

# Universität Bremen Fachbereich 11: Human- und Geisteswissenschaften Studiengang Klinische Psychologie M.Sc.

# Selbsthilfegruppen: Haben der Besuch einer Selbsthilfegruppe und Persönlichkeitsmerkmale Auswirkungen auf Selbstwirksamkeitserwartungen?

#### Masterarbeit

Von

Martin Gild, B.Sc.,

geboren am 08.11.1988 in Kassel wohnhaft in Ostwaldstrasse 9; 28357 Bremen

> Matrikelnummer: 2917630 E-Mail: martingild@gmx.de

Erstgutachter: PD Dr. Monika Daseking Zweitgutachter: PD Dr. Axel Kobelt

Eingereicht am: 22.08.2014

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	i
Abstract	ii
1 Theoretischer Hintergrund	7
1.1 Einleitung	7
1.2 SHG in Deutschland	10
1.2.1 Selbsthilfe-Kontaktstellen, NAKOS und die DAG SHG e.V	13
1.3 SHG im Bereich psychischer Störungen und psychosozialer Probleme in	
Bremen	13
1.4 Wirksamkeit von SHG.	14
1.5 Wirkmechanismen in SHG	17
1.6 Konzept der Selbstwirksamkeit	20
1.6.1 Quellen der Selbstwirksamkeitserwartung	21
1.7 Zusammenhang von Persönlichkeit und Selbstwirksamkeit	25
1.8 Vergleich der MPT-Skalen und den Big-5	31
1.9 Zusammenfassung und Hypothesen	32
1.10 Versorgungsstudie	36
2 Methoden	39
2.1 Design	39
2.2 Instrumente	41
2.2.1 MPT	41
2.2.2 Skalen SWE	41
2.3 Statistische Auswertung	42
3 Ergebnisse	44
3.1 Deskriptive Analyse	44
3.2 Versorgung	45
3.3 Faktorenanalyse	46
3.4 Missing Values	47

3.5 Subjektiver Nutzen des Besuchs der SHG	.9
3.6 Einstichproben-t-Tests Selbstwirksamkeitssteigerung	.9
3.7 Einstichproben-t-Tests MPT-Persönlichkeitsdimensionen	1
3.8 Korrelationen MPT- SWE	4
3.9 Regressionen5	8
4 Diskussion6	51
4.1 Selbstwirksamkeit	51
4.2 Persönlichkeit6	i4
4.3 Zusammenhang von Persönlichkeit und Selbstwirksamkeit	7
4.4 Grenzen der Betrachtung	O
4.5 Versorgungsstudie	0
4.6 Fazit	<b>'1</b>
5 Literaturverzeichnis	<b>'</b> 4
6 Anhang8	<b>31</b>
6.1 Explorative Datenanalyse	<b>31</b>
6.2 Fragebogen9	1
7 Eidesstattliche Erklärung	16
Tabellenverzeichnis	
Tabelle 1: Korrelationen MPT-SFT-Skalen	32
Tabelle 2: Aufbau des Fragebogens	40
Tabelle 3: Faktorenstruktur SWE-Skalen	48
Tabelle 4: Einstichproben-t-Tests für Selbstwirksamkeitserwartungen	49
Tabelle 5: Einstichproben-t-Tests: MPT Stichprobe vs. Normstichprobe	52
Tabelle 6: Korrelationen Skalen MPT-Skalen SWE	57
Tabelle 7: Regressionsmodelle SWE-Skalen	60

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirkmechanismen in SHG nach Borgetto (2007)	19
Abbildung 2: Vereinfachte Darstellung der sozial-kogn. Theorie	20

#### Zusammenfassung

N=81 (40 Frauen) Teilnehmer/-innen von Selbsthilfegruppen (SHG) in Bremen, die sich mit psychologischen oder psychosozialen Themen beschäftigten, wurden mithilfe eines retrospektiven Fragebogendesigns hinsichtlich ihrer subjektiven Selbstwirksamkeitssteigerung durch den SHG-Besuch sowie ihres Persönlichkeitsprofils befragt. Der zweite Teil des Fragebogens diente der Erfassung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage. Die Teilnehmer/-innen waren zwischen 23 und 73 Jahren alt (M=54.5). Überlegungen zur sozial-kognitiven Theorie von Bandura (1978; 1997) und einem von Borgetto (2007) vorgeschlagenen Modell zu den Wirkmechanismen in Selbsthilfegruppen wie bereichsspezifische führen zu einer Darstellung, Selbstwirksamkeitserwartungen durch Selbsthilfe gesteigert werden können. Des Weiteren werden aufgrund der zu erwartenden Selektionsprozesse in SHG Überlegungen zu einem bestimmten Persönlichkeitsprofil SHG-Teilnehmern/-innen angeführt. Der von Zusammenhang von Persönlichkeit und Selbstwirksamkeit über selbstregulative Prozesse wird erläutert. Die Teilnehmer/-innen berichteten eine signifikante Steigerung ihrer Selbstwirksamkeitserwartungen durch den Besuch der Selbsthilfegruppe. Vor allem Frustrationstoleranz und Neurotizismus zeigten signifikante Zusammenhänge bereichsspezifischen Selbstwirksamkeitsveränderungen. Neben diesen Persönlichkeitsmerkmalen wurde auch der subjektive Nutzen des Besuchs der SHG als wichtiger Faktor identifiziert. Die Teilnehmer/-innen wiesen im Vergleich zur Normstichprobe auf den Persönlichkeitsdimensionen des Münchner Persönlichkeitstests (MPT; von Zerssen & Petermann, 2012a) höhere Werte bei Neurotizismus, Isolationstendenz und Normorientierung sowie niedrigere Werte bei Rigidität und Frustrationstoleranz auf. Vor allem eine höhere Normorientierung wird als wichtig für die langfristige Teilnahme an einer SHG angesehen. Esoterische Neigungen und Extraversion wiesen in der globalen Betrachtung keine signifikanten Unterschiede zur Normstichprobe auf. Im zweiten Teil der Studie wurden die Teilnehmer/-innen zur psychotherapeutischen Versorgungslage befragt und die Ergebnisse mit denen der BPtK-Studie (2011), in der ambulante Psychotherapeuten befragt wurden, verglichen. Die Implikationen der Studie werden in der Diskussion dargestellt und aufgrund der methodischen Schwächen der Studie wird ein alternatives Forschungsdesign vorgeschlagen.

Schlagwörter: Selbsthilfegruppen, Selbstwirksamkeit, Persönlichkeit, Selbstregulation, psychotherapeutische Versorgungssituation

#### Abstract

N=81 (40 women) members of Self-Help Groups (SHG) in Bremen with a psychological or psychosocial focus, filled out a questionnaire regarding their subjective increase in domain specific self-efficacy and their personality profile. In the second part of the questionnaire, participants answered questions regarding waiting times for ambulant psychotherapeutic treatment. The participants were between 23 and 73 years old (*M*=54.5). The theoretical part starts with a short depiction of SHG in Germany. Based on Bandura's social-cognitive Theory (1978; 1997) and Borgetto's (2007) heuristic model of agents in SHG, it is suggested how visiting a SHG can increase self-efficacy beliefs. Furthermore, considerations about selection processes within SHG lead to the hypothesis that members of SHG should show a specific personality profile. Moreover, the connection of personality and self-efficacy via self-regulation processes is depicted.

The participants reported significant increases in measurements of self-efficacy. Especially frustrationtolerance and neuroticism showed significant associations with self-efficacy-change. Also, the perceived benefit of visiting a SHG was connected to stronger self-efficacy beliefs. In comparison to the mean-values reported by the norm-reference of the Munich Personality Test (MPT; von Zerssen & Petermann, 2012a) participants showed higher values on neuroticism, isolation tendency, and normorientation. Lower values were reported with regard to rigidity and frustrationtolerance. Especially higher normorientation scores are discussed to play an important role in SHG. Esoteric tendencies and extraversion did not show significant differences to the reference group in the global analysis.

Participants were asked questions regarding waiting times for ambulant psychotherapy. The answers were then compared to the results of the BPtk-study (2011) in which psychotherapists were interviewed regarding the same question.

Because of serious methodological difficulties in this study, the discussion ends with a specific suggestion for a study design which could answer the here asked questions with more confidence.

Key words: Self-help Groups, Self-Efficacy, Personality, Self-Regulation, Waiting Times Psychotherapy

#### 1 Theoretischer Hintergrund

#### 1.1 Einleitung

Laut Spiegel-online (Hauschild, 2012) werden Selbsthilfegruppen in der Öffentlichkeit als "Plauderstündchen im Stuhlkreis" oft noch belächelt. Setzt man sich jedoch genauer mit SHG und ihrer Arbeitsweise auseinander, ist diese Aussage nicht haltbar. SHG nehmen eine einzigartige Stellung in unserer Gesellschaft ein: Sie bieten ihren Teilnehmern/-innen soziale Unterstützung, Informationen über ihre Erkrankung bzw. Problemlage und den Umgang mit selbiger. Mit diesem ganzheitlichen Angebot unterstützen Selbsthilfegruppen ihre Mitglieder in ergänzender und einzigartiger Weise zum professionellen Gesundheitssystem (Hundertmark-Mayser, Möller, Balke & Thiel, 2004).

Bei der gruppenorientierten Selbsthilfe schließen sich Menschen mit ähnlichen Problemen außerhalb ihrer alltäglichen Beziehungen zusammen, um sich gegenseitig zu helfen (NAKOS, 2014c). Die eigene Betroffenheit steht dabei im Vordergrund: Die Teilnehmer/innen erhalten Hilfe in der Gruppe. Gleichzeitig helfen sie aber auch Anderen in der Gruppe, indem sie von den eigenen Erfahrungen mit dem Thema berichten und andere Teilnehmer/innen aufbauen, wenn es ihnen schlecht geht. Mit diesem Konzept der Hilfe zur Selbsthilfe wirken Selbsthilfegruppen auf verschiedensten Ebenen: Sie stärken den Umgang mit der eigenen Erkrankung bzw. der Erkrankung von Angehörigen, fördern zwischenmenschliche Kompetenzen, bieten Verständnis für das Individuum und können für die Mitglieder eine Möglichkeit sein, neue Kontakte zu knüpfen. Vielen Menschen fällt es außerdem leichter, mit einem Problem umzugehen, wenn sie wissen, mit diesem nicht alleine zu sein (Matzat, 2007). Außerdem können SHG für ihre Teilnehmer/-innen den Weg in die Therapie ebnen sowie therapiebegleitend die Teilnehmer/-innen unterstützen.

