson, R.J. (1994) On emotion, mood, and related affective constructs. In P. Eckmann & R.J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (S. 51-55). New York: Oxford University Press.

- 
- de Landaboure, N. B., Martin, B. L., Kazmierzak, A., Fraise, M. und Toscani, J. (2000). Das existentielle Vakuum als pathologischer Faktor in den wichtigsten psychischen Erkrankungen unserer Zeit. *Existenzanalyse* (3) 7, 46-54.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie. (1997). *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung* (2.Auflage). Hogrefe
- Dormann, C., Zapf, D., & Isic, A. (2002). Emotionale Arbeitsanforderungen und ihre Konsequenzen bei Call Center-Arbeitsplätzen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 46, 201-215.
- Doormann, C., Zapf, D., & Isic, A. (2002). Emotional Arbeitsanforderungen und ihre Konsequenzen bei Call Center Arbeitsplätzen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 46, 201-215.
- Dorsch: Psychologisches Wörterbuch. (2004). Häcker, H. O., Stapf, K. H (Hrsg). Hans Huber: Bern (14. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage).
- Dunlop, W. P., Cortina, J. M., Vaslow, J. B., & Burke, M. J. (1996). Meta-analysis of experiments with matched groups or repeated measures designs. *Psychological Methods*, 1, 170-177.
- Dyck M (1987) Assessing Logotherapeutic Constructs. Conceptual And Psychometric Status Of The Purpose In Life And Seeking of Noetic Goals Test. *Clinical Psychology Review*, Vol. 7, 439-447
- Eisenberg, N., Spinrad, T.L. & Smith, C.L. (2004). Emotion-related Regulation: It's Conceptualization, Relations to Social Functioning and Socialisation. In P. Philippot & R.S. Feldman (Eds.), *The Regulation of Emotions* (pp. 277-306), Manwan: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ekman, P. (1999). Basic Emotions. In T. Dagleish and M. Power (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion* (pp. 45-57). New York: John Wiley & Sons.
- Ekman, P. & Davidson, R.J. (1994a). Affective science: A research agenda. In P. Eckmann & R.J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (S. 409-430) . New York: Oxford University Press.
- Ekman, P. (1994b). Moods, Emotions, and Traits. In P. Eckmann & R.J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (S. 409-430) . New York: Oxford University Press.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: Sage
- Fischer, A., Manstead, A.S.R., Evers, C., Timmers, M. & Valk, G. (2004). Motives and Normes underlying Emotion Regulation. In P. Philippot & R.S. Feldmann (Eds.), *The Regulation of Emotion* (pp. 187-212). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Folkmann, S. & Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Franke, G. H. (2002). SCL-90-R: Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis – Deutsche Version. (2.Auflage). Beltz Test GmbH: Göttingen.

- 
- Frankl, V. (1962). *Der Wille zum Sinn: Ausgewählte Vorträge über Logotherapie*. Verlag Hans Huber: Bern Suttgart Wien.
- Frankl, V. (1967). *Theorie und Therapie der Neurosen: Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Frankl, V. (1977). *Das Leiden am sinnlosen Leben: Psychotherapie für heute*. Freiburg: Herder. 10. Auflage der Neuausgabe (21. Gesamtauflage).
- Frankl, V. (1998). Man alive. (Transcript of Interview given on CBC by Roy Bonisteel in 1977) *Journal des Viktor-Frankl-Instituts: an international magazine for logotherapy and existential analysis*, 6 (1), 81-96.
- Frankl, V. (1972). *Der Wille zum Sinn: Ausgewählte Vorträge über Logotherapie*. Verlag Hans Huber: Bern Suttgart Wien.
- Frankl, V. (1981). *Die Sinnfrage in der Psychotherapie*. München / Zürich: Piper. 4. Auflage 1992.
- Frankl, V. (1986). *The doctor and the soul: From Psychotherapy to logotherapy*. Vintage Books: New York.
- Frank, V. (1993). Zur geistigen Problematik der Psychotherapie. *Journal des Viktor-Frankl-Instituts: an international magazine for logotherapy and existential analysis*, 1 (1), (S. 125-136).
- Frankl, V. E. (1994a). *Logotherapie und Existenzanalyse: Texte aus sechs Jahrzehnten*. Neue, erwe. Ausg. München; Berlin: Quintessenz.
- Frank, V. E. (1994b). Bemerkungen zur Pathologie des Zeitgeistes. *Journal des Viktor-Frankl-Instituts: an international magazine for logotherapy and existential analysis*, 2 (1), (37-45).
- Frese, M. (1999). Social support as a moderator of the relationship between work stressors and psychological dysfunctioning: A longitudinal study with objective measures. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, (S. 179-192).
- Frijda, N.H. (1994a). Varieties of affect: emotions and episodes, moods, and sentiments. In P. Eckmann & R.J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (S. 59-67). New York: Oxford University Press.
- Frijda, N.H. (1994b). Emotions are functional, most of the time. In P. Eckmann & R.J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (S. 112-122). New York: Oxford University Press.
- Frijda, N.H. (1994c). Universal antecedents exist, and are interesting. In P. Eckmann & R.J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (S. 155-162). New York: Oxford University Press.
- Frijda, N.H. (1994d). Emotions require cognitions, even if simple ones. In P. Eckmann & R.J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (S. 197-202). New York: Oxford University Press.
- Frijda, N.H. (1986). *The Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Frijda, N.H. (1989). Relations Among Emotion, Appraisal, and Emotional Action Readiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (2), 212-228.

- 
- Frijda, N.H. (2005). Emotion experience. *Cognition and Emotion*, 19 (4), 473-497.
- Frijda, n. H., Manstead, A. S. & Bem, S. (2000). Emotions and Beliefs: How feelings Influence Thoughts. Paris: Cambridge University Press.
- Gasiot, S. (1981). Menschliche Bedürfnisse, (S. 272-284). Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe (2. Auflage).
- Grawe, K. (2004). Neurologische Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999) Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63-73.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel – von der Konfession zur *Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. (2000). Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. In S.K.D. Sulz & G. Lenz. Von der Kognition zur Emotion (S. 77-110). München: CIP-Medien. S.
- Greenberg, L. & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in Psychotherapy: A practice-friendly Research review. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (5), 611-630.
- Greenberg, L.S. & Safran, J.D. (1987). Emotion in Psychotherapy. *American Psychologist*, 44(1), 19-29.
- Gross, J.J. (1998a). Antecedent- and Respond-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
- Gross, J.J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J.J. (1999). Emotion Regulation: Past, Present, Future. *Cognition and Emotion*, 13, 551-573.
- Gross, J. J. & Thompson, R (2007). Emotion Regulation: Conceptual foundations. In Gross, J. J. *Handbook of Emotionregulation*. New York: the Guilford Press.
- Gross, J.J. & John, O.P. (2002). Wise emotion regulation. In L. Feldman Barrett &
- Gross, J.J. & Levenson, R.W. (1997). Hiding Feelings: The acute effects of inhibiting positive and negative emotions. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95-103.
- Guttman, D. & Cohen, B. (1993). Excessive Behaviors and Meaning-in-life among the active elderly in Israel . *Journal des Viktor-Frankl-Instituts: an international magazine for logotherapy and existential analysis*, 1 (2), 38-55.

- 
- Guttman, D. (1997). „Homo Elector“ and „Homo Patiens“: Fate, Choice, Suffering and meaning in the works of Szondi and Frankl. *Journal des Viktor-Frankl-Instituts: an international magazine for logotherapy and existential analysis*, 5 (1), 66-81.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch*. (2. überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (2004). *Akzeptanz und Commitment Therapie: ein erlebnisorientierter Ansatz zur Verhaltensänderung*. CIP-Medien: München.
- Huber, S. (2004). Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. In Zwingimann, C. & Moosbrugger, H. Münster. *Neue Beiträge zur Religionspsychologie* (79-105). Waxmann.
- Huber, S. (2007) Are Religious Beliefs Relevant In Daily Life? ..... In . Leiden, Boston. 209-230.
- Ito, T. A., Cacioppo, J. T. (2005), Variations on a human universal: Individual differences in positivity offset and negativity bias, *Cognition and Emotion*, 19 (1), Psychology Press Ltd, 1-26.
- James, W. (1884). What is Emotion. *Mind*, 4, 188-204.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Delacorte.
- Krasko, G. L. (1997). Viktor Frankl against Sigmund Freud. *Journal des Viktor-Frankl-Instituts: an international magazine for logotherapy and existential analysis*, 5 (1), (86-109).
- Kring, A.M. & Werner, K.H. (2004). Emotion Regulation und Psychopathologie. In P. Philippot & R.S. Feldmann (Eds.), *The Regulation of Emotion* (pp. 359-386). London:
- Lawrence Erlbaum Kuhl, J. (1998). Wille und Persönlichkeit: Funktionsanalyse der Selbststeuerung. *Psychologische Rundschau*, 49, 61-77. Associates.
- Krohne, H.W., Egloff, B., Kohlmann, C.-W. & Tausch, A. (1996). Untersuchungen mit einer deutschen Version der Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *Diagnostica*, 42, 139-156.
- Längle A, Orgler C., Kundi M. (2000) Existenzskala ESK. Göttingen: Hogrefe-Beltz
- Längle, A. (1988). Entscheidung zum Sein: Viktor E. Frankls Logotherapie in der Praxis. München: Piper.
- Längle, A. (2003) Zur Begrifflichkeit der Emotionslehre in der Existenzanalyse. In: Längle A (Hrsg) Emotion und Existenz. Wien: Facultas, 185-200
- Längle, A. (2004). Das Sinnkonzept V. Frankls – ein Beitrag für die gesamte Psychotherapie. In Petzold H G, Orth I (Hrsg) Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. Bd. II. Bielefeld/Locarno: Aisthesis, pp. 403-460