Die Arbeit von Selbsthilfegruppen geht dabei über das regelmäßige wöchentliche oder monatliche Treffen hinaus. Sogenannte Selbsthilfeorganisationen, Zusammenschlüsse von mehreren SHG, leisten Öffentlichkeitsarbeit und vertreten die Interessen ihrer Mitglieder gegenüber dem Gesundheitswesen sowie dem Gesetzgeber (Matzat, 2009).

Wie wichtig die Selbsthilfebewegung in Deutschland und für die Betroffenen, die Gesellschaft und das Gesundheitssystem ist, äußert sich in unterschiedlichen Zahlen: Etwa drei Millionen Menschen in Deutschland engagieren sich in 70.000 - 100.000 Selbsthilfegruppen (Hundertmark-Meyer et al., 2004). Die Vielfältigkeit von SHG-Arbeit spiegelt eine Untersuchung der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung

und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS, 2008), in der über 1000 voneinander abgrenzbare Einzelthemen identifiziert wurden, wider: 70% der Selbsthilfeorganisationen befassen sich mit gesundheitlichen Themen (körperliche Erkrankungen und Behinderungen, Sucht- und Abhängigkeit, psychische Erkrankungen usw.). Die restlichen 30% können thematisch dem psychosozialen und sozialen Bereich zugeordnet werden. Die Übergänge sind jedoch fließend, da in Gruppen mit gesundheitlichem Schwerpunkt auch soziale Themen behandelt werden und umgekehrt. Die Teilnehmer/-innen setzen sich aus akut Betroffenen, ehemals Betroffenen und/oder Angehörigen zusammen. Wesentliche Gründe für eine Teilnahme an einer SHG sind u.a. Selbstbetroffenheit, Versorgungsdefizite, Hilfe für sich und andere sowie das Knüpfen sozialer Kontakte (NAKOS, 2008).

Neben der Unterstützung für das Individuum sind SHG auch von volkswirtschaftlicher Bedeutung. Die Teilnehmer/-innen engagieren sich unentgeltlich und ergänzen oder übernehmen teilweise Aufgaben des Gesundheitssystems. Dies wird gerade im Bereich der Suchtselbsthilfe deutlich. Dort arbeiten etwa 25% der Teilnehmer/-innen an ihrer Abstinenz, ohne jemals an einer Therapie teilgenommen zu haben (Matzat, 2009).

Auch in der Gesetzgebung wird die Relevanz von Selbsthilfe deutlich: Die Förderung von Selbsthilfe ist seit dem 1. Januar 2000 verpflichtend (Matzat, 2009). Gesetzliche Krankenkassen müssen Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen finanziell unterstützen. Pro Versichertem und Jahr ist seit 2006 eine Summe von 2,74€ bereitzustellen (§ 20, 1-2, SGB V; Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2006).

Selbsthilfe ist in Deutschland somit nicht nur eine Bewegung, die Relevanz für die Betroffenen hat, sondern auch gesellschaftlich anerkannt ist, vom Gesetzgeber unterstützt wird und - bei Beachtung der ergänzenden Arbeit zum Gesundheitssystem - auch von volkswirtschaftlicher Bedeutung ist. Spätestens im Krankheitsfall werden also viele ihr Bild von Selbsthilfe als "Plauderstündchen im Stuhlkreis" nochmals überdenken. So gaben 75% der Befragten in einer für die Gesamtbevölkerung repräsentativen Umfrage des Statistischen Bundesamt an, im Krankheitsfall an einer SHG teilnehmen zu wollen (Hundertmark-Mayser et al., 2004).

Innerhalb der Selbsthilfebewegung gewinnen seit einigen Jahren psychotherapeutische, psychiatrische und psychosoziale Themen immer mehr an Bedeutung. Dies zeigt sich bei Befragungen von Selbsthilfekontaktstellen. Eine Analyse der geleisteten Beratungen von neun Selbsthilfekontaktstellen in Hessen von Mai bis Juni 2003 ergab, dass etwa zwei Drittel der eingegangenen Anfragen dem psychischen Bereich zugeordnet werden konnten. Am

häufigsten suchten die Anfragenden Rat in den Bereichen Depression, Ängste sowie Beziehungsprobleme (Sander, 2005). Auch in Bremen wurde ein solcher Trend beobachtet. Eine Untersuchung des Gesundheitsamt Bremen ergab, dass - während Anfragen nach Selbsthilfe im Bereich somatischer Erkrankungen solche nach psychischen und psychosozialen Themen im Jahr 1998 noch überstiegen - sich dieser Trend in den darauffolgenden Jahren umkehrte. 2002 waren 47% der Anfragen dem psychischen und ca. 26% dem somatischen Bereich zuzuordnen. Diese Ergebnisse zeigen, dass die Relevanz von Selbsthilfe im psychischen Bereich steigt (Stulken, 2004).

In der hier vorgestellten Studie, die in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Selbsthilfe e.V. durchgeführt wurde, wurden Teilnehmer/-innen von SHG, die sich thematisch mit psychischen Erkrankungen auseinandersetzen, mithilfe eines Fragebogens untersucht. Insgesamt nahmen N=81 Mitglieder von verschiedenen SHG aus Bremen teil. Die in den Gruppen behandelten Themen konnten den Bereichen Abhängigkeit, Sucht. Angsterkrankungen, Posttraumatische Belastungsstörung, Psychose, Essstörung, Somatoforme Störung, Persönlichkeitsstörung, ADHS und Zwangsstörung zugeordnet werden. Die Studie ist wie folgt aufgebaut: Der theoretische Teil enthält eine Übersicht über die Struktur und Arbeitsweise von SHG in Deutschland und speziell in Bremen; sie bildet wichtige Wirksamkeitsforschung im Bereich Selbsthilfe ab. Außerdem wird auf das Konzept der Selbstwirksamkeit (Bandura, 1978) eingegangen und diskutiert, ob der Besuch von SHG selbstwirksamkeitssteigernd wirken kann. Im speziellen wird dabei auf die Rolle der Persönlichkeit eingegangen.

Kernfragen, die in dieser Studie untersucht werden, sind:

- Gibt es Hinweise darauf, dass in SHG selbstwirksamkeitssteigernde Erfahrungen gemacht werden?
- Hat die Persönlichkeit der Teilnehmer/-innen einen Einfluss darauf, wie stark die Teilnehmer/-innen im Bereich der Selbstwirksamkeit von der Teilnahme profitiert?
- Weisen Menschen, die über lange Zeit in einer SHG teilnehmen, ein bestimmtes Persönlichkeitsprofil auf?

Mit der letzten Forschungsfrage soll versucht werden, die von Matzat (2000) aufgeworfene Frage, ob es - neben dem Wunsch nach Selbsthilfe - möglicherweise andere Parameter für die Indikation einer Teilnahme an SHG gibt, zu beantworten bzw. Hinweise darauf zu generieren.

Der zweite Teil der Studie gibt einen Einblick in die psychotherapeutische Versorgungslage von SHG-Teilnehmer/-innen. Der Schwerpunkt liegt auf einer Erfassung der Wartezeiten und der daraus entstehenden Belastungen für die Wartenden. Die Ergebnisse werden mit einer Befragung von Psychotherapeuten zu Wartezeiten verglichen (BPtK-Studie, 2011).

#### 1.2 SHG in Deutschland

Selbsthilfe unterscheidet man zwischen individueller und kollektiver bzw. gruppenorientierter Selbsthilfe. Erstere bezeichnet Selbsthilfe ohne Mitwirkung anderer Personen. Dies schließt zum Beispiel Selbstdiagnosen, Informationssammlung sowie Selbstmedikation ein. Der Begriff der kollektiven Selbsthilfe hingegen bezieht sich auf Selbsthilfegruppen, d.h. auf freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen mit gleichen oder ähnlichen Problemlagen, die das Ziel verfolgen, sich gegenseitig zu helfen. Dabei liegt der Schwerpunkt nicht auf einer Heilung der Krankheit und/oder Behinderung, sondern vielmehr auf dem Umgang mit ihr sowie mit schwierigen Lebenslagen und psychosozialen Problemen. Innerhalb der Gruppen, die sich meist regelmäßig wöchentlich oder monatlich treffen, gelten die Prinzipien der Gleichberechtigung der Mitglieder, der gegenseitigen Hilfe, der freiwilligen Mitarbeit und der Orientierung an den Zielen der Teilnehmer/-innen. Leidet ein/e Teilnehmer/-in in einer SHG zum Thema chronisch-obstruktive Lungenerkrankung beispielsweise unter einer belastenden Partnerschaft, kann dieses Thema auch Schwerpunkt einer Gruppensitzung werden, sofern der Wunsch besteht, diese Problematik in der Gruppe zu erörtern. Dies zeigt die einzigartige Bedeutung von SHG im Gesundheitswesen: Durch ihre ganzheitliche Arbeitsweise ergänzen sie die Leistungen der Heilbehandlung und gehen darüber hinaus. SHG bieten nicht nur Hilfestellungen für Problemlagen, sondern können für die Teilnehmer/-innen auch ein Weg sein, soziale Kontakte/ Freundschaften zu knüpfen und ggf. ihrer sozialen Isolation zu entkommen (Hundertmark-Mayser et al., 2004).

Obwohl die Grundprinzipien nach denen SHG arbeiten überwiegend gleich sind, gibt es Unterschiede hinsichtlich der Konzeption, des Organisationsgrads und der Außendarstellung.

Matzat (2009) unterscheidet drei Typen von SHG:

## 1. Anonymous Gruppen

Dieser Gruppentyp hat seinen Ursprung in den Anonymen Alkoholikern (AA). Die AA wurden 1935 gegründet und verbreiteten sich seither weltweit. In den sogenannten Meetings, welche meist wöchentlich stattfinden, spricht jede/r Teilnehmer/-in nur für sich und erteilt keine Ratschläge an andere Mitglieder. Durch das Sprechen über die eigene Problematik soll die Selbsterkenntnis gefördert werden; das Zuhören dient dazu aus den Erfahrungen anderer zu lernen und durch die Erkenntnis, mit der eigenen Problematik nicht alleine zu sein, Mut zu fassen. (Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V., 2014c). Die Gruppen folgen dem sogenannten 12-Schritte Programm sowie den 12 Traditionen. Das 12-Schritte-Programm dient als Hilfestellung zu einem zufriedenen Leben (Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V., 2014b) und sollte von jedem/-r Teilnehmer/-in durchlaufen werden. Sie beinhalten u.a. die Eingeständnis gegenüber dem Alkohol machtlos zu sein sowie die Erkenntnis, dass eine höhere Macht dem Individuum seine geistige Gesundheit wiedergeben kann (Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V., 2014a) Dabei liegt es bei jedem selbst, wie er diese höhere Macht definiert. Die AA verstehen sich trotz ihrer spirituellen Orientierung nicht als religiöse Vereinigung (Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V., 2014d). Die 12 Traditionen beinhalten Prinzipien nach denen Anonymous Gruppen aufgebaut und organisiert sind. Wichtige Inhalte sind zum Beispiel die finanzielle Unabhängigkeit der AA: Die AA sollen weder Unternehmen unterstützen noch Unterstützung von Anderen entgegennehmen. Weitere Punkte sind die Anonymität sowie die einzige Bedingung zur Teilnahme an der Gruppe, nämlich der Wunsch, mit dem Trinken aufzuhören (Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V., 2011). Seit der Gründung der AA haben sich mehrere Anonymous-Gruppen zu anderen Themen wie Spielsucht, Essstörungen, andere Drogenabhängigkeiten usw. gebildet (Matzat, 2009).

#### 2. Psychologisch-therapeutisch orientierte Gesprächs-SHG

Diese Gruppen entstehen durch Eigeninitiative von Betroffenen und sind im Regelfall an keinen Verband auf Regional- oder Bundesebene angeschlossen. In der Gründungsphase erhalten sie jedoch teilweise Unterstützung durch Fachleute, wie z.B. durch Mitarbeiter von

Selbsthilfe-Kontaktstellen. Auf die Funktion dieser Institutionen wird in Abschnitt 1.2.1 noch weiter eingegangen. Die Teilnehmer/-innen selbst definieren das Thema und den Grund ihres Zusammenkommens. Beispiele sind Gruppennamen wie *Depression*, *Kinder alkoholkranker Eltern* oder *Geschiedene*. Im Vergleich zu den AA dürfen hier Ratschläge erteilt werden und das Gruppengespräch steht im Vordergrund. Es liegen meist keine vordefinierten Konzepte wie z.B. das 12-Schritte-Progamm vor. Die Gruppen bestehen aus etwa 5-10 Mitgliedern, die sich regelmäßig zum Gespräch treffen. Neue Mitglieder werden aufgenommen, wenn sich die Gruppen im Moment dazu in der Lage sehen und die Teilnehmeranzahl dies zulässt. Dieser Gruppentyp verlangt viel Eigenverantwortung und -organisation von den Mitgliedern, da sie sich meist ohne oder mit nur geringfügiger Hilfestellung von außen organisieren (Matzat, 2009).

## 3. Selbsthilfe-Organisationen

Selbsthilfeorganisationen (SHO) entstehen, wenn sich mehrere SHG zu regionalen oder überregionalen Verbänden zusammenschließen. Auf Bundesebene gibt es ca. 360 Selbsthilfeorganisationen (Hundertmark-Mayser et al., 2004). Die Übergänge von SHG zu SHO sind dabei meist fließend. In ihrem Tätigkeitsbereich und ihren Aufgaben gehen SHO jedoch über das Angebot von Selbsthilfe (SH) hinaus. Sie betreiben Öffentlichkeitsarbeit und bieten ihren Mitgliedern sowie Außenstehenden Seminare und Fachberatung zum jeweiligen Themengebiet. Sie nehmen Einfluss auf Politik und Verwaltung, um zum Beispiel Forschung zu fördern oder die Versorgung ihrer Mitglieder zu verbessern. Des Weiteren repräsentieren die Organisationen ihre Mitglieder in Gremien des Gesundheitswesens (NAKOS, 2014b; Matzat, 2009). Beispiele für SHO sind der Kreuzbund, die Guttempler oder der Deutsche Blindenverband (Matzat, 2009).

Diese Verbände sind ihrerseits teilweise in größeren Zusammenschlüssen organisiert. Bestehend aus 38 SHO ist hier der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband Gesamtverband (DPWV) sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (BAGH), bestehend aus 116 Organisationen zu nennen (Hundertmark-Mayser et al., 2004).

#### 1.2.1 Selbsthilfe-Kontaktstellen, NAKOS und die DAG SHG e.V.

Eine weitere wichtige Struktur in der Selbsthilfebewegung in Deutschland sind die sogenannten Selbsthilfekontaktstellen, die in vielen Städten und Kreisen zu finden sind. Diese bieten Interessierten sowie SHG-Teilnehmern/-innen themenübergreifende Informationen und Unterstützung durch hauptamtliches Personal. In ihrer Gründungsphase oder bei Problemen haben SHG die Möglichkeit, sich Hilfe bei den Kontaktstellen zu suchen. Darüber hinaus nehmen diese Stellen auch vermittelnde Funktionen ein: Betroffene können über die Kontaktstelle zu einer passenden SHG weitergeleitet werden (NAKOS, 2014a). Durch diese Aufgaben wird die Bedeutung dieser Institutionen gerade für die psychologischtherapeutisch orientierte Gesprächs-SHG (s.o.) deutlich (Matzat, 2007): Diesen fehlt im Gegensatz zu den verbandlich organisierten Gruppen eine vorgegebene Struktur. Offizielle Ansprechpartner würden diesen Gruppen ohne die Kontaktstellen fehlen. Deutschlandweit gibt es ca. 270 Selbsthilfekontaktstellen (Hundertmark, Mayser et al., 2004).

Die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von SHG (NAKOS) übernimmt die Funktion einer landesweiten Kontaktstelle. Sie führt auf bundesweiter Ebene Adressen zu mehr als 7000 Selbsthilfekontakten. Darüber hinaus betreibt NAKOS u.a. Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit, Forschung im Bereich Selbsthilfe, erarbeitet Broschüren zur Unterstützung von SHG und Betroffenen und vermittelt zwischen Selbsthilfeinteressierten, Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen, regionalen Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeunterstützungsstellen, professionellen Versorgungseinrichtungen und Fachpersonal, Verbänden, Politik und Verwaltungen sowie Öffentlichkeit und Medien (NAKOS, 2013). Träger der NAKOS ist die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) e.V., deren übergeordnetes Ziel die Unterstützung und Förderung von Selbsthilfe ist (Hundertmark-Mayser et al., 2004).

Obwohl viele verschiedene Organisationsformen von Selbsthilfe existieren, arbeiten doch alle nach denselben Prinzipien: Im Vordergrund steht der Glaube an die Fähigkeit durch die eigene Kraft, Probleme bewältigen zu können bzw. den Umgang mit ihnen zu lernen.

#### 1.3 SHG im Bereich psychischer Störungen und psychosozialer Probleme in Bremen

Gerade im Bereich psychischer Störungen kann die Selbsthilfe für den Betroffenen eine besondere Stellung in der Bewältigung und im Umgang mit der Krankheit einnehmen, da bei psychischen Störungen die soziale Unterstützung eine wichtige Rolle spielt (Davis & Brekke, 2014; Sinokki et al, 2009).

Das Gesundheitsamt Bremen (2011) listet im Bereich psychischer Störungen und psychosozialer Probleme über 40 Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige in den verschiedensten Bereichen von Angsterkrankungen über Depression bis zu Psychosen und Persönlichkeitsstörungen auf.

Im Bereich Sucht führt das Netzwerk Selbsthilfe e.V. über 35 Selbsthilfegruppen und - organisationen auf, an die sich Betroffene wenden können (Netzwerk Selbsthilfe Bremen-Nordniedersachsen e.V., 2014). Die Angaben zu den SHG erheben jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Anzahl der SHG in Bremen im Bereich psychische Erkrankungen und Sucht wird wahrscheinlich höher liegen als hier angegeben, da nicht alle SHG erfasst sind.

Auf Seiten der Selbsthilfe-Kontaktstellen befinden sich in Bremen die Kommunale Selbsthilfeförderung vom Gesundheitsamt Bremen sowie das 1982 gegründete Netzwerk Selbsthilfe e.V..

#### 1.4 Wirksamkeit von SHG

Bei der Interpretation der Ergebnisse von Wirksamkeitsstudien zur Selbsthilfe müssen Rahmenbedingungen beachtet werden. da sich spezifische methodische Herausforderungen ergeben. Borgetto (2007) weist darauf hin, dass der Besuch einer SHG in den meisten Fällen nicht verordnet werden kann. Ausnahmen bilden Studien, in denen Probanden die Teilnahme an Sucht-SHG gerichtlich verordnet wurde (Ouimette, Finney & Moos, 1997). Diese Fälle stellen jedoch eine Ausnahme dar. Die in den SHG untersuchten Probanden, sofern diese schon länger an einer SHG teilnehmen, stellen also eine hoch selektive Gruppe von Personen dar, die sich dazu entschieden haben, in einer SHG zu bleiben. Da die Teilnahme an einer SHG auf freiwilliger Basis geschieht, können diejenigen, die die Selbsthilfe nicht als hilfreich empfinden, aus der Gruppe austreten. Es findet ein organischer Auswahlprozess statt: Übrig bleiben diejenigen Teilnehmer/-innen, die Selbsthilfegruppen als hilfreich empfinden. Bei vielen Studien kann man also von starken Selektionsprozessen ausgehen.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Funktion von SHG: Sie sollten nicht als alternative Therapieform gesehen werden, sondern als ergänzendes Element vor, nach, während oder ganz unabhängig von der Therapie von Menschen, die sich für die Teilnahme entscheiden.