- 
- Längle, A, Orgler, C, Kundi, M (2003). The existance scale. *European Psychotherapy* 4 (1), (S. 157-173).
- Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis : SCL-90-R; deutsche Version / Franke, Gabriele Helga. – 2., vollständig überarb. Und neu normierte Aufl. – Göttingen : Beltz Test, 2002
- Lazarus, R.S. (1994a). The stabel and the unstabel in Emotion. In P. Eckmann & R.J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (S. 79-85). New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. (1994b). Universal antecedents of the emotions. In P. Eckmann & R.J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (S. 163-171). New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaption*. New York: Oxford Press.
- Lazarus, R.S. (1999). The Cognition-Emotion Debate: A Bit of History. In T. Dagleish & M. Power (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion*. New York: John Wiley & Sons.
- Larsen, R.J. (2000). Toward a science of Moodregulation. *Psychological Inquiry*, 11, 129-141.
- Leahy; R. L. (2002). A model of emotional Schemas. *Cognitive and behavioral practice* 9. 177-190.
- Ledoux, J. E., (1994a). Cognitive-emotional interactions in the brain. In P. Eckmann & R.J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (S. 216-223). New York: Oxford University Press.
- Ledoux, J. E., (1994b). Emotion-specific physiological activity: don't forget about CNS physiology. In P. Eckmann & R.J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (S. 248-251). New York: Oxford University Press.
- Lehr, D., Fehlberg, E., Hess, K. & Fix, C. (2007). Wege religiöser Bewältigung – Bericht über die deutsche Adaptation des RCOPE. In: *Verhaltenstherapie* 17(suppl1), S. 55.
- Levenson, R.W. (1994). Human emotions: A functional view. In P. Ekman & R.J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 123-126). New York: Oxford University Press.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.
- Lukas, E. (1994b). Wer ist der Gaukler? Einspruch gegen eine Diffarmierung der Logotherapie. *Journal des Viktor-Frankl-Instituts: an international magazine for logotherapy and existential analysis*. Vol 2 (2), Viktor Frankl Insitute Vienna: Wien. 89-93.
- Lukas, E. (1997). Zuordnung der klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 zur logotherapeutischen Terminologie. *Journal des Viktor-Frankl-Instituts: an international magazine for logotherapy and existential analysis*. Vol 5 (2), Viktor Frankl Insitute Vienna: Wien. 32-47.
- Mandel, H. & Reiserer, M. (2000). Kognitionstheoretische Ansätze. In J.H. Otto, H.A. Euler & H. Mandl (Hrsg.), *Emotionspsychologie* (S. 95-104). Stuttgart: Beltz.

- 
- Mayring, P. (2000). Freude und Glück. In J.H. Otto, H.A. Euler & H. Mandl (Hrsg.), *Emotionspsychologie* (221-230). Stuttgart: Beltz.
- McDougall, W. (1908/1960). *An introduction to social psychology (31nd ed.)*. London: Methuen. (Erstausgabe erschienen 1908).
- Meyers Lexikon (1928). Bibliographisches Institut Leipzig (8. Band) 7. Auflage.
- Nolen Hoecksema, S. & Harrel, Z.A. (2002). Rumination, depression and alcohol use: Tests of gender differences: *Journal of Cognitive Psychiatry*, 16 (4), 391-403.
- Otto, J.H., Euler, H.A. & Mandel, H. (2000). Begriffsbestimmung. In J.H. Otto, H.A. Euler & H. Mandel (Hrsg.), *Emotionspsychologie* (S. 11-19). Stuttgart: Beltz.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, Ano, Wachholtz (2005): The Religious Dimensions of Coping. *Advances in Theory, Research and Practice*. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 479-495). New York: Guilford Press.
- Petrides, Pérez-Gonzalez, Furnham (2007). On the criterion and incremental validity of trait emotional intelligence. *Cognition and Emotion*, 21(1), 26-55.
- Pfister, B. (2006). Emotionsregulation-Validierung des EMO-Check-Traits und Betrachtung der Zusammenhänge zwischen Inkongruenz, Emotionen, Regulation und psychischer Gesundheit. Lizentiatsarbeit in klinischer Psychologie. Universität Bern.
- Philippot, P., Baeyens, C., Douillez, C. & Francart, B. (2004). Cognitive Regulation of Emotion: Application to Clinical Disorders. In P. Philippot & R.S. Feldmann (Eds.), *The Regulation of Emotion* (pp. 71-100). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Plutchik, R. (1980a). *Emotion. A psychoevolutionary synthesis*. New York: Harper & Row.
- Powers, W. T. (1973). *Behavior: The Control of Perception*. Chicago: Aldine.
- Rudolf, M. und Müller, J. (2004). *Multivariate Verfahren: Eine praxisorientierte Einführung mit Anwendungsbeispielen in SPSS*. Göttingen: Hogrefe.
- Pytell, T. (2005). *Viktor Frankl: Das Ende eines Mythos?* Innsbruck/Wien/Bozen: Studienverlag.
- Saarni, C. (1999). *The Development of Emotional Competence*. New York: The Guilford Press.
- Salovey, P., Mayer, J.D., Golman, S.L., Turvey, C. & Palfai, T.P. (1995). Emotional Attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. In J.W. Pannebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). Washington: American Psychological Association.
- Sartre, J. P. (1996) *Wahrheit und Existenz*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Schandry, R. (2003). *Biologische Psychologie: Ein Lehrbuch*. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz Verlag.

- 
- Scherer, K.R. (1994). An emotion's occurrence depends on the relevance of an event to the organism's goal/need hierarchy. In P. Eckmann & R.J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (S. 227-231). New York: Oxford University Press.
- Scherler, H. R., Lajunen, T & Güzöz, S. (1998). A comparison study of finish and turkish university students on the existential scale. *Journal des Viktor-Frankl-Instituts: an international magazine for logotherapy and existential analysis*. Vol 6 (2), Viktor Frankl Institute Vienna: Wien. 30-43.
- Shweder, R. A. (1994). "You're not sick, you're just in love": Emotion as an interpretive System. In P. Eckmann & R.J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions*. New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness; on Depression, Development and Death*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Smith, E. (2004). Aufmerksamkeitslenkung als therapeutischer Wirkfaktor. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie* (S. 457-508). Thübingen: DGVT – Verlag.
- Smolenski, C. (2001). Emotionsregulation und Wohlbefinden bei psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen: Psychische Störungen als Moderatoren der Emotionsregulation und des Wohlbefindens bei Angst, Trauer und Wut. *Lizentiatsarbeit in allgemeiner Psychologie*. Universität Bern.
- Stemmler, G. (2004). Physiological Processes During Emotion. In P. Philippot & R.S. Feldmann (Eds.), *The Regulation of Emotion* (pp. 33-70). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sym, A., Wiraszka-Lewandowska K. & Kokoszka A (2006). Corrective Experience of Values and Existential Fulfillment. *Existenzanalyse* 1(23), 61-67.
- Thege, B. K., (2006). Die Beziehung zwischen existenzieller Frustration und gesundheitsschädigendem Verhalten. *Existenzanalyse* 1(23), 68-72.
- Teasdale, J. (1999). Multi-level Theories of Cognition-Emotion Relations. In T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 613-636). New York: John Wiley & Sons
- Tesdale, J. (1999). Metacognition, mindfulness, and the modification of mood disorders. *Clinical Psychological Psychotherapie*, 6, 146-155.
- Teasdale, J, Segal, Z. & Williams, J. (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 157-160.
- Tschacher, W. (1997). *Prozessgestalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Watt, F. (2007). Emotion Regulation and Religion. In J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (S. 504-520). The Guilford Press, London/ New York.
- Weltgesundheitsorganisation, "Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10. Verlag Hans Huber: Bern 2. Auflage 1993.
- Westermann, R. (2000). *Wissenschaftstheorie und Experimentalmethodik. Ein Lehrbuch zur psychologischen Methodenlehre*. Bern & Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.

- 
- Wiser, S. & Arnow, B. (2001). Emotional Experiencing: To Facilitate or regulate? *Psychotherapy in Practice* 57 (2), 157-168.
- World Health Organization (WHO). The World health report 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva.
- Wurm, C. S. (1998). Empirical research and the noetic Dimension. *Journal des Viktor-Frankl-Instituts: an international magazine for logotherapy and existential analysis*, 6 (2), 23-29.
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being. A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*, 12, 237-268.
- Znoj, H.J. (2004). Regulation of Emotion in Psychotherapy/ Formen der Bewältigung emotionaler Zustände als Prädiktoren ungünstiger und günstiger Therapieverläufe. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 25 (4), 460-479.
- Znoj, H.J., Nick, L. & Grawe, K. (2004). Intrapsychische und interpersonale Regulation von Emotionen im Therapieprozess. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33 (4), 261-269.

## 8 Anhang

### Anhang A:

#### Material

A-1: ESK

A-2: EMO-Check-Trait Teil 2

A-3: SCL:

A-4: WHOQOL:

A-5: BDI:

A-6: RST

### Anhang B:

#### Deskriptive Statistiken

B-1: Deskriptive Statistiken für Beruf und Schulbildung

B-2: Deskriptive Statistiken für alle Skalen & Variablen beider Messzeitpunkte

### Anhang C:

#### Normalverteilung

C-1: Normalverteilung beider Messzeitpunkte  $t_1$  und  $t_2$

### Anhang D:

#### Ergebnisse

D-1: Korrelationstabellen

D-2: Explorative Analysen

D-3: T-Test, Levene's Test für die Homogenität der Varianzen, Subgruppenstatistik und Varianzanalyse.

D-4: Regressionsanalyse







Sie finden auf den folgenden Seiten eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie **der vergangenen sieben Tagen bis heute** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie am zutrifft.

1: überhaupt nicht    2: ein wenig    3: ziemlich    4: stark    5: sehr stark

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter: ...