Außerdem baut Selbsthilfe vor allem auf dem Erfahrungswissen ihrer Mitglieder und nicht primär auf dem Expertenwissen von Ärzten und/oder Psychotherapeuten auf (Borgetto, 2004). All diese Punkte sollten bei der Betrachtung von Wirksamkeitsstudien zur Selbsthilfe bedacht werden.

An dieser Stelle werden zunächst Studien zu Sucht-Selbsthilfegruppen und anschließend zu psychologisch orientierten SHG aufgeführt.

Wirksamkeitsstudien liegen im Bereich Sucht vor allem für Anonymous Gruppen (im speziellen für die Anonymen Alkoholiker) vor: Gossop, Steward und Marsden (2008) untersuchten, ob der Besuch von Alcoholics- und Narcotics Anonymous SHG nach einer stationären Behandlung das Suchtverhalten beeinflussen. Interviews wurden kurz vor der stationären Aufnahme sowie ein, zwei und vier bis fünf Jahre nach Entlassung durchgeführt. Die Untersuchungen zeigten, dass der Besuch einer Anonymous-Gruppe mit einer höheren Abstinenz von Opiaten bei NA und einer höheren Abstinenz von Alkohol bei AA-Teilnehmer/-innen assoziiert war. Dabei spielte die Frequenz der Teilnahme eine entscheidende Rolle: Je öfter die Teilnehmer/-innen die Gruppen besuchten, umso geringer die Rückfallrate. Die Ergebnisse weisen auf die wichtige Stellung von SHG als komplementärer Baustein zur Therapie hin.

Ebenso konnten Moos und Moos (2004) bei einer Studie mit N=473 Teilnehmern/-innen zeigen, dass die Frequenz der Teilnahme an einer AA-SHG positiv mit einer erhöhten Abstinenzwahrscheinlichkeit assoziiert war.

Ouimette, Finney und Moos (1997) verglichen die Effektivität des 12-Schritte-Programms mit der von kognitiver Verhaltenstherapie und ihrer Kombination mithilfe eines Prä-Post-Designs. In allen drei Gruppen konnte ein Jahr nach Therapieende eine signifikante Verbesserung hinsichtlich des Trinkverhaltens sowie weiterer Variablen wie Arbeitslosigkeit und Obdachlosigkeit festgestellt werden. Im Vergleich zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Bei dieser Studie ist zu bedenken, dass die Unterstützung durch das 12-Schritte-Programm über eine wöchentliche Sitzung hinausging. Die Teilnehmer/-innen nahmen außerdem an Gesprächsgruppen zu Themen wie der Bearbeitung der 12 Schritte und zum Schreiben einer Autobiografie teil. Somit sind die Ergebnisse nur bedingt auf typische AA-Gruppen generalisierbar.

Matzat (2009) weist auf die besondere Stellung der Sucht-Selbsthilfe im Gesundheitssystem hin. Anders als z.B. bei SHG zu körperlichen Erkrankungen bietet die SH bei dieser Erkrankung auch einen Weg zur Heilung, da seelische und soziale Faktoren eine größere Rolle spielen. Dies schlägt sich auch in der Arbeitsweise der Sucht-SHG nieder: Das Gruppengespräch steht im Vordergrund und eine regelmäßige und aktive Teilnahme sind, wie in den obigen Studien gezeigt, der Schlüssel zum Erfolg. Außerdem herrscht die Philosophie vor, dass die Besserung letztendlich nur aus der Person selbst kommen könne. So würden etwa 25% der Teilnehmer/-innen an ihrer Abstinenz arbeiten, ohne jemals professionelle Hilfe für ihre Sucht in Anspruch genommen zu haben (Matzat, 2009).

Auch zu SHG im Bereich der psychischen Störungen und Sucht-SHG, die nicht dem 12-Schritte Programm folgen, liegen Studien zur Wirksamkeit vor: Zum Beispiel berichten 82% der Teilnehmer/-innen von SHG zu manisch-depressiven Erkrankungen, dass sie durch den Besuch der Gruppe besser mit ihrer Erkrankung umgehen konnten (Kurtz, 1988).

Im Rahmen der Replikation der Consumer Reports Study in Deutschland verglichen Hartmann und Zepf (2005) retrospektiv, ob sich die psychischen Beschwerden von SHG-Teilnehmern/-innen verbesserten. Dabei wurden nur solche Teilnehmer/-innen (N=155), die ausschließlich eine SHG zur Behandlung ihrer psychischen Probleme aufgesucht hatten, untersucht. Es zeigte sich, dass vor allem Mitglieder von Sucht-SHG ihre Teilnahme als erfolgreich einschätzten und mit der Teilnahme zufrieden waren. Dieser Trend war auch bei Gruppen zu Ängsten und Selbstsicherheit zu sehen, jedoch schwächer ausgeprägt. Als Einflussvariablen auf die Besserung der psychischen Beschwerden konnten die Autoren die Aktivität in der Gruppe, d.h. die Unterstützung anderer Teilnehmer/-innen in der Gruppe sowie die Teilnahmedauer (>2 Jahre) identifizieren.

In einer Längsschnittstudie untersuchten Taubmann und von Wietersheim (2008) Mitglieder von drei Angst-Selbsthilfegruppen und fanden heraus, dass die Teilnahme positiv bewertet wurde und mit einer subjektiven Verbesserung der Symptomatik assoziiert war. Jedoch zeigte sich keine Veränderung bezüglich des Vermeidungsverhaltens. Zusätzlich befragten die Autoren Psychotherapeuten/-innen hinsichtlich ihrer Einschätzung von Selbsthilfegruppen. Über 80% der befragten Therapeuten/-innen empfinden demnach Selbsthilfe als hilfreich für den Therapieverlauf bei Angsterkrankungen. Somit sind im Bereich Angst Selbsthilfegruppen eine gute Ergänzung zur Therapie, können diese jedoch in der Symptomreduktion nicht ersetzen.

Zwei prominente Metaanalysen zur Effektivität von Selbsthilfegruppen stammen aus dem englischsprachigen Raum. Sowohl Kyrouz, Humphreys und Loomis (2002) als auch die sich

methodisch an deren Studie orientierenden Autoren Pistrang, Barker und Humphreys (2008) gaben strenge Einschlusskriterien für ihre Analysen vor. Es wurden nur Studien mit einem Längsschnittdesign oder Querschnittstudien mit Kontrollgruppen in die Analyse eingeschlossen. Thematisch unterscheiden sich beide Studien insofern, dass erstere SHG zu breiteren Indikationsbereichen wie chronisch körperliche Krankheiten und Übergewicht miteinschlossen, während sich Pistrang, Barker und Humphreys (2008) auf SHG zu psychischen Störungen beschränkten. Hier werden also nur die Ergebnisse zu psychischen Erkrankungen und Trauer diskutiert, da Pistrang, Barker und Humphreys (2008) hier auf Parallelen zur Depression verweisen.

Kyrouz, Humphreys und Loomis (2002) berichten Verbesserungen durch den Besuch einer SHG bei psychischen Störungen in den Bereichen Wohlbefinden, Depression, Stress, Länge und Frequenz der Krankenhausaufenthalte, Angst sowie dem Umgang mit der eigenen Krankheit.

Bei Pistrang, Barker und Humphreys (2008) zeigten sich gemischtere Ergebnisse. Dort konnten sieben der 12 eingeschlossenen Studien eine Wirksamkeit von Selbsthilfe nachweisen. Keine der Studien wies auf negative Effekte durch den Besuch einer SHG hin. Zusammenfassend weist ein Großteil der hier präsentierten Studien generell auf positive Effekte von SHG hin, die über die rein subjektive positive Einschätzung der Teilnehmer/innen hinausgehen; trotz der oben diskutierten methodischen Herausforderungen.

#### 1.5 Wirkmechanismen in SHG

Es stellt sich nun die Frage nach den Wirkmechanismen, die in SHG für eine Verbesserung bzw. Stabilisierung im Befinden der Betroffenen eine Rolle spielen. Wie oben beschrieben, sind die Frequenz und die Länge der Teilnahme wichtige Faktoren für die Wirksamkeit. Dieser Hinweis lässt jedoch keine Schlüsse zu, wie genau eine Veränderung in der SHG bewirkt wird. Borgetto (2007) präsentiert ein heuristisches Modell wie verschiedene Faktoren in SHG die Gesundheit beeinflussen können (siehe Abb. 1).

Den Ausgangspunkt für die Veränderung bildet die Kommunikation zwischen den Gleichbetroffenen in der Gruppe. Diese Gespräche erfolgen auf vier Dimensionen: Informationsaustausch, Erfahrungsaustausch, zweckfreies Gespräch und Äußern von Gefühlen. All diese Dimensionen kommen im Gruppengespräch von SHG zum Tragen und beeinflussen das Befinden des Einzelnen über die Wirkmechanismen Modelllernen,

Selbstexploration, emotionale Unterstützung, Wissenszuwachs und Aufarbeitung Vergangenheit. Im Gespräch lernen die SHG-Teilnehmer/-innen voneinander und werden beim Umgang mit ihrer Krankheit von Anderen unterstützt. Gleichzeitig unterstützen sie die anderen Teilnehmer/-innen durch die Darstellung ihrer eigenen Problematik und die Weitergabe nützlichen Wissens zur Krankheitsbewältigung. Sie lernen ihre Krankheit bzw. ihre Situation genau zu definieren, indem sie sich untereinander bezüglich ihrer Problematiken austauschen. Für Menschen, die sich beispielsweise mit der Beschreibung ihrer Gefühle schwer tun, kann die SHG Möglichkeiten bieten, dies zu üben. Auch die Aufarbeitung der Vergangenheit in der Gruppe kann die Gesundheit positiv beeinflussen. Die dargestellten Wirkmechanismen beeinflussen direkt das Krankheits-Gesundheitsverhalten. Zum Beispiel kann ein/e Teilnehmer/-in durch Modelllernen diejenigen Verhaltensweisen erproben, die auch Anderen in der Gruppe geholfen haben. Darüber hinaus erlebt das Individuum durch emotionale Unterstützung auch eine Stärkung seiner sozialen Beziehungen, was sich wiederum positiv auf immunologische und endokrine Prozesse auswirkt und so das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum beeinflusst (Uchino, 2006).

Eine Veränderung im Verhalten und Befinden durch den Besuch von SHG scheint also durch mehrere Prozesse beeinflusst zu werden. In dieser Studie soll untersucht werden, ob der Besuch von Selbsthilfegruppen zu bereichsspezifischen Selbstwirksamkeitssteigerungen der Teilnehmer/-innen führt. Im folgenden Abschnitt wird das Konzept sowie die Quellen der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) dargestellt und anhand des eben erläuterten Modells von Borgetto (2007) abgebildet wie diese in SHG wirken können. Daraufhin wird der Einfluss der Persönlichkeit auf SWE-Steigerung abgebildet.

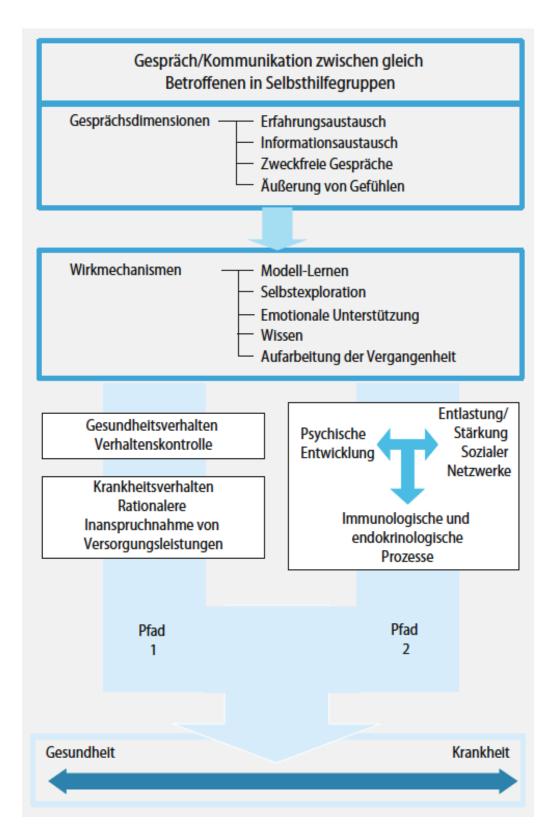


Abb.1: Wirkungen von SHG, entnommen aus "Wirkungen und Nutzen von SHG" (Borgetto, 2007 S. 6.e2)

## 1.6 Konzept der Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit stellt ein zentrales Konzept in der sozial-kognitiven Theorie Banduras dar. Er beschreibt Selbstwirksamkeit bzw. Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE) als "beliefs in one's capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainments" (Bandura, 1997; S.3). SWE bezeichnen also den Glauben einer Person an die eigenen Fähigkeiten. Dieser stellt nach Bandura eine Grundvoraussetzung für Verhalten dar, da Menschen ohne die Überzeugung, eine Handlung ausführen zu können, diese mit hoher Wahrscheinlichkeit auch nicht ausführen würden. Menschen mit höherer SWE setzen sich höhere Ziele und strengen sich bei der Zielerreichung mehr an als Menschen mit niedriger SWE (Bandura, 1997). Der Einfluss von SWE auf Verhalten wurde schon in verschiedensten Bereichen wie Beruf (Jundge, Jackson, Shaw, Scott & Rich, 2007), Sport (Moritz, Feltz, Fahrbach & Mack, 2000), akademischer Erfolg (Caprara, Vecchione, Alessandri, Gerbino & Barbaranelli , 2011) oder Gesundheitsverhalten (Kinge et al., 2010) nachgewiesen.

Selbstwirksamkeit stellt dabei nicht den einzigen Prädiktor für Verhalten dar. In der sozial-kognitiven Theorie (Bandura, 1978) beeinflussen SWE direkt und indirekt über Handlungsergebniserwartungen, soziostrukturelle Faktoren und Zielsetzungen das Verhalten (siehe Abb. 2).

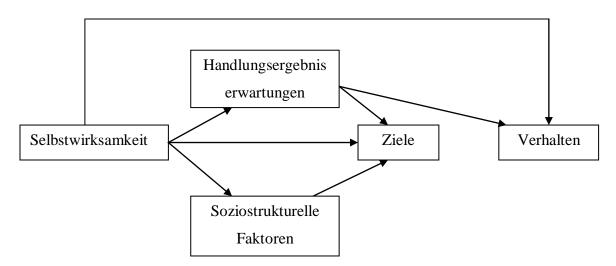


Abb. 2: Vereinfachte Darstellung der sozial-kognitiven Theorie (Bandura, 1979; zitiert nach Knoll, Scholz & Rieckmann, 2013, S.28).

#### 1.6.1 Quellen der Selbstwirksamkeitserwartung

Bandura (1997) beschreibt vier Quellen für die Entwicklung von SWE: Eigene Erfahrung (mastery experience), stellvertretende Erfahrung (vicarious experience), verbale Überzeugung (verbal persuasion) und emotionale Erregung (emotional arousal). Diese liefern einer Person Informationen über die eigenen Fähigkeiten und beeinflussen so die SWE. Im Folgenden werden die Quellen ihrer Stärke nach näher beschrieben und diskutiert wie diese die SWE in SHG steigern.

Die eigene Erfahrung stellt nach Bandura (1997) die stärkste Quelle für SWE dar. Die Veränderung der wahrgenommenen SWE durch eigene Erfahrungen resultiert aus der kognitiven Verarbeitung der Information, die das ausgeübte Verhalten über die eigenen Fähigkeiten enthält. Diese Verarbeitung hängt zum einen von schon existierendem Wissen über die eigenen Fähigkeiten ab. Beispielsweise untersuchte Alden (1986), ob die bestehende SWE für soziale Interaktionen einen Einfluss auf die kausale Attribution des Ergebnisses hatte. Die Teilnehmer/-innen erhielten entweder positives oder negatives Feedback zu ihren Interaktionen. Probanden attribuierten Feedback kongruent zu ihren schon bestehenden SWE: Teilnehmer/-innen mit hoher SWE attribuierten negatives Feedback eher external, während dies für Teilnehmer/-innen mit niedriger SWE für positives Feedback der Fall war. Dies zeigt, wie schon bestehende SWE die Informationsverarbeitung bei neuen Erfahrungen beeinflussen kann.

Außerdem hängt die kognitive Verarbeitung auch von der Schwere der Aufgabe ab. Ist man bei der Bewältigung einer einfachen Aufgabe erfolgreich, hat dies keine Auswirkungen auf die SWE, da man schon weiß, dass man diese Aufgabe bewältigen kann. Die Bewältigung einer schwierigen Aufgabe hingegen beinhaltet neue Informationen für den Ausführenden hinsichtlich seiner Fähigkeiten. Ob eine Handlung selbstwirksamkeitssteigernd ist, wird auch vom Kontext bestimmt: Bewältigt man eine schwierige Aufgabe zum Beispiel mit starker Hilfestellung ist es unwahrscheinlich, dass dies positive Auswirkungen auf das Selbstwirksamkeitserleben hat. Bewältigt man dieselbe Aufgabe hingegen ohne Hilfestellung, sollte die SWE gesteigert werden (Bandura, 1997). Klassen und Durksen (2014) untersuchten in einer Längsschnittstudie die Veränderung von SWE bei angehenden Lehrern während eines zwei-monatigen Praktikums. Über die Zeit mussten die Probanden immer eigenverantwortlichere Aufgaben übernehmen. Während des Praktikums stieg bei den

Teilnehmer/-innen die SWE stetig an. Die Erfahrungen während des Praktikums steigerten also die SWE der Probanden. Je eigenverantwortlicher sie arbeiteten, umso mehr steigerte sich ihre SWE.

Innerhalb von SHG gibt es verschiedene Szenarien, wie die Teilnehmer/-innen durch eigene Erfahrungen ihre SWE steigern könnten. Bezogen auf das oben erläuterte Modell von Borgetto (2007) stellt das Äußern von Gefühlen in der Gruppe einen Teil der Kommunikation zwischen den Betroffenen dar. Für Menschen, die eine geringe SWE in diesem Bereich haben, kann die Gruppe ein Übungsfeld, vielleicht aber auch die einzige Möglichkeit zur Äußerung von Gefühlen sein. Eine regelmäßige und aktive Teilnahme in SHG, die diesen Bereich fördern, sollte also zu einer Steigerung der SWE führen. Da nach diesem Modell die Kommunikation den Kern der Wirkmechanismen von SHG darstellt, sollte auch für weitere soziale Kompetenzen der Besuch selbstwirksamkeitssteigernd wirken. Des Weiteren ist es wahrscheinlich, dass SHG-Teilnehmer/-innen versuchen werden, in der Gruppe gelernte Verhaltensweisen oder Lösungsansätze im Alltag umzusetzen. Können diese Elemente erfolgreich durchgeführt werden, sollte in diesen Bereichen die SWE steigen.

Bei der zweiten Quelle der SWE, der stellvertretenden Erfahrung, akquiriert eine Person über soziale Vergleichsprozesse Erkenntnisse über die eigenen Fähigkeiten. Je ähnlicher eine die Handlung ausführende Person der eigenen ist, umso eher lassen sich Rückschlüsse auf die eigene Selbstwirksamkeit ziehen. Ein Beispiel aus dem Selbsthilfebereich könnte ein/e neue/r Teilnehmer/-in an einer Sucht-SHG sein, der/die sieht, wie Personen mit derselben Problemlage es schaffen, abstinent zu bleiben. Diese Erfahrung kann zu der Vorstellung führen, dass auch er/sie seine/ihre Krankheit bewältigen kann: Hinweise darauf gibt eine Studie von Parent und Fortin (2000). Sie untersuchten den Einfluss von stellvertretender Erfahrung auf die Selbstwirksamkeit von Patienten nach einer Herzoperation hinsichtlich alltäglicher Aktivitäten, Laufen und Treppen steigen. Probanden in der Experimentalgruppe erhielten vier Tage vor, fünf Tage und vier Wochen post-OP Besuche von früheren Patienten, die derselben OP unterzogen wurden und eine erfolgreiche Rehabilitation hinter sich hatten. Sie unterhielten sich mit ihnen unter anderem über den Verlauf der Rehabilitation, die OP und Beschwerden nach der OP. Probanden der Kontrollgruppe erhielten diese Unterstützung nicht. 5 Tage Post-OP zeigten die Teilnehmer/-innen der Experimentalgruppe signifikant höhere SWE-Werte auf allen Messungen. Diese waren 4 Wochen nach Entlassung jedoch nicht mehr signifikant. Erstaunlicherweise hatte die Intervention jedoch auch 4 Wochen post-OP einen Einfluss auf die selbstberichtete Aktivität der Patienten. In der Experimentalgruppe war diese zu beiden Messzeitpunkten signifikant erhöht bei gleichzeitig signifikant niedrigeren Angstwerten. Die Intervention mit stellvertretender Erfahrung hatte also nicht nur kurzfristigen Einfluss auf die SWE, sondern auch langfristig auf das Verhalten und die Ängstlichkeit. SWE im Bereich Aktivität hatten also auch einen Einfluss auf das Verhalten (siehe Abb. 2).