1	Kopfschmerzen	<input type="radio"/>				
2	Nervosität oder innerem Zittern	<input type="radio"/>				
3	Immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	<input type="radio"/>				
4	Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	<input type="radio"/>				
5	Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	<input type="radio"/>				
6	allzu kritischer Einstellungen gegenüber anderen	<input type="radio"/>				
7	der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	<input type="radio"/>				
8	dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	<input type="radio"/>				
9	Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="radio"/>				
10	Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	<input type="radio"/>				
11	dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	<input type="radio"/>				
12	Herz- oder Brustschmerzen	<input type="radio"/>				
13	Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Strasse	<input type="radio"/>				
14	Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	<input type="radio"/>				
15	Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="radio"/>				
16	Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	<input type="radio"/>				
17	Zittern	<input type="radio"/>				
18	dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	<input type="radio"/>				
19	schlechtem Appetit	<input type="radio"/>				
20	Neigung zum Weinen	<input type="radio"/>				
21	Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	<input type="radio"/>				
22	der Befürchtung ertappt zu werden	<input type="radio"/>				
23	plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="radio"/>				
24	Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren	<input type="radio"/>				
25	Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	<input type="radio"/>				
26	Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	<input type="radio"/>				
27	Kreuzschmerzen	<input type="radio"/>				
28	dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	<input type="radio"/>				
29	Einsamkeitsgefühlen	<input type="radio"/>				
30	Schwermut	<input type="radio"/>				
31	dem Gefühl, sich zu viele Sorgen zu machen	<input type="radio"/>				

32	dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="radio"/>				
33	Furchtsamkeit	<input type="radio"/>				
34	Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="radio"/>				
35	der Idee, dass andere Leute von ihren geheimsten Gedanken wissen	<input type="radio"/>				
36	dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	<input type="radio"/>				
37	dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="radio"/>				
38	der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	<input type="radio"/>				
39	Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="radio"/>				
40	Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="radio"/>				
41	Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	<input type="radio"/>				
42	Muskelschmerzen Muskelkater, Gliederreißen	<input type="radio"/>				
43	dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="radio"/>				
44	Einschlafschwierigkeiten	<input type="radio"/>				
45	dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	<input type="radio"/>				
46	Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	<input type="radio"/>				
47	Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="radio"/>				
48	Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="radio"/>				
49	Hitzewallungen oder Kälteschauern	<input type="radio"/>				
50	der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	<input type="radio"/>				
51	Leere im Kopf	<input type="radio"/>				
52	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="radio"/>				
53	dem Gefühl, einem Klumpen Kloss im Hals zu haben	<input type="radio"/>				
54	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="radio"/>				
55	Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="radio"/>				
56	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="radio"/>				
57	dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="radio"/>				
58	Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	<input type="radio"/>				
59	Gedanken an den Tod und ans Sterben	<input type="radio"/>				
60	dem Drang, sich zu überessen	<input type="radio"/>				
61	einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="radio"/>				
62	den Auftauchen von Gedanken, die nicht ihre eigenen sind	<input type="radio"/>				
63	dem Drang, jemanden zu schlagen, ihn zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	<input type="radio"/>				
64	frühem Erwachen am Morgen	<input type="radio"/>				
65	zwanghaften Wiederholungen derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	<input type="radio"/>				
66	unruhigem oder gestörtem Schlaf	<input type="radio"/>				

67	dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	<input type="radio"/>				
68	Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	<input type="radio"/>				
69	starker Befangenheit im Umgang mit anderen	<input type="radio"/>				
70	Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen und im Kino	<input type="radio"/>				
71	einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	<input type="radio"/>				
72	Schreck- oder Panikanfällen	<input type="radio"/>				
73	Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	<input type="radio"/>				
74	der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	<input type="radio"/>				
75	Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	<input type="radio"/>				
76	mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	<input type="radio"/>				
77	Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="radio"/>				
78	so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	<input type="radio"/>				
79	dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="radio"/>				
80	dem Gefühl, dass etwas Schlimmes passieren wird	<input type="radio"/>				
81	dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	<input type="radio"/>				
82	der Frucht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	<input type="radio"/>				
83	dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie dies zulassen würden	<input type="radio"/>				
84	sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm sind	<input type="radio"/>				
85	dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	<input type="radio"/>				
86	schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	<input type="radio"/>				
87	dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	<input type="radio"/>				
88	dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	<input type="radio"/>				
89	Schuldgefühlen	<input type="radio"/>				
90	dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	<input type="radio"/>				

Teil 2: In der letzten Woche ...		überhaupt nicht	selten	manchmal	oft	fast immer
1	... achtete ich auf meine Gefühle.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
2	... fühlte ich mich auch intensiven, negativen Gefühlen gewachsen.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
3	... hatte ich eine gute körperliche Wahrnehmung meiner Gefühle.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
4	... konnte ich positivere Gefühle gezielt herbeiführen.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
5	... hätte ich klar benennen können, wie ich mich gerade fühle.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
6	... schenkte ich meinen Gefühlen Aufmerksamkeit.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
7	... konnte ich auch negative Gefühle annehmen.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
8	... waren meine körperlichen Reaktionen ein gutes Signal dafür, wie ich mich fühlte.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
9	... konnte ich meine negativen Gefühle beeinflussen.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
10	... fühlte ich mich stark genug, auch belastende Gefühle aushalten zu können.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
11	... konnte ich trotz negativer Gefühle das machen, was ich mir vorgenommen hatte.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
12	... machte ich, was ich mir vorgenommen hatte, auch wenn ich mich dabei unwohl oder ängstlich fühlte.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
13	... war mir klar, was ich gerade fühlte.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
14	... merkte ich gut, wenn mein Körper auf emotional bedeutende Situationen besonders reagierte.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
15	... setzte ich mich mit meinen Gefühlen auseinander.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
16	... konnte ich zu meinen Gefühlen stehen.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
17	... verstand ich meine emotionalen Reaktionen.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
18	... war ich mir sicher, auch intensive, unangenehme Gefühle aushalten zu können.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
19	... war mir bewusst, warum ich mich so fühlte, wie ich mich fühlte.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
20	... war mir klar, dass ich meine Gefühle beeinflussen kann.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
21	... akzeptierte ich meine Gefühle.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
22	... konnte ich wichtige Ziele verfolgen, auch wenn ich mich dabei manchmal unwohl oder unsicher fühlte.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
23	... wusste ich gut, wie es mir gerade geht.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
24	... wusste ich, was meine Gefühle bedeuteten.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

**Instruktion:**

In diesem Fragebogen werden Sie danach gefragt, wie Sie Ihre Lebensqualität, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens beurteilen. **Bitte beantworten Sie alle Fragen.** Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erste in den Sinn kommt.

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen. Bitten denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben **während der vergangenen zwei Wochen.** Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben, und klicken Sie auf die Antwort, die für Sie am ehesten zutrifft.

Antwortmöglichkeiten: 1=sehr schlecht 2=schlecht 3=mittelmässig 4=gut 5=sehr gut	
1	Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen? <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
1: sehr unzufrieden 2: unzufrieden 3: weder zufrieden noch unzufrieden 4: zufrieden 5: sehr zufrieden	
2	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit? <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5

**In den folgenden Fragen geht es darum, WIE STARK Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.**

Antwortmöglichkeiten: 1=überhaupt nicht 2=ein wenig 3=mittelmässig 4=ziemlich 5=äusserst	
3	Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun? <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
4	Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern? <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5

**In den folgenden Fragen geht es darum, WIE STARK Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.**

5	Wie gut können Sie Ihr Leben geniessen? <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
6	Betrachten Sie ihr Leben als sinnvoll? <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
7	Wie gut können Sie sich konzentrieren? <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
8	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben? <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
9	Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet? <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5

**In den folgenden Fragen geht es darum, IN WELCHEM UMFANG Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun.**

Antwortmöglichkeiten: 1=überhaupt nicht 2=eher wenig 3=halbwegs 4=überwiegend 5=völlig	
10	Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben? <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
11	Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren? <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
12	Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können? <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
13	Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen? <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
14	Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten? <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
Antwortmöglichkeiten: 1=sehr schlecht 2=schlecht 3=mittelmässig 4=gut 5=sehr gut	
15	Wie gut können Sie sich fortbewegen? <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5

<b>In den folgenden Fragen geht es darum, wie ZUFRIEDEN, GLÜCKLICH ODER GUT Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.</b>						
Antwortmöglichkeiten: 1=sehr unzufrieden 2=unzufrieden 3=weder zufrieden noch unzufrieden 4=zufrieden 5=sehr zufrieden						
16	Wie zufrieden sind Sie mit ihrem Schlaf?	<input type="radio"/>				
17	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	<input type="radio"/>				
18	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	<input type="radio"/>				
19	Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	<input type="radio"/>				
20	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	<input type="radio"/>				
21	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	<input type="radio"/>				
22	Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	<input type="radio"/>				
23	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	<input type="radio"/>				
24	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	<input type="radio"/>				
25	Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	<input type="radio"/>				

<b>In den folgenden Fragen geht es darum, WIE OFT sich während der vergangenen zwei Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit.</b>						
Antwortmöglichkeiten: 1=überhaupt nicht 2=eher wenig 3=halbwegs 4=überwiegend 5=völlig						
26	Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	<input type="radio"/>				

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschliesslich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer 0, 1, 2 oder 3 an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermassen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

**A**

- 0 Ich bin nicht traurig.
- 1 Ich bin traurig.
- 2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
- 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.

**B**

- 0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
- 1 Ich sehe mutlos in die Zukunft
- 2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
- 3 Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist, und dass die Situation nicht besser werden kann.

**C**

- 0 Ich fühle mich nicht als Versager.
- 1 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu Haben als der Durchschnitt.
- 2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, Sehe ich bloss eine Menge Fehlschläge.
- 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.

**D**

- 0 Ich kann die Dinge genauso geniessen Wie früher.
- 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so Geniessen wie früher.
- 2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
- 3 Ich bin mit allem unzufrieden oder Gelangweilt.

**E**

- 0 Ich habe keine Schuldgefühle.
- 1 Ich habe häufig Schuldgefühle.
- 2 Ich habe fast immer Schuldgefühle.
- 3 Ich habe immer Schuldgefühle.

**F**

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu Sein.
- 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu Werden.
- 2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
- 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.

**G**

- 0 Ich bin nicht von mir enttäuscht.
- 1 Ich bin von mir enttäuscht.
- 2 Ich finde mich fürchterlich.
- 3 Ich hasse mich.

**H**

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu Sein als alle anderen.
- 1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.
- 2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
- 3 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schief geht.

**I**

- 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
- 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
- 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.
- 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte.

**J**

- 0 Ich weine nicht öfter als früher.
- 1 Ich weine jetzt mehr als früher.
- 2 Ich weine jetzt die ganze Zeit.
- 3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.

**K**

- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
- 1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
- 2 Ich fühle mich dauernd gereizt.
- 3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.

**L**

- 0 Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
- 1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
- 2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum grössten Teil verloren.
- 3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.

**M**

- 0 Ich bin so entschlossen wie immer.
- 1 Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.
- 2 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
- 3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen treffen.

**N**

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher.
- 1 Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe.
- 2 Ich habe das Gefühl, dass Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich hässlich machen.
- 3 Ich finde mich hässlich.

**O**

- 0 Ich kann so gut arbeiten wie früher.
- 1 Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
- 2 Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
- 3 Ich bin unfähig zu arbeiten.

**P**

- 0 Ich schlafe so gut wie sonst.
- 1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
- 2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
- 3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.

**Q**

- 0 Ich ermüde nicht stärker als sonst.
- 1 Ich ermüde schneller als früher.
- 2 Fast alles ermüdet mich.
- 3 Ich bin zu müde, um etwas zu tun.

**R**

- 0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
- 1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
- 2 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
- 3 Ich habe überhaupt keine Appetit mehr.

**S**

- 0 Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
- 1 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
- 2 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
- 3 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.

Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen:

Ja  Nein

**T**

- 0 Ich mache mir keine grösseren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
- 1 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
- 2 Ich mache mir so grosse Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass es mir schwer fällt, an etwas anders zu denken.
- 3 Ich mache mir so grosse Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass ich an nichts anderes mehr denken kann.

**U**

- 0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt.
- 1 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.
- 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
- 3 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

\_\_\_ Subtotal Seite 2

\_\_\_ Subtotal Seite 1

---



---

\_\_\_ Summenwert

Bitte lesen Sie die Aussagengruppe und geben Sie die Nummer der Aussage, die am besten zutrifft am Bildschirm ein.

Aussagengruppe A

Anleitung

Antwort 0

Antwort 1

Antwort 2

Antwort 3

The screenshot shows a computer window titled 'BDI'. At the top, there is a blue header bar. Below it, the instruction 'Bitte lesen Sie die Aussagengruppe und geben Sie die Nummer der Aussage, die am besten zutrifft am Bildschirm ein.' is displayed. A large grey rectangular box labeled 'Aussagengruppe A' is positioned on the left side. Below this box is a smaller grey box labeled 'Anleitung'. On the right side, there are four stacked rectangular buttons representing answer options: 'Antwort 0' (bright green), 'Antwort 1' (bright green), 'Antwort 2' (bright green), and 'Antwort 3' (light green).

A-5b: Bildschirmbeispiel eines Items aus dem copyright-geschützten Fragebogen BDI der Klinik SGM.

Allgemeine Angaben zu Ihrer Person: Denken Sie nun bitte an die Zeit zurück, als Sie zwischen 6 und 12 Jahre alt waren. Wie interessant, wichtig oder wahrscheinlich sind für Sie die folgenden Inhalte? Bitte gehen Sie bei dieser und allen weiteren Fragen von Ihrer persönlichen Vorstellung von „Gott“ aus. Wie oft kommen die folgenden Ereignisse und Situationen bei Ihnen vor? Antworten Sie bitte ganz nach Ihrem Gefühl. Menschen können mit Gott sehr unterschiedliche Erfahrungen machen. Wie oft machen Sie folgende Erfahrung? Wie oft erleben Sie Situationen, in den Sie das Gefühl haben, ..Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre Gefühle Gott gegenüber. Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie folgendes Gefühl in Bezug auf Gott haben: Wenn man Leid erfährt, kann man versuchen, dies durch den Glauben an Gott zu bewältigen. Wie ist das bei Ihnen? Wie oft haben Sie, wenn Sie Leid erfahren, die folgenden Gedanken zum Leid? Wenn Sie bei der Bewältigung von Leid nie an Gott denken, dann klicken Sie einfach „nie“ an. Geben Sie bitte an, welche Beziehung Sie zu einer Gemeinde Ihrer Religionsgemeinschaft pflegen .Es folgen Fragen zu Religion, Glaube und Spiritualität. Dabei verstehen wir die Wörter „Religion“, und „religiös“ immer im Sinn von „Glaube“ und „gläubig“. Bitte antworten Sie spontan und ehrlich!

1	Wie alt sind Sie?					
2	Ihr Geschlecht ist:	weiblich		männlich		
3	Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie? z.B. Hauptschule, Realschule, Gymnasium, ...					
4	Welcher Kirche oder Religionsgemeinschaft gehören Sie an? z.B. evangelisch, katholisch, freikirchlich, ...					
5	Sind Sie damals mit Ihrer leiblichen Mutter aufgewachsen?	Ja		nein		
6	Wie oft ging Ihre Mutter mit Ihnen zu Gottesdiensten?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
7	Wie oft betete Ihre Mutter mit Ihnen zusammen?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
8	Wie oft sprach Ihre Mutter mit Ihnen über religiöse Fragen?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
9	Sind Sie damals mit Ihrem leiblichen Vater aufgewachsen?	Ja		nein		
10	Wie oft ging Ihr Vater mit Ihnen zu Gottesdiensten?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
11	Wie oft betete Ihr Vater mit Ihnen zusammen?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
12	Wie oft sprach Ihr Vater mit Ihnen über religiöse Fragen?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
13	Wie sehr interessieren Sie sich dafür, mehr über religiöse Fragen zu erfahren?	Gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
14	Wie wichtig ist für Sie das persönliche Gebet?	Gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
15	Wie wichtig ist für Sie die Frage nach dem Sinn des Lebens?	Gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
16	Wie hoch ist Ihrer Ansicht nach die Wahrscheinlichkeit, dass Gott wirklich existiert und nicht nur eine menschliche Idee ist?	Gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
17	Wie wichtig ist Ihnen die Teilnahme am Gottesdienst?	Gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
18	Wie wichtig ist es für Sie, religiöse Fragen von verschiedenen Seiten aus zu betrachten?	Gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
19	Wie hoch ist Ihrer Ansicht nach die Wahrscheinlichkeit, dass es ein Leben nach dem Tod gibt?	Gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
20	Wie sehr sind Sie in Ihrer Religiosität auf der Suche?	Gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
21	Halten Sie es für wahrscheinlich, dass Menschen nach ihrem Tod in einem anderen Menschen wiedergeboren werden?	Gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
22	Wie oft denken Sie über religiöse Fragen nach?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
23	Wie oft beten Sie?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
24	Wie oft nehmen Sie an Gottesdiensten teil? Auch über Radio und TV	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
25	Wie oft setzen Sie sich kritisch mit religiösem Lehren auseinander, denen sie grundsätzlich zustimmen?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
26	Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, dass Gott Ihnen etwas sagen will?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft

27	Wie oft denken Sie über Leid und Ungerechtigkeiten in der Welt nach?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
28	Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, dass Gott in Ihr Leben eingreift?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
29	Wie oft überdenken Sie einzelne Punkte Ihrer religiösen Einstellungen?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
30	Wie oft praktizieren Sie Meditationstechniken, die in östlichen Religionen z.B. Buddhismus entwickelt wurden?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
31	Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, mit allem Eins zu sein?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
32	Wie oft nehmen Sie an spirituellen Ritualen oder religiösen Handlungen aus nicht-christlichen Traditionen teil?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
33	Vertrauen	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
34	Ehrfurcht	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
35	Furcht – Schrecken	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
36	Freude	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
37	Schuld	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
38	Geborgenheit	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
39	Ärger	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
40	Glück	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
41	Scham	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
42	Hoffnung	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
43	Zorn	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
44	Dankbarkeit	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
45	Versagen	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
46	Verehrung	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
47	Angst	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
48	Befreiung von Schuld	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
<b>Sie haben vorhin eingeschätzt, wie oft bestimmte Ereignisse und Situationen bei Ihnen vorkommen. Bitte sagen Sie uns nun, wie häufig dies in der Regel in Bezug auf Gebet und Gottesdienst ist.</b>						
49	Wie häufig nehmen Sie in der Regel an Gottesdiensten teil – auch über Radio oder Fernsehen?	Nie	höchstens einmal im Jahr	ein paar Mal im Jahr	etwa einmal im Monat	
		alle 14 Tage	etwa einmal in der Woche			mehrmals in der Woche
50	Wie häufig beten Sie in der Regel?	Nie	höchstens einmal im Jahr	ein paar Mal im Jahr	etwa einmal im Monat	alle 14 Tage
		etwa einmal in der Woche	mehrmals in der Woche	etwa einmal am Tag	mehrmals am Tag	
51	Bitte um Unterstützung bei der Lösung eines Problems	nie	selten	Gelegentlich	oft	sehr oft
		Ich bete nie				
52	Unzufriedenheit mit Gott	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
53	Die Richtung für Ihr weiteres Leben	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft

54	Bitte, dass Gott Ihnen eine Belastung abnimmt	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
55	Bitte für andere Menschen	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
56	Eine Strafe, die Sie von Gott befürchten	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
57	Enttäuschung über Gott	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
58	Lob Gottes	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
59	Bitte, dass Gott für Sie ein Problem löst	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
60	Eine Strafe, die Gott Ihnen auferlegt hat	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
61	Eine Entscheidung, die Sie fällen müssen	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
62	Angst, von Gott im Stich gelassen zu werden	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
63	Ärger über Gott	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
64	Dankbarkeit Gott gegenüber	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
65	Angst, dass Gott sich von Ihnen abwendet	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
66	Verehrung Gottes	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
67	Führung durch Gott	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
68	Hadern mit Gott	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
69	Bitte, dass Gott Ihnen hilft, mit einer Situation fertig zu werden	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
70	Bitte um Vergebung	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
71	... dass Gott Ihnen hilft?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
72	... dass Gott Sie bestraft?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
73	... dass Sie vor Gott versagen?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
74	... dass Gott Ihnen vergibt?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
75	... dass Gott Sie im Stich lässt?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
76	... dass Gott Ihr Gebet erhört?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
			Ich bete nie			
77	... dass Gott Ihnen Kraft gibt?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
78	... dass Gott auf Ihr Gebet in irgendeiner Form antwortet?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
			Ich bete nie			
79	... dass Sie vor Gott schuldig werden?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
80	... dass Gott sich von Ihnen abwendet?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
61	... dass Gott Sie von Schuld befreit?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
82	... dass Ihr Gebet etwas bewirkt?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
			Ich bete nie			
83	... dass Gott zu Ihnen barmherzig ist?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
84	... dass Gott alle Schuld von Ihnen nimmt?	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
85	Gehören Sie an Ihrem Wohnort einer Gemeinde Ihrer Religionsgemeinschaft an?	Ja				nein
86	Ich fühle mich in meiner Gemeinde geborgen.	Gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr

87	Ich habe in meiner Gemeinde gute Bekannte.	Gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
88	Wenn ich Hilfe brauche, kann ich auf Unterstützung aus meiner Gemeinde bauen.	Gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
89	In meiner Gemeinde habe ich sehr enge Freunde.	Gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
90	Es gibt in meiner Gemeinde Menschen, mit denen ich gut über persönliche Probleme reden kann.	Gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
91	Leid ist Teil eines grösseren Plans, den Gott für die Welt hat.	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
92	Leid ist eine Strafe Gottes.	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
93	Leid ist eine Aufforderung Gottes, als Mensch zu reifen.	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
94	Im Leid leidet Gott mit uns Menschen.	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
95	Leid ist eine Möglichkeit, Gottes Ruf für andere Menschen da zu sein, zu folgen.	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
96	Leid ist ein Weg zu einer tieferen Beziehung mit Gott.	Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft

## B-1a: Beruf vor Klinikaufnahme

<b>Tätigkeit</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Arbeiter, ohne Lehre	13	5.6
Facharbeiter, mit Lehre	42	18.1
mittlerer Angestellter / Beamter	38	16.4
höherer Angestellter / Beamter	13	5.6
Selbständiger	19	8.2
Schüler / Student	8	3.4
Lehrling	8	3.4
Hausmann	54	23.3
Rentner / Pensionär	16	6.9
ohne Beruf	20	8.6
Gesamt	231	100

## B-1b: Höchste Schulbildung

<b>Höchste Schulbildung</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Primarschule / Oberschule / Realschule	87	37.66
Sekundarschule / Bezirksschule	95	41.13
Matura / Berufsmatura	29	12.55
Sonderschule	4	1.73
noch in der Schule	3	1.30
sonstiger Abschluss	13	5.63
Gesamt	231	100

	Variablen	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	SD	Varianz
Deskriptiv	Sex	231	1	2	1.71	0.46	0.21
	Alter	231	18	85	40.06	12.25	150.03
	Aufenthalt	231	1.86	28.00	9.44	4.12	17.01
	Familienstand	231	0	4	1.07	1.10	1.21
	Mit Partner	231	0	1	0.35	0.48	0.23
	Schulbildung	231	0	6	1.12	1.48	2.18
	Berufsabschluss	231	0	5	2.11	1.56	2.43
	Berufstätigkeit	231	0	9	4.36	2.95	8.71
	Konfession	231	0	5	1.32	1.33	1.77
SCL	Som Prä	231	0	43	12.16	8.09	65.49
	Som Post	231	0	38	7.00	7.27	52.90
	Zwa Prä	231	0	35	14.25	7.52	56.53
	Zwa Post	231	0	32	7.23	6.05	36.63
	US Prä	231	0	36	11.87	7.48	56.01
	US Post	231	0	30	6.17	6.14	37.65
	Dep Prä	231	1	47	22.88	10.68	113.99
	Dep Post	231	0	38	10.21	8.69	75.52
	Äng Prä	231	0	34	12.60	7.58	57.49
	Äng Post	231	0	31	6.28	6.17	38.02
	AF Prä	231	0	22	5.26	4.42	19.57
	AF Post	231	0	18	2.72	3.44	11.80
	Pho Prä	231	0	25	6.29	5.51	30.39
	Pho Post	231	0	23	2.83	3.83	14.64
	Par Prä	231	0	21	5.91	4.55	20.74
	Par Post	231	0	24	3.23	4.00	15.99
	Psy Prä	231	0	31	9.35	6.58	43.32
	Psy Post	231	0	29	4.04	5.11	26.13
	GSI Prä	231	10	261	109.89	51.14	2615.15
	GSI Post	231	2	250	54.70	46.15	2130.20
PSDI Prä	231	1	3.55	1.93	0.54	0.30	
PSDI Post	231	1	3.28	1.39	0.46	0.21	
PST Prä	231	8	89	54.66	15.42	237.74	
PST Post	231	1	88	35.67	20.14	405.63	
ESK	SD Prä	231	13	48	33.83	6.50	42.26
	SD Post	231	16	48	37.04	5.85	34.27
	ST Prä	231	28	84	61.31	12.86	165.37
	ST Post	231	32	84	68.69	10.53	110.88
	F Prä	231	18	66	41.58	10.46	109.51
	F Post	231	21	66	48.80	9.13	83.43
	V Prä	231	16	78	49.56	12.44	154.75
	V Post	231	14	78	58.16	10.67	113.93
	PM Prä	231	47	131	95.13	17.59	309.34
	PM Post	231	50	132	105.73	15.21	231.30
	EM Prä	231	40	144	91.14	21.88	478.63
	EM Post	231	35	143	106.97	19.04	362.42
	GM Prä	231	92	270	186.28	37.66	1418.49
	GM Post	231	86	274	212.70	32.99	1088.61

	Variablen	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	SD	Varianz
EMO- Check Teil 2	AG Prä	231	0	17	7.76	3.21	10.33
	KW Prä	231	0	13	7.16	2.79	7.77
	KL Prä	231	0	16	7.40	3.35	11.22
	VE Prä	231	0	17	6.70	3.38	11.41
	AK Prä	231	0	16	6.45	3.52	12.40
	RZ Prä	231	0	12	4.90	3.14	9.83
	KB Prä	231	0	17	6.83	3.37	11.35
	RE Prä	231	0	15	5.38	3.37	11.36
	AG Post	231	1	16	8.70	2.43	5.93
	KW Post	231	1	14	8.26	2.56	6.55
	KL Post	231	1	18	8.76	2.73	7.47
	VE Post	231	1	17	8.28	2.63	6.92
	AK Post	231	0	18	8.27	2.78	7.70
	RZ Post	231	0	12	7.09	2.80	7.81
	KB Post	231	0	17	8.16	3.01	9.05
	RE Post	231	1	16	7.23	2.83	8.02
	ER Prä	231	3	114	52.59	22.29	496.75
	ER Post	231	15	125	64.75	18.81	353.71
WHOQOL	Phys Prä	220	-18	8	-4.42	4.78	22.85
	Psych Prä	220	-18	3	-8.66	4.31	18.62
	sBez Prä	220	-21	-10	-15.54	2.49	6.18
	Umw Prä	220	-9	13	3.36	4.49	20.16
	WB Prä	220	23	91	54.69	12.65	159.98
	Phys Post	228	-16	10	0.04	5.03	25.34
	Psych Post	228	-17	5	-4.11	4.16	17.33
	sBez Post	228	-21	-10	-14.10	2.32	5.39
	Umw Post	228	-10	15	5.85	4.55	20.69
	WB Post	228	18	99	69.64	14.56	211.90
BDI	BDI-Wert Prä	128	0	42	21.56	9.88	97.52
	BDI-Wert Post	151	0	44	9.79	8.17	66.82
Veränderung	SCL-Diff	231	-186	91	-55.19	50.05	2505.07
	ER Diff	231	-65	80	12.16	21.78	474.49
	ESK Diff	231	-50	156	26.42	31.90	1017.57

Anmerkungen: M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, Stat= Statistik, SE= Standardfehler, Prä= erster Messzeitpunkt, post= zweiter Messzeitpunkt, Som= Somatisierung, Zwa= Zwanghaftigkeit, US= Unsicherheit im Sozialkontakt, Dep= Depressivität, Äng= Ängstlichkeit, AF= Aggressivität und Feindseligkeit, Pho= Phobische Angst, Par= Paranoides Denken, Psy= Psychotizismus, GSI= Psychische Belastung, SD= Selbst-Distanzierung, ST= Selbst-Transzendenz, F= Freiheit, V= Verantwortung, PM= Persönlichkeitsmass, EM= Existentialitätsmass, GM= Gesamtmass Existentialität, AG=Aufmerksamkeit für Gefühle, KW=Körperwahrnehmung von Gefühlen, KL=Klarheit von Gefühlen, VE=Gefühle verstehen, AK=Gefühle akzeptieren können, RS=Resilienz Gefühle tolerieren und aushalten können, KB=Konfrontationsbereitschaft, RE=Subjektive Regulationskompetenz, ER=Gesamtskala Emotionsregulation, Phys= physische Gesundheit, Psych= psychische Gesundheit, sBez= soziale Beziehungen, Umw= Umwelt, Diff= Veränderung.