Auch im akademischen Bereich konnten Hodges und Murphy (2009) mithilfe von Regressionsanalysen stellvertretende Erfahrungen als stärkste Einflussgröße auf SWE von Studenten eines Mathekurses identifizieren.

Die Studien zeigen wie wichtig die stellvertretende Erfahrung für die SWE sein kann. SHG bieten den Teilnehmern/-innen viel Raum für solche Erfahrungen. Schon per Definition schließen sich bei SHG Menschen mit gleichen oder ähnlichen Problemlagen zusammen. Die Basis für stellvertretende Erfahrungen ist somit von Vornherein gegeben. Geht man zudem davon aus, dass vor allem diejenigen in einer SHG bleiben, die von ihr auch profitieren, so können diese Menschen als ein positives Modell für neue Mitglieder fungieren und somit selbstwirksamkeitssteigernd auf sie einwirken. Die stellvertretende Erfahrung findet sich indirekt auch in Borgetto's (2007) Modell unter dem Wirkmechanismus des Modelllernens wieder.

Anderson (2000) verglich den Einfluss von stellvertretender Erfahrung und verbaler Überzeugung, der dritten Quelle für SWE, auf die Wirksamkeitserwartungen und Intentionen hinsichtlich Brust-Selbstuntersuchungen bei Frauen. Alle Teilnehmerinnen sahen zu Beginn der Studie eine 15-minütige Videosequenz, die ihr Angstniveau hinsichtlich Brustkrebs steigern sollte. Anschließend wurden die Teilnehmerinnen randomisiert in drei Gruppen eingeteilt: Teilnehmerinnen in den zwei Experimentalgruppen sahen entweder ein Video, in dem sie an einem Modell die Durchführung einer Brustselbstuntersuchung lernten (stellvertretende Erfahrung) oder eine andere Version mit demselben Inhalt bei dem jedoch die visuelle Darstellung der Untersuchung entfernt wurde (verbale Überzeugung). Die Teilnehmerinnen in der Kontrollgruppe sahen ein Video über andere Krebserkrankungen. Teilnehmerinnen in der Gruppe stellvertretende Erfahrung zeigten mehr SWE hinsichtlich Brustuntersuchungen als Teilnehmerinnen in der verbale Überzeugung-Kondition. Diese wiederum zeigten höhere Werte als Probanden in der Kontrollgruppe. Die Ergebnisse spiegeln Bandura's Hypothese wider, dass die verbale Überzeugung eine schwächere Quelle für SWE darstellt als die stellvertretende Erfahrung.

Ob verbale Überzeugungen die SWE beeinflussen, hängt nach Bandura (1997) außerdem von der Glaubwürdigkeit und dem Wissen des Gegenübers ab sowie von den eigenen Erfahrungen auf dem jeweiligen Gebiet. Hinweise darauf fanden Tschannen-Moran und Hoy

(2007), die SWE von Lehrern, die neu in ihrem Beruf waren (<4 Jahre), mit der von erfahreneren Lehrern (>4 Jahre) verglichen. Dabei verglichen sie auch den Einfluss von verbaler Überzeugung und eigener Erfahrung. Die verbale Überzeugung spielte bei Lehrern, die neu in ihrem Beruf waren, eine größere Rolle als bei erfahrenen Lehrern. Menschen, die eine neue Aktivität beginnen, scheinen also mehr auf das Urteil anderer sowie auf Modelllernen als Informationsquelle für ihre SWE zu vertrauen, als auf ihre noch neuen und vielleicht spärlichen Erfahrungen. Die Probanden mit weniger als vier Jahren Berufserfahrung vertrauten also mehr auf das Urteil ihrer erfahrenen Kollegen. Auch bei Teilnehmern/-innen von SHG könnte dies der Fall sein. Für neue Mitglieder sollten aufbauende Gespräche durch erfahrene Mitglieder mehr Informationen über die eigene SWE enthalten als die bisherige eigene Erfahrung in der Gruppe. Dies ist jedoch hoch variabel, je nachdem welche Thematik in der Gruppe behandelt wird und wie viel eigene Erfahrung die Teilnehmer/-innen in die Gruppe einbringen. Bezogen auf Borgetto's Modell (2007) lässt sich die dritte Quelle der SWE auf den Gesprächsdimensionen beim Erfahrungs- und Informationsaustausch sowie bei den Wirkmechanismen der emotionalen Unterstützung und der Wissensvermittlung finden. In den SHG ermutigen sich die Teilnehmer/-innen gegenseitig. Sie unterstützen sich direkt durch Ratschläge und helfen den anderen indirekt durch die Darstellung eigener Problembewältigungsstrategien, die diese dann in ihr Verhaltensrepertoire übernehmen können.

Die letzte Quelle der SWE ist die emotionale Erregung. Sie beeinflusst, wie wir unsere Kompetenzen einschätzen. Fühlen wir uns gut, schätzen wir unsere Kompetenzen besser ein, als bei schlechter Stimmung (Bandura, 1997). SHG, die in ihren Treffen den Menschen helfen, ihre Gefühle zu regulieren, sollten auch durch diese Quelle die SWE positiv beeinflussen. Nach Bandura (1997) stellt diese Quelle die schwächste Ressource für SWE dar. Aus diesem Grund und weil viele teils variable Faktoren die Stimmung beeinflussen, sollte sie bei SHG jedoch eine untergeordnete Rolle in der SWE-Steigerung spielen.

In dieser Studie wird untersucht, ob der Besuch einer SHG mit einer höheren SWE in den Bereichen eigene Gefühle äußern, Umgang mit Personal des Gesundheitswesen und Umgang mit der eigenen Krankheit einhergeht. Darüber hinaus wird der Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen auf die SWE untersucht. Diese Thematik wird im nächsten Abschnitt näher erläutert.

#### 1.7 Zusammenhang von Persönlichkeit und Selbstwirksamkeit

Persönlichkeit und Selbstwirksamkeit stellen zwei unterschiedliche Konstrukte in der Psychologie dar, welche auf verschiedenen Ebenen das Verhalten und Erleben beeinflussen. Persönlichkeitsmerkmale beschreiben basale Tendenzen, in denen sich Menschen hinsichtlich ihrer Interaktion mit sowie Adaption zu innerpsychischen, physischen und sozialen Umwelten unterscheiden (Larsen & Buss, 2010; S.4). SWE hingegen stellt, wie in Abschnitt 1.6 beschrieben, ein überwiegend kognitives Konzept dar.

Persönlichkeit wurde Die in der Literatur hauptsächlich anhand der Big-5 Persönlichkeitsmerkmale Offenheit für neue Erfahrungen, Gewissenhaftigkeit, Extraversion, Verträglichkeit und Neurotizismus untersucht. Die in diesem Abschnitt diskutierte Literatur bezieht sich vor allem auf dieses Konstrukt, obwohl die Persönlichkeitsmerkmale der in dieser Studie untersuchten Probanden mithilfe des Münchner Persönlichkeitstests (von Zerssen & Petermann, 2012a) erfasst wurden, der sich in Anzahl und Definition der Dimensionen leicht von den Big 5 unterscheidet. Entscheidend für die Wahl des MPT als Erhebungsinstrument war dessen Konstruktion für klinische Stichproben (von Zerssen & Petermann, 2012b). Einen Vergleich zwischen den Skalen des MPT und den Big 5 finden Sie im am Ende dieses Abschnitts.

Nach Maddux und Volkmann (2010) beeinflussen Persönlichkeitsmerkmale die Entwicklung von Selbstwirksamkeitserwartungen über selbstregulative Prozesse. Dies sind Prozesse mit denen Menschen ihre Gedanken, Gefühle und ihr Verhalten beeinflussen. Insbesondere über unterschiedliche Zielsetzungsstrategien und Akquirierung von sozialer Unterstützung scheinen Menschen mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen eher in der Lage zu sein, selbstwirksamkeitssteigernde Erfahrungen zu machen. Sie unterscheiden sich also in dem Ausmaß, in dem sie die im vorherigen Abschnitt erläuterten Quellen der SWE nutzen bzw. nutzen können. In den folgenden Abschnitten wird erläutert, wie bestimmte Persönlichkeitsmerkmale mit selbstregulativen Prozessen zusammenhängen und welche Schlüsse sich für die SWE-Entwicklung bei hohen bzw. niedrigen Ausprägungen auf diesen Persönlichkeitsmerkmalen ziehen lassen:

Menschen, die eine hohe Ausprägung auf der Persönlichkeitsdimension Gewissenhaftigkeit haben, können mit Attributen wie fleißig, perfektionistisch, ordentlich, ausdauernd und planend beschrieben werden (MacCann, Duckworth & Roberts, 2009). Sie entwickeln auf Basis besserer Zielsetzungsstrategien höhere SWE als Menschen mit einer niedrigen Ausprägung auf diesem Persönlichkeitsmerkmal: Sie setzen sich explizitere und

herausforderndere Ziele. Dies ist wiederum mit einer höheren Erreichung von Zielen assoziiert und führt damit über die Selbstwirksamkeitsquelle der direkten Erfahrung (s.o.) zu einer Steigerung der SWE (McCrae und Löckenhoff, 2010). Außerdem ist es unwahrscheinlicher, dass Menschen mit höherer Gewissenhaftigkeit prokrastinieren (Cheng & Ickes, 2009) und wahrscheinlicher, dass sie ein höheres Durchhaltevermögen haben sowie besser in der Lage sind, Belohnungsaufschübe zu tolerieren. All diese Eigenschaften gehen mit einer höheren Erfolgsrate und somit auch mit höheren SWE einher. Gewissenhaftere Menschen durchleben demnach mit höherer Wahrscheinlichkeit mehr Erfolgserlebnisse als weniger gewissenhafte Menschen. Außerdem führen sie zufriedenere Beziehungen (Malouff et al., 2010) und können infolgedessen besser auf die verbale Überzeugung, die dritte Quelle der SWE, zurückgreifen.