		Kolmogorov-Smirnov					Shapiro-Wilk			Schiefe		Kurtosis	
Variablen		M	SD	Stat.	df	Sig.	Stat.	df	Sig.	Stat	SE	Stat	SE
Deskriptiv	Sex	1.71	0.46	0.45	231	0.000	0.57	231	0.000	-0.91	0.16	-1.19	0.32
	Alter	40.06	12.24	0.06	231	0.051	0.98	231	0.002	0.14	0.16	-0.24	0.32
	Aufenthalt	9.44	4.12	0.06	231	0.029	0.96	231	0.000	0.73	0.16	1.55	0.32
	Familienstand	1.07	1.1	0.36	231	0.000	0.75	231	0.000	1.32	0.16	0.77	0.32
	Mit Partner	0.35	0.48	0.42	231	0.000	0.60	231	0.000	0.63	0.16	-1.62	0.32
	Schulbildung	1.12	1.48	0.32	231	0.000	0.67	231	0.000	2.2	0.16	4.72	0.32
	Berufsabschluss	2.11	1.56	0.31	231	0.000	0.82	231	0.000	0.67	0.16	-0.98	0.32
	Berufstätigkeit	4.36	2.95	0.20	231	0.000	0.89	231	0.000	0.1	0.16	-0.5	0.32
	Konfession	1.32	1.33	0.24	231	0.000	0.79	231	0.000	0.91	0.16	0.77	0.32
SCL	Som Prä	12.16	8.09	0.08	231	0.000	0.96	231	0.001	0.89	0.16	0.61	0.32
	Som Post	7	7.27	0.16	231	0.000	0.83	231	0.000	1.83	0.16	3.83	0.32
	Zwa Prä	14.25	7.52	0.07	231	0.000	0.98	231	0.053	0.43	0.16	-0.46	0.32
	Zwa Post	7.23	6.05	0.17	231	0.000	0.87	231	0.000	1.53	0.16	2.76	0.32
	US Prä	11.87	7.48	0.12	231	0.000	0.95	231	0.000	0.69	0.16	-0.05	0.32
	US Post	6.17	6.14	0.19	231	0.000	0.84	231	0.000	1.62	0.16	2.66	0.32
	Dep Prä	22.88	10.68	0.08	231	0.000	0.98	231	0.070	0.17	0.16	-0.85	0.32
	Dep Post	10.21	8.69	0.15	231	0.000	0.89	231	0.000	1.23	0.16	1.05	0.32
	Äng	12.6	7.58	0.08	231	0.000	0.97	231	0.012	0.58	0.16	-0.26	0.32
	Äng Post	6.28	6.17	0.18	231	0.000	0.86	231	0.000	1.67	0.16	2.77	0.32
	AF	5.26	4.42	0.15	231	0.000	0.93	231	0.000	1.07	0.16	0.84	0.32
	AF Post	2.72	3.44	0.25	231	0.000	0.78	231	0.000	2.16	0.16	5.1	0.32
	Pho	6.29	5.51	0.12	231	0.000	0.93	231	0.000	1	0.16	0.47	0.32
	Pho Post	2.83	3.83	0.21	231	0.000	0.82	231	0.000	2.16	0.16	5.6	0.32
	Par	5.91	0.455	0.19	231	0.000	0.90	231	0.000	1.08	0.16	0.95	0.32
	Par Post	3.23	4	0.24	231	0.000	0.77	231	0.000	2.03	0.16	4.86	0.32
	Psy	9.35	6.58	0.13	231	0.000	0.93	231	0.000	0.97	0.16	0.66	0.32
	Psy Post	4.04	5.11	0.22	231	0.000	0.75	231	0.000	2.32	0.16	6.27	0.32
	GSI	109.9	51.14	0.08	231	0.000	0.98	231	0.102	0.46	0.16	-0.29	0.32
	GSI Post	54.7	46.15	0.16	231	0.000	0.87	231	0.000	1.51	0.16	2.11	0.32
PSDI	1.93	0.54	0.08	231	0.000	0.98	231	0.024	0.42	0.16	-0.59	0.32	
PSDI Post	1.39	0.46	0.21	231	0.000	0.80	231	0.000	1.67	0.16	2.34	0.32	
PST	54.66	15.42	0.06	231	0.000	0.99	231	0.438	-0.26	0.16	-0.13	0.32	
PST Post	35.67	20.14	0.10	231	0.000	0.96	231	0.002	0.45	0.16	-0.5	0.32	
ESK	SD Prä	33.83	6.5	0.06	231	0.000	0.99	231	0.354	-0.28	0.16	0.01	0.32
	SD Post	37.04	5.85	0.10	231	0.000	0.95	231	0.000	-0.62	0.16	0.52	0.32
	ST Prä	61.31	12.86	0.07	231	0.000	0.97	231	0.007	-0.38	0.16	-0.44	0.32
	ST Post	68.69	10.53	0.08	231	0.000	0.94	231	0.000	-0.93	0.16	0.116	0.32
	F Prä	41.58	10.46	0.07	231	0.000	0.98	231	0.112	-0.05	0.16	-0.66	0.32
	F Post	48.8	9.13	0.09	231	0.000	0.98	231	0.038	-0.5	0.16	-0.05	0.32
	V Prä	49.56	12.44	0.08	231	0.000	0.98	231	0.066	-0.38	0.16	-0.27	0.32
	V Post	58.16	10.67	0.09	231	0.000	0.96	231	0.003	-0.67	0.16	0.64	0.32
	PM Prä	95.13	17.59	0.08	231	0.000	0.98	231	0.045	-0.34	0.16	-0.41	0.32
	PM Post	105.7	15.21	0.08	231	0.000	0.94	231	0.000	-0.86	0.16	1.17	0.32
	EM Prä	91.14	21.88	0.07	231	0.000	0.99	231	0.273	-0.18	0.16	-0.5	0.32
	EM Post	107	19.04	0.08	231	0.000	0.97	231	0.012	-0.61	0.16	0.33	0.32
	GM Prä	186.3	37.66	0.07	231	0.000	0.98	231	0.111	-0.23	0.16	-0.44	0.32
	GM Post	212.7	32.99	0.08	231	0.000	0.96	231	0.002	-0.72	0.16	0.72	0.32

	Variablen			Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Schiefe		Kurtosis	
		M	SD	Stat.	df	Sig.	Stat.	df	Sig.	Stat.	SE	Stat.	SE
EMO- Check Teil 2	AG Prä	7.76	3.21	0.09	231	0.000	0.98	231	0.001	0.4	0.16	0.42	0.32
	KW Prä	7.16	2.79	0.09	231	0.000	0.98	231	0.001	-0.11	0.16	-0.3	0.32
	KL Prä	7.4	3.35	0.10	231	0.000	0.98	231	0.002	0.33	0.16	0.04	0.32
	VE Prä	6.7	3.38	0.12	231	0.000	0.96	231	0.000	0.53	0.16	0.3	0.32
	AK Prä	6.45	3.52	0.14	231	0.000	0.96	231	0.000	0.58	0.16	0	0.32
	RZ Prä	4.9	3.14	0.10	231	0.000	0.96	231	0.000	0.21	0.16	-0.74	0.32
	KB Prä	6.83	3.37	0.11	231	0.000	0.97	231	0.000	0.41	0.16	-0.05	0.32
	RE Prä	5.38	3.37	0.12	231	0.000	0.96	231	0.000	0.51	0.16	-0.31	0.32
	AG Post	8.7	2.43	0.14	231	0.000	0.97	231	0.000	-0.02	0.16	0.86	0.32
	KW Post	8.26	2.56	0.16	231	0.000	0.97	231	0.000	-0.43	0.16	-0.26	0.32
	KL Post	8.76	2.73	0.11	231	0.000	0.97	231	0.000	0.11	0.16	0.97	0.32
	VE Post	8.28	2.63	0.13	231	0.000	0.98	231	0.001	0.14	0.16	0.61	0.32
	AK Post	8.27	2.78	0.11	231	0.000	0.98	231	0.003	0.05	0.16	0.6	0.32
	RZ Post	7.09	2.8	0.10	231	0.000	0.97	231	0.000	-0.32	0.16	-0.4	0.32
	KB Post	8.16	3.01	0.12	231	0.000	0.97	231	0.000	0	0.16	0.76	0.32
	RE Post	7.23	2.83	0.10	231	0.000	0.98	231	0.003	0.2	0.16	0.16	0.32
	ER Prä	52.59	22.29	0.10	231	0.000	0.96	231	0.000	0.67	0.16	0.24	0.32
	ER Post	64.75	18.81	0.06	231	0.043	0.99	231	0.188	0.05	0.16	0.46	0.32
WHOQOL	Phys Prä	-4.42	4.78	0.06	220	0.039	0.99	220	0.186	-0.22	0.16	0.14	0.33
	Psych Prä	-0.87	4.31	0.07	220	0.023	0.99	220	0.023	0.03	0.16	-0.6	0.33
	sBez Prä	-15.5	2.49	0.09	220	0.001	0.97	220	0.000	-0.02	0.16	-0.67	0.33
	Umw Prä	3.36	4.49	0.09	220	0.000	0.99	220	0.028	-0.1	0.16	-0.5	0.33
	WB Prä	54.69	12.65	0.05	220	0.200	0.99	220	0.526	0.14	0.16	0	0.33
	Phys Post	0.04	5.03	0.11	228	0.000	0.96	228	0.000	-0.68	0.16	0.21	0.32
	Psych Post	-4.11	4.16	0.12	228	0.000	0.96	228	0.000	-0.57	0.16	-0.11	0.32
	sBez Post	-14.1	2.32	0.15	228	0.000	0.96	228	0.000	-0.47	0.16	0.07	0.32
	Umw Post	5.85	4.55	0.07	228	0.014	0.98	228	0.001	-0.43	0.16	0.52	0.32
	WB Post	69.64	14.56	0.06	228	0.043	0.98	228	0.008	-0.47	0.16	0.09	0.32
BDI	BDI-Wert Prä	21.56	9.88	0.08	128	0.064	0.98	128	0.055	0.12	0.21	-0.73	0.43
	BDI-Wert Post	9.79	8.17	0.14	151	0.000	0.89	151	0.000	1.35	0.2	2.16	0.39
Verände- rung	SCL-Diff	-55.2	50.05	0.08	231	0.002	0.98	231	0.013	-0.23	0.16	-0.03	0.32
	ER Diff	12.16	21.78	0.05	231	0.200	0.99	231	0.027	-0.02	0.16	0.91	0.32
	ESK Diff	26.42	31.9	0.10	231	0.000	0.95	231	0.000	0.92	0.16	1.58	0.32

Anmerkungen: M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, Stat= Statistik df= Freiheitsgrade, Sig= Signifikanz, SE= Standardfehler, Som= Somatisierung, Zwa= Zwanghaftigkeit, US= Unsicherheit im Sozialkontakt, Dep= Depressivität, Äng= Ängstlichkeit, AF= Aggressivität und Feindseligkeit, Pho= Phobische Angst, Par= Paranoides Denken, Psy= Psychotizismus, GSI= Psychische Belastung, AG=Aufmerksamkeit für Gefühle, KW=Körperwahrnehmung von Gefühlen, KL=Klarheit von Gefühlen, VE=Gefühle verstehen, AK=Gefühle akzeptieren können, RS=Resilienz Gefühle tolerieren und aushalten können, KB=Konfrontationsbereitschaft, RE=Subjektive Regulationskompetenz, ER=Gesamtskala Emotionsregulation, SD= Selbst-Distanzierung, ST= Selbst-Transzendenz, F= Freiheit, V= Verantwortung, PM= Personalitätsmass, EM= Existentialitätsmass, GM= Gesamtmasse Existentialität, Phys= physische Gesundheit, Psych= psychische Gesundheit, sBez= soziale Beziehungen, Umw= Umwelt

D-1a: Korrelationen zwischen SCL-Skalen und den Existentialitätsskalen, mit und ohne Kontrollvariablen

SCL-Skalen	SD	ST	F	V	PM	EM	GM
<i>Som</i>	-0.13 (-.15)	-.22** (-.21)	-.24** (-.23)	-.25** (-.25)	-.21** (-.21)	-.26** (-.25)	-.24** (-.24)
<i>Zwa</i>	-.33** (-.35)	-.51** (-.51)	-.52** (-.52)	-.49** (-.50)	-.50** (-.50)	-.53** (-.53)	-.54** (-.55)
<i>US</i>	-.42** (-.43)	-.60** (-.58)	-.61** (-.60)	-.57** (-.55)	-.59** (-.58)	-.61** (-.60)	-.63** (-.62)
<i>Dep</i>	-.31** (-.32)	-.54** (-.53)	-.59** (-.59)	-.51** (-.50)	-.51** (-.51)	-.57** (-.57)	-.57** (-.57)
<i>Äng</i>	-.31** (-.32)	-.34** (-.33)	-.44** (-.43)	-.44** (-.43)	-.36** (-.36)	-.46** (-.45)	-.44** (-.43)
<i>AF</i>	-.31** (-.30)	-.37** (-.35)	-.41** (-.38)	-.49** (-.45)	-.38** (-.36)	-.48** (-.44)	-.45** (-.43)
<i>Pho</i>	-.34** (-.34)	-.30** (-.28)	-.37** (-.35)	-.36** (-.33)	-.34** (-.33)	-.38** (-.36)	-.38** (-.36)
<i>Par</i>	-.39** (-.38)	-.39** (-.39)	-.44** (-.42)	-.53** (-.55)	-.43** (-.42)	-.50** (-.49)	-.49** (-.48)
<i>Psy</i>	-.47** (-.46)	-.51** (-.51)	-.53** (-.52)	-.55** (-.55)	-.55** (-.54)	-.56** (-.56)	-.58** (-.58)
<i>GSI</i>	-.41** (-.42)	-.56** (-.54)	-.61** (-.59)	-.59** (-.58)	-.56** (-.55)	-.62** (-.61)	-.62** (-.61)

Anm.: \*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 2-seitig signifikant. Som= Somatisierung, Zwa= Zwanghaftigkeit, US= Unsicherheit im Sozialkontakt, Dep= Depressivität, Äng= Ängstlichkeit, AF= Aggressivität und Feindseligkeit, Pho= Phobische Angst, Par= Paranoides Denken, Psy= Psychotizismus, GSI= Psychische Belastung, SD= Selbst-Distanzierung, ST= Selbst-Transzendenz, F= Freiheit, V= Verantwortung, PM= Persönlichkeitsmass, EM= Existentialitätsmass, GM= Gesamtmass Existentialität. Korrelationen in Klammer= Partialkorrelationen mit Kontrolle des Alters, Geschlecht und Schulbildung.

D-1b: Zusammenhang Existentialität und Emotionsregulation

Skalen	SD	KV	ST	KV	F	KV	V	KV	PM	KV	EM	KV	GM	KV
<i>I7</i>	0.18	0.20	<u>0.38</u>	0.38	0.34	0.34	.34**	0.25	.29**	0.35	.29**	0.30	.33**	0.34
<i>KW</i>	0.22	0.23	<u>0.43</u>	0.43	.40**	0.41	.40**	0.29	.35**	0.40	.35**	0.36	.39**	0.40
<i>KL</i>	0.24	0.26	<u>0.43</u>	0.43	.43**	0.43	.40**	0.33	.39**	0.41	.39**	0.40	.42**	0.42
<i>VE</i>	0.24	0.24	0.39	0.39	<u>.42**</u>	0.43	.38**	0.32	.38**	0.38	.38**	0.38	.40**	0.40
<i>AK</i>	<b>0.28</b>	0.31	0.43	0.44	.45**	0.46	.42**	0.41	.43**	0.43	.43**	0.46	<u>.49**</u>	0.47
<i>RZ</i>	0.21	0.24	0.40	0.40	<u>.43**</u>	0.45	.37**	0.38	.41**	0.38	.41**	0.43	.41**	0.43
<i>KB</i>	0.21	0.23	0.37	0.36	<u>.39**</u>	0.4	.34**	0.31	.36**	0.35	.36**	0.37	.37**	0.37
<i>RE</i>	0.26	0.29	0.40	0.40	<u>.43**</u>	0.44	.39**	0.34	.38**	0.4	.38**	0.40	.40**	0.42
<i>ER</i>	0.27	0.30	<b>0.47</b>	0.47	<u>.48**</u>	0.49	<u>.45**</u>	0.39	<b>.44**</b>	<b>0.45</b>	<b>.44**</b>	0.46	<b>.46**</b>	0.48

Anm.: Alle Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,01 2-seitig signifikant. AG=Aufmerksamkeit für Gefühle, KW=Körperwahrnehmung von Gefühlen, KL=Klarheit von Gefühlen, VE=Gefühle verstehen, AK=Gefühle akzeptieren können, RS=Resilienz Gefühle tolerieren und aushalten können, KB=Konfrontationsbereitschaft, RE=Subjektive Regulationskompetenz, ER=Gesamtskala Emotionsregulation, SD= Selbst-Distanzierung, ST= Selbst-Transzendenz, F= Freiheit, V= Verantwortung, PM= Persönlichkeitsmass, EM= Existentialitätsmass, GM= Gesamtmass Existentialität. KV= Partialkorrelationen mit Kontrolle des Alters, Geschlecht und Schulbildung.

D-1c: Korrelationen zwischen PM, EM und GM und Depressionsmassen

Existentialitätsmass	Depressivität SCL	BDI-Wert
PM	<b>-.57**</b>	<b>-.65**</b>
EM	<b>-.57**</b>	<b>-.65**</b>
GM	<b>-.57**</b>	<b>-.66**</b>

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 2-seitig signifikant.

Anmerkung: PM: Persönlichkeitsmass, EM: Existentialitätsmass, GM: Gesamtmass der Existentialität

D-1d: Korrelationen SCL und WHO mit Emo-Check

	ER	AG	KW	KL	VE	AK	RZ	KB	RE
Som	-0.1	-0.01	0.01	-0.08	-0.06	-0.08	<b>-.19**</b>	<b>-.19**</b>	-0.06
Zwa	<b>-.37**</b>	<b>-.22**</b>	<b>-.29**</b>	<b>-.31**</b>	<b>-.26**</b>	<b>-.33**</b>	<b>-.38**</b>	<b>-.38**</b>	<b>-.35**</b>
US	<b>-.32**</b>	<b>-.20**</b>	<b>-.25**</b>	<b>-.32**</b>	<b>-.27**</b>	<b>-.28**</b>	<b>-.32**</b>	<b>-.28**</b>	<b>-.28**</b>
Dep	<b>-.40**</b>	<b>-.21**</b>	<b>-.29**</b>	<b>-.29**</b>	<b>-.26**</b>	<b>-.35**</b>	<b>-.51**</b>	<b>-.40**</b>	<b>-.41**</b>
Ang	<b>-.28**</b>	-0.07	-0.1	<b>-.19**</b>	<b>-.20**</b>	<b>-.31**</b>	<b>-.42**</b>	<b>-.33**</b>	<b>-.30**</b>
AF	<b>-.22**</b>	-0.11	-0.09	-0.12	<b>-.14*</b>	<b>-.29**</b>	<b>-.30**</b>	<b>-.23**</b>	<b>-.17**</b>
Pho	<b>-.22**</b>	-0.07	-0.11	<b>-.18**</b>	<b>-.18**</b>	<b>-.24**</b>	<b>-.28**</b>	<b>-.27**</b>	<b>-.18**</b>
Par	<b>-.21**</b>	-0.08	-0.11	<b>-.17*</b>	<b>-.16*</b>	<b>-.24**</b>	<b>-.26**</b>	<b>-.22**</b>	<b>-.19**</b>
Psy	<b>-.23**</b>	-0.06	<b>-.14*</b>	<b>-.19**</b>	<b>-.20**</b>	<b>-.28**</b>	<b>-.28**</b>	<b>-.24**</b>	<b>-.20**</b>
GB	<b>-.35**</b>	<b>-.15*</b>	<b>-.21**</b>	<b>-.28**</b>	<b>-.25**</b>	<b>-.35**</b>	<b>-.45**</b>	<b>-.38**</b>	<b>-.33**</b>
Phys	<b>.22**</b>	0.11	0.09	<b>.17*</b>	<b>.15*</b>	<b>.16*</b>	<b>.31**</b>	<b>.30**</b>	<b>.22**</b>
Psych	<b>.46**</b>	<b>.29**</b>	<b>.34**</b>	<b>.39**</b>	<b>.37**</b>	<b>.41**</b>	<b>.49**</b>	<b>.42**</b>	<b>.44**</b>
sBez	<b>.18**</b>	0.12	<b>.17*</b>	<b>.17*</b>	<b>.15*</b>	<b>.20**</b>	0.13	<b>.15*</b>	<b>.16*</b>
Um	<b>.31**</b>	<b>.21**</b>	<b>.29**</b>	<b>.27**</b>	<b>.26**</b>	<b>.26**</b>	<b>.26**</b>	<b>.31**</b>	<b>.29**</b>
WB	<b>.41**</b>	<b>.24**</b>	<b>.29**</b>	<b>.34**</b>	<b>.32**</b>	<b>.35**</b>	<b>.43**</b>	<b>.41**</b>	<b>.39**</b>

Anm.: \*\*= die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 2-seitig signifikant. Som= Somatisierung, Zwa= Zwanghaftigkeit, US= Unsicherheit im Sozialkontakt, Dep= Depressivität, Ang= Ängstlichkeit, AF= Aggressivität und Feindseligkeit, Pho= Phobische Angst, Par= Paranoides Denken, Psy= Psychotizismus, GSI= Psychische Belastung, Phys= physische Gesundheit, Psych= psychische Gesundheit, sBez= soziale Beziehungen, Umw= Umwelt, AG=Aufmerksamkeit für Gefühle, KW=Körperwahrnehmung von Gefühlen, KL=Klarheit von Gefühlen, VE=Gefühle verstehen, AK=Gefühle akzeptieren können, RS=Resilienz Gefühle tolerieren & aushalten können, KB=Konfrontationsbereitschaft, RE=Subjektive Regulationskompetenz, ER=Gesamtskala Emotionsregulation.