Menschen mit einer starken Ausprägung auf dem Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus sind stimmungslabil, leicht verletzbar und sehr abhängig von sozialer Akzeptanz (von Zerssen & Petermann, 2012b). Sie neigen dazu, sich niedrigere und weniger definierte Ziele zu setzen als weniger neurotische Menschen. Diese Zielsetzungsstrategie ist mit einer geringeren Erfolgsrate assoziiert und führt dementsprechend mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit zu einer Selbstwirksamkeitssteigerung durch direkte Erfahrung. Außerdem verfolgen stark neurotische Menschen eher einen selbstdiagnostischen Ansatz ("Was ist falsch mit mir?") anstatt einen aufgabendiagnostischen Ansatz ("Was muss getan werden?"). Letzterer Ansatz führt mit höherer Wahrscheinlichkeit zu Erfolg und somit zu einer erhöhten SWE (McCrae & Löckenhoff, 2010). Außerdem neigen neurotische Menschen zum sogenannten Self-handicapping. Dies beschreibt die Tendenz, die eigene Zielerreichung zu behindern, um den Selbstwert zu beschützen. Ein Beispiel für Self-handicapping wäre ein/e Student/-in, der/die einen Tag vor einer wichtigen Prüfung bis spät in die Nacht feiern geht. Eine schlechte Note in der Klausur muss er/sie dann nicht als Mangel an eigener Kompetenz interpretieren, sondern er findet den Grund für das Nicht-Bestehen der Prüfung in der Feier am Vortag. Ross, Canada und Rausch (2002) untersuchten den Zusammenhang von Persönlichkeitsmerkmalen und Werten auf der Self-Handicapping-Scale. Neurotizismus war positiv mit Self-Handicapping korreliert, während Gewissenhaftigkeit negativ korreliert war. Hoch neurotische Menschen sollten folglich geringere SWE entwickeln, da sie weniger häufig Erfolge erleben.

Ein weiteres Persönlichkeitsmerkmal, das mit SWE zusammenhängen könnte und als Teilaspekt von Neurotizismus gesehen werden kann (von Zerssen & Petermann, 2012), ist die Frustrationsintoleranz. Wilde (2012; S.3) definiert Frustrationsintoleranz als "the inability or

unwilligness to persist in an activity due to the unpleasant feeling associated with the task". In seiner Studie fand er heraus, dass Messungen der Frustrationsintoleranz mithilfe der FDS (Frustration Discomfort Scale; Harrington, 2005) 23% der Varianz des akademischem Erfolgs, gemessen am Grade Point Average (GPA), vorhersagen konnte. Je mehr Frustration die Studenten tolerieren konnten, umso erfolgreicher waren ihre akademischen Leistungen. Harrington (2005) zeigte, dass Frustrationsintoleranz Prokrastinationsprobleme vorhersagen konnte. Eine hohe Frustrationstoleranz führt demnach eher zu der Erreichung von Zielen und somit auch zu höheren SWE.

Extrovertierte Menschen erleben sich als weltoffen, gesellig, energisch und durchsetzungsfähig (von Zerssen & Petermann, 2012b). Swickert, Rosentreter, Hitner und Mushrusch (2002) untersuchten mithilfe von Fragebögen den Zusammenhang zwischen Extraversion und sozialer Unterstützung. Extraversion korrelierte positiv mit der wahrgenommenen sozialen Unterstützung. Außerdem konnten extrovertierte Teilnehmer/innen auf ein größeres soziales Netzwerk zurückgreifen und taten dies auch öfter als introvertierte Probanden. Extrovertierte Menschen sollten vor allem durch die Quellen der verbalen Überzeugung und der stellvertretenden Erfahrung von einer SWE-Steigerung profitieren: Sie haben öfter die Möglichkeit, soziale Unterstützung einzufordern und mehr Gelegenheiten von anderen zu lernen, da sie mehr Leute kennen und öfter den Kontakt zu anderen suchen.

Verträglichkeit beschreibt Unterschiede in der Motivation, positive interpersonelle Beziehungen aufrechtzuerhalten. Verträgliche Menschen können u.a. als warm, nett und kooperativ beschrieben werden (Larsen & Buss, 2010). Diese Attribute sind insbesondere in sozialen Bereichen wichtig. Niedrige Werte auf diesem Persönlichkeitsfaktor werden mit kriminellem Verhalten und Aggression in Verbindung gebracht. Hohe Werte hingegen sind mit harmonischen interpersonellen Beziehungen, besserer Schulleistung, weniger Depression und weniger Mobbing assoziiert (Jensen-Campbell et al., 2010). Verträgliche Menschen können unter Umständen auf quantitativ sowie qualitativ hochwertigere soziale Beziehungen zurückgreifen. Im Sinne der SWE-Steigerung ist es wahrscheinlicher, dass sie mehr verbale Überzeugung (3. Quelle der SWE) von ihnen wichtigen Personen erhalten als Personen mit einer niedrigen Verträglichkeit.

Menschen mit hohen Werten auf dem Persönlichkeitsfaktor Offenheit für neue Erfahrungen können als wissbegierig, kreativ und empfänglich für neue Ideen beschrieben werden (Larsen & Buss, 2010). Dieser Faktor sollte bei der Bereitschaft, in eine SHG einzutreten, eine wichtige Rolle spielen, da dies für den Großteil der Hilfesuchenden eine neue Erfahrung

darstellen sollte, welche mit viel Ungewissheit assoziiert ist. Da psychotherapeutisch orientierte Gesprächs-SHG meist keiner klaren Struktur unterliegen, müssen Teilnehmer/innen ein gewisses Maß an Offenheit für diese Erfahrung mitbringen, um sich auf selbige einlassen zu können. Im Bezug auf die SWE ist dieses Persönlichkeitsmerkmal wichtig, um z.B. neue Verhaltensweisen, die Teilnehmer/-innen in der Gruppe gelernt haben (2. Quelle der SWE) im eigenen Alltag auszuprobieren und dadurch von der ersten Quelle der SWE, nämlich der direkten Erfahrung, zu profitieren.

Studien, die den Zusammenhang von Persönlichkeit und akademischen und beruflichem Erfolg sowie mit Zufriedenheit in persönlichen Beziehungen untersuchten, können die oben beschriebenen theoretischen Überlegungen untermauern:

Chamorro-Premuzic und Furnham (2003) untersuchten den Zusammenhang Persönlichkeitsmerkmalen von N=247 Studenten, gemessen mithilfe des NEO-Personality Inventory Revised mit ihrer Leistung bei fünf schriftlichen Tests. Gewissenhaftigkeit war signifikant positiv mit der akademischen Leistung assoziiert. Neurotizismus hingegen zeigte negative Korrelationen mit der Leistung. Offenheit für neue Erfahrungen sowie Verträglichkeit hatten keine signifikanten Verbindungen mit den Testergebnissen. Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit scheinen vor allem bei der Erreichung von Leistungszielen wichtige Faktoren zu sein. Verträglichkeit hingegen sollte mehr im sozialen Bereich eine wichtige Rolle spielen als bei schriftlichen Tests. Die nicht signifikanten Werte bei dem Faktor Offenheit sind verständlich, da für die Studenten die Testsituation keine neue Erfahrung darstellte und somit weniger ins Gewicht fallen sollte. Hinsichtlich des Berufs fanden Witt und Ferris (2003) heraus, dass gewissenhafte Menschen eine bessere Arbeitsleistung in ihrem Beruf zeigten als weniger gewissenhafte Menschen. Dies war hauptsächlich für diejenigen mit ausgeprägteren sozialen Fähigkeiten der Fall. Die Verbindung zwischen Gewissenhaftigkeit und akademischen wie auch beruflichem Erfolg konnte auch in weiteren Studien festgestellt werden (siehe etwa Busato et al., 2000; Gray & Watson, 2002).

In ihrer Meta-Analyse untersuchten Malouff et al. (2010) die Verbindung zwischen der Zufriedenheit in einer Beziehung und der Bewertung des Partners auf den Big-5 Persönlichkeitsmerkmalen. Gewissenhaftigkeit war, gemeinsam mit Verträglichkeit und Extraversion, positiv mit Zufriedenheit in einer Beziehung korreliert, während Neurotizismus eine negative Assoziation aufwies. Malouff et al. (2010) diskutierten, dass neurotische Menschen eher dazu neigen Kritik und Geringschätzung auszudrücken und eine Verteidigungshaltung einzunehmen. Diese Eigenschaften könnten eine Beziehung belasten.

Verbinden wir die oben beschriebenen Ergebnisse und theoretischen Überlegungen liegt es nahe, ein bestimmtes Persönlichkeitsprofil zu vermuten, das direkt oder indirekt zu höheren SWE führen kann. Dieses sollte aus einer Kombination von niedrigem Neurotizismus, hoher Gewissenhaftigkeit, hoher Extraversion, hoher Verträglichkeit und hoher Offenheit für neue Erfahrungen bestehen. Auch eine hohe Frustrationstoleranz sollte mit höheren SWE assoziiert sein.