D-1e: Skaleninterkorrelation Emo-Check Teil 2

	ER	AG	KW	KL	VE	AK	RZ	KB	RE
AG	<b>.83**</b>								
KW	<b>.80**</b>	<b>.71**</b>							
KL	<b>.87**</b>	<b>.73**</b>	<b>.76**</b>						
VE	<b>.89**</b>	<b>.70**</b>	<b>.71**</b>	<b>.81**</b>					
AK	<b>.89**</b>	<b>.72**</b>	<b>.70**</b>	<b>.72**</b>	<b>.75**</b>				
RZ	<b>.81**</b>	<b>.53**</b>	<b>.50**</b>	<b>.58**</b>	<b>.65**</b>	<b>.73**</b>			
KB	<b>.84**</b>	<b>.60**</b>	<b>.55**</b>	<b>.64**</b>	<b>.69**</b>	<b>.70**</b>	<b>.76**</b>		
RE	<b>.88**</b>	<b>.66**</b>	<b>.61**</b>	<b>.67**</b>	<b>.74**</b>	<b>.73**</b>	<b>.77**</b>	<b>.76**</b>	

Anm.: \*\*= Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 2-seitig signifikant. AG=Aufmerksamkeit für Gefühle, KW=Körperwahrnehmung von Gefühlen, KL=Klarheit von Gefühlen, VE=Gefühle verstehen, AK=Gefühle akzeptieren können, RS=Resilienz Gefühle tolerieren und aushalten können, KB=Konfrontationsbereitschaft, RE=Subjektive Regulationskompetenz, ER=Gesamtskala Emotionsregulation

D-2a: Korrelationen zwischen den ESK-Skalen und RST religiösen Gewohnheiten/Glauben /Spiritualität

SKALEN	SD	ST	F	V	PM	EM	GM
<i>In</i>	0.07	.15*	-0.01	0.03	.14*	0.01	0.07
<i>Id</i>	.17*	0.07	0.02	0.12	0.17	0.08	0.10
<i>Er</i>	0.02	.24**	.13*	0.04	.18**	0.09	.14*
<i>Geb</i>	.15*	.22**	0.13	.15*	.22**	.15*	.19**
<i>Go</i>	0.05	0.09	-0.02	0.00	0.08	-0.01	0.03
<i>Ze</i>	0.12	.21**	0.07	0.08	.20**	0.08	.14*
<i>NF</i>	-0.06	0.08	.14*	0.02	0.04	0.08	0.06
<i>RR</i>	0.11	.13*	0.04	0.04	.14*	0.04	0.09
<i>RS</i>	0.06	0.07	-0.00	0.00	0.07	0.00	0.03
<i>PG</i>	.27**	.49**	.41**	.30**	.46**	.37**	.43**
<i>NG</i>	-.35**	-.38**	-.43**	-.45**	-.40**	-.46**	-.46**
<i>Gebo</i>	.26**	.50**	.44**	.31**	.46**	.39**	.44**
<i>Da</i>	.23**	.45**	.33**	.25**	.41**	.30**	.37**
<i>Veh</i>	.24**	.37**	.24**	.19**	.36**	.22**	.30**
<i>Veg</i>	.22**	.32**	.31**	.22**	.31**	.27**	.30**
<i>Sc</i>	-.27**	-.37**	-.48**	-.42**	-.37**	-.47**	-.45**
<i>Ha</i>	-.22**	-.28**	-.25**	-.26**	-.29**	-.27**	-.29**
<i>An</i>	-.36**	-.46**	-.45**	-.41**	-.47**	-.45**	-.48**
<i>HGk</i>	0.07	.16*	0.04	0.08	.15*	0.07	0.11
<i>HGp</i>	-0.12	-0.07	-0.12	-0.11	-0.10	-0.12	-0.12
<i>GF</i>	0.09	.19**	0.04	0.10	.17*	0.07	0.12
<i>EHG</i>	.23**	.33**	.27**	.22**	.33**	.25**	.30**
<i>Ger</i>	.14*	.38**	.22**	.16*	.33**	.20**	.27**
<i>GTH</i>	.18**	.40**	.26**	.19**	.36**	.23**	.30**
<i>Rgsoz</i>	0.12	0.13	.15*	.15*	0.14	.16*	.15*
<i>Pl</i>	0.05	.17**	.14*	0.08	.15*	0.11	.13*
<i>St</i>	-.17*	-.17**	-0.12	-0.10	-.19**	-0.11	-.15*
<i>Re</i>	0.05	.16*	0.10	0.10	.14*	0.10	0.12
<i>Glm</i>	.18**	.28**	.18**	.15*	.27**	.17*	.23**
<i>Ru</i>	-0.02	.20**	.16*	0.07	.14*	0.12	.13*
<i>Gb</i>	0.09	.19**	0.11	0.06	.17**	0.09	0.13

Anm.: \*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 2-seitig signifikant. \* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 2-seitig signifikant. Grösse der Stichprobe: N=229. In: Interesse, Id: Ideologie, Er: Erfahrung, Geb: Gebet, Go: Gottesdienst, Ze: Zentralität, NF: Neureligiöse Frömmigkeit, RR: Religiöse Reflexivität, RS: Religiöse Suche, PG: Positive Gefühle gegenüber Gott, NG: Negative Gefühle gegenüber Gott, Gebo: Geborgenheit, Da: Dank, Ve: Verehrung, Veg: Vergebung, Sc: Schuld, Ha: Hader, An: Angst, HGk: Hilfe Gottes kollaborativ, Hgp: Hilfe Gottes kollaborativ, GF: Gottes Führung, GTH: Gebet Thema Hilfe, EHG: Erfahrung Hilfe Gottes, Ger: Gebetserhörung, Gsoz: Gemeinschaft als soziale Hilfe, Pl: Plan, St: Strafe, Re: Reifung, Glm: Gott leidet mit, Ru: Ruf, Gb: Gottesbeziehung, SD= Selbst-Distanzierung, ST= Selbst-Transzendenz, F= Freiheit, V= Verantwortung, PM= Personalitätsmass, EM= Existentialitätsmass, GM= Gesamtmass Existentialität.

## D-3a: T-Test für gepaarte Stichproben

	M	SD	SE	T	df	Signifikanz
ER e - ER x	-12.16	21.78	1.43	-8.49	230	0.000
GM e - GM x	-26.42	31.9	2.10	-12.59	230	0.000
GSIe - GSIx	55.12	50.05	3.29	16.761	230	0.000

Anm: ER= Emotionsregulationsgesamtskala, GM= Existentialitätsgesamtskala  
GSI=Psychische Gesamtbelastung, e= Eintritt, x= Austritt

## D-3b: Levenes-Statistik

	Levene-Statistik	df 1	df 2	Signifikanz
GM-GSIe	1.77	2	178	0.174
GM-WBe	4.75	2	169	0.010
GM-sBez e	0.70	2	169	0.496
ER-GSIe	0.24	2	178	0.784
GM-Ere	1.05	2	178	0.351
GMe-GSIx	4.72	2	178	0.010
GMe-WBx	1.06	2	175	0.349
GMe-sBez x	2.45	2	175	0.089
ERe-GSIx	6.92	2	177	0.010
GMe-Erx	2.35	2	178	0.099
GMdiff-GSIx	11.22	2	178	0.000
GMdiff-WBx	0.98	2	168	0.377
Gmdiff-s Bez x	1.12	2	168	0.328
ERdiff -GSIx	3.36	2	182	0.037
GMdiff-ERx	0.70	2	178	0.500

Anm: GM= Gesamtmass Existentialität, GSI= Global Severity Index, WB= Wohlbefinden, sBez= soziale Beziehungen, ER= Gesamtmass Emotionsregulation, e= bei Eintritt, x= bei Austritt, diff= Veränderung

## D-3c: Subgruppenunterschiede bezüglich Alter, Geschlecht &amp; Aufenthaltsdauer

		Existentialitäts-Subgruppen			Emotionsregulations-Subgruppen		
		Gruppe			Gruppe		
		H	Gruppe M	Gruppe T	Gruppe H	Gruppe M	Gruppe T
		N=57	N=65	N=59	N=60	N=66	N=59
Geschlecht	m	26.30%	35.40%	30.50%	26.30%	25.00%	42.40%
	w	73.70%	64.60%	69.50%	73.70%	75.00%	57.60%
Alter	M	36.28	41.68	43.32	38.87	41.84	40.48
	SD	11	18.84	11.67	11.46	12.89	12.02
Aufenthalts-wochen	M	10.26	8.56	8.5	10.46	9.5	8.56
	SD	3.4	4.3	4.3	4.4	3.3	3.98

Anm: m= Männer, w= Frauen, H= hohe Veränderung, M= mittlere Veränderung, T= tiefe Veränderung

## D-3d: Varianzanalyse für Existentialität bei Austritt mit der Emotionsregulationsveränderung

	QS	df	MQ	F	Signifikanz	$\eta^2$
Zwischen den Gruppen	3365.84	2	1682.92	1.49	0.229	0.02
Innerhalb der Gruppen	206138.25	182	1132.63			
Gesamt	209504.09	184				

D-4a: Multiple Regression auf das Kriterium soziale Beziehungen post

Prädiktoren	B	SE	$\beta$
Konstante	-18.60	1.49	
Geschlecht	0.28	0.31	0.06
Alter	-0.01	0.01	-0.07
Aufenthaltswochen	-0.06	0.04	-0.10
Psychische Belastung (GSIe)	-0.01	0.00	-0.12
ESKDiff	0.04	0.01	0.50***
ERDiff	-0.01	0.01	-0.06
Gesamtwert ESK e	0.03	0.01	0.44***
Gesamtwert ER e	-0.01	0.01	-0.06

Anmerkungen:  $R = .48$ ,  $R^2 = .23$ ,  $\Delta R^2 = .20$ . Signifikanzniveaus =  $p > .01$ . \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

ESKDiff = Veränderung der Existentialität, ERDiff = Veränderung der Emotionsregulation, ESK = Existentialität, ER = Emotionsregulation.