Bei Menschen mit psychischen Störungen scheint ein überwiegend entgegengesetztes Persönlichkeitsprofil vorzuliegen. In einer Meta-Analyse von 33 Studien untersuchten Malouff, Thorsteinsson und Schutte (2005) die Verbindung zwischen den Big-5 und psychischen Störungen. Studien, die entweder nach DSM-IV oder DSM-III-R diagnostizierte Patienten mit einer Kontrollgruppe auf den Big-5 Persönlichkeitsmerkmalen verglichen oder Studien, die Korrelationen zwischen Messungen der Big-5 und DSM-IV Diagnosen beschrieben, wurden in die Analyse aufgenommen. Die Ergebnisse zeigten bei Personen mit psychischen Störungen ein deutliches Muster von hohem Neurotizismus, niedriger Gewissenhaftigkeit, niedriger Verträglichkeit sowie niedriger Extraversion. Neurotizismus zeigte eine starke Effektgröße von d=.92. Im Durchschnitt hatten Menschen mit psychischen Erkrankungen also einen um d=.92 Standardabweichungen erhöhten Neurotizismuswert. Eine mittlere Effektstärke zeigte sich bei Gewissenhaftigkeit (d=.66) und schwache Effektstärken bei Extraversion (d=.41) und Verträglichkeit (d=.38). Das Persönlichkeitsmerkmal Offenheit für neue Erfahrungen war bei psychisch Erkrankten nicht signifikant unterschiedlich zu den Kontrollgruppen. Da unterschiedliche Krankheitsbilder in der Studie untersucht wurden, analysierten die Autoren, ob die Diagnose Einfluss auf dieses Ergebnis hatte. Sie fanden heraus, dass bei externalisierenden Störungen ein Persönlichkeitsmuster von hoher Extraversion, niedriger Verträglichkeit und niedrigem Neurotizismus auftrat. Bei Angststörungen konnte eine positive Assoziation zu Verträglichkeit beobachtet werden. Menschen mit affektiven Störungen wiesen signifikant niedrigere Extraversionswerte im Vergleich zu Menschen mit anderen Diagnosen auf.

Menschen mit psychischen Störungen verfügen demnach mit höherer Wahrscheinlichkeit über ein Persönlichkeitsmuster, welches bei der Akquirierung von SWE hinderlich sein könnte. Da die in dieser Studie untersuchte Stichprobe aus Menschen mit psychischen Problemen besteht, ist zu erwarten, dass ein solches Persönlichkeitsmuster gefunden wird. Aus dieser Darstellung ergibt sich die Frage, ob sich diese Teilnehmer/-innen auf bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen von der Gesamtbevölkerung unterscheiden. Antworten auf diese Frage könnten in der Praxis dazu verhelfen, Menschen zu identifizieren, die mit hoher

Wahrscheinlichkeit von Selbsthilfe profitieren und diesen den Weg dorthin zu weisen. Natürlich sollten solche Ergebnisse nicht dazu verwendet werden, um Menschen, die nicht in dieses Profil passen, Selbsthilfe nicht zu empfehlen oder gar vorzuenthalten.

In der Literatur ist die Persönlichkeitsstruktur von Menschen, die an Selbsthilfegruppen teilnehmen, nur teilweise untersucht worden:

In ihrer Studie verglichen Höflich et al. (2007) drei Gruppen von Patienten: Solche, die nach ihrer Entlassung aus einer psychosomatischen Klinik weder ambulante Psychotherapie noch eine Selbsthilfegruppe in Anspruch nahmen mit denjenigen, die entweder beides oder nur ambulante Psychotherapie wählten. Die Teilnehmer/-innen wurden u.a. mithilfe des NEO-FFI hinsichtlich der Unterschiede in ihrer Persönlichkeitsstruktur untersucht. Auf der Dimension Offenheit für neue Erfahrungen schätzten sich Teilnehmer/-innen der Gruppe, die ambulante Therapie und Selbsthilfe in Anspruch genommen hatte, signifikant höher ein als die Teilnehmer/-innen in den zwei übrigen Gruppen. Folglich bestätigt die Studie die intuitive Überlegung, dass jemand eher an einer SHG teilnimmt, der aufgeschlossener gegenüber dieser neuen Erfahrung ist. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist jedoch zu bedenken, dass diese sich nicht ohne weiteres auf Menschen, die nur Selbsthilfe in Anspruch nehmen, generalisieren lassen.

In einer anderen Studie fanden Hurlburt, Gade und Fuqua (1984) heraus, dass Alkoholiker, die bei AA teilnahmen, extrovertierter und weniger emotional waren als Alkoholiker, die nicht teilnahmen.

Da die Studienlage keine eindeutigen Schlüsse auf die Persönlichkeitsstruktur von langjährigen SHG-Teilnehmern/-innen zulässt, wird in dieser Studie untersucht, ob sich die Teilnehmer/-innen von der Gesamtbevölkerung signifikant unterscheiden.

Aus den oben präsentierten Studien, Überlegungen und unter Beachtung der Anforderungen, die der Besuch einer SHG mit sich bringt sowie der Selektionsprozesse, denen SHG unterliegen, sollten Personen, die langfristig eine SHG besuchen, folgendes Persönlichkeitsprofil aufweisen (in den Klammern sind die entsprechenden MPT-Skalen aufgeführt):

- 1. Erhöhte Offenheit für neue Erfahrungen, da der Eintritt in eine SHG eine neue Erfahrung darstellt sowie mit Ungewissheit verbunden ist (hohe esoterische Neigungen).
- 2. Hohe Verträglichkeit, da ansonsten die Zusammenarbeit in einer Gruppe gefährdet ist (niedrige Isolationstendenz, hohe Normorientierung).

- 3. Hoher Neurotizismus: Da diese Persönlichkeitsausprägung bei Menschen mit psychischen Störungen oft erhöht ist (s.o) (hoher Neurotizismus, niedrige Frustrationstoleranz).
- 4. Hohe Gewissenhaftigkeit, da der Besuch einer SHG mit viel Eigenverantwortung verbunden ist (hohe Rigidität).
- 5. Extraversion (Extraversion): Hier lassen sich keine genauen Aussagen treffen: Extrovertierten wird es u.U. leichter fallen, sich zu Beginn in einer SHG zu orientieren und Kontakte zu knüpfen. Menschen mit einer geringen Ausprägung auf diesen Persönlichkeitsmerkmalen fühlen sich aber ggf. genauso wohl in einer Gruppe, die keinen Druck auf den Einzelnen ausübt und dem Individuum akzeptierend gegenübertritt.

Diejenigen, die am meisten von den Quellen der SWE profitieren und eine Selbstwirksamkeitssteigerung erfahren, sollten folgendes Persönlichkeitsprofil aufweisen:

- 1. Hohe Offenheit
- 2. Hohe Verträglichkeit
- 3. Niedriger Neurotizismus / hohe Frustrationstoleranz
- 4. Hohe Gewissenhaftigkeit
- 5. Hohe Extraversion

#### 1.8 Vergleich der MPT-Skalen und den Big-5

Der Sechs-Faktoren-Test (SFT; Drieling, Hecht & Zerssen, 2007) erfasst die Big-5 und ergänzt sie um den Faktor Frömmigkeit. Die Zusammenhänge von MPT und SFT wurden anhand einer Stichprobe N=74 Studenten/-innen untersucht, die den MPT sowie den SFT ausfüllten. Eine Substichprobe von n=46 Studenten/-innen füllte beide Tests sechs Wochen nach der ersten Erhebung erneut aus. In Tabelle 1 sind die Korrelationen zu sehen. Am höchsten sind die beiden Neurotizismus-Dimensionen korreliert. Frustrationstoleranz, als Teilaspekt von Neurotizismus, korrelierte wie erwartet negativ mit Neurotizismus. Rigidität und Gewissenhaftigkeit korrelierten positiv miteinander. Aggressivität, welches das Gegenstück zu Verträglichkeit darstellt, korreliert positiv mit Isolationstendenz und negativ mit Normorientierung. Die Dimension Esoterische Neigungen ist positiv mit den Dimensionen Offenheit für Erfahrungen und Frömmigkeit korreliert. Diese Ergebnisse

machen nicht nur die Konstruktvalidität des MPT, sondern auch die Anwendbarkeit der oben erläuterten theoretischen Überlegungen auf Messungen mit dem MPT deutlich.

Tabelle 1

Korrelationen der Skalen des MPT und SFT zu zwei Messzeitpunkten.

MPT-Skalen	T1 (r)	T2 (r)	SFT-Skalen
Extraversion	.41	.57	Extraversion
Neurotizismus	.86	.89	Neurotizismus
Frustrationstoleranz	48	46	
Rigidität	.61	.64	Gewissenhaftigkeit
Esoterische Neigungen	.58	.37	Offenheit f. neue Erfahrungen
	.53	.64	Frömmigkeit
Isolationstendenz	.66	.65	Aggressivität
Normorientierung	53	64	
Motivation	.71	.85	Motivation

Notiz: Tabelle modifiziert nach von Zerssen & Petermann, 2012b S.29.

T1(r) = Korrelation zwischen korrespondierenden Skalen aus MPT und SFT zum ersten Messzeitpunkt (N=74)

T2(r) = Korrelation zum zweiten Messzeitpunkt (6 Wochen später; N=46)

#### 1.9 Zusammenfassung und Hypothesen

SHG stellen einen wichtigen Teil unserer Gesellschaft – insbesondere unseres Gesundheitssystems - dar. Die in den Gruppen behandelten Themen sind vielseitig und Teilnehmer/-innen erhalten Hilfe in den verschiedensten Bereichen. Der Besuch einer SHG geht nicht nur mit einer subjektiven Verbesserung des Befindens einher; zahlreiche Studien deuten auf die positive Wirkung von Selbsthilfe für die Teilnehmer/-innen hin.

Im theoretischen Teil wurde das Konzept der Selbstwirksamkeit, insbesondere der Quellen der SWE dargestellt und erörtert, wie der Besuch einer SHG selbstwirksamkeitssteigernd wirken kann. Außerdem wurde die Verbindung von Persönlichkeit und Selbstwirksamkeit mit einer besonderen Berücksichtigung des Persönlichkeitsprofils bei Menschen mit

psychischen Erkrankungen abgebildet. Vor allem über selbstregulative Prozesse wie Zielsetzungsstrategien machen Menschen mit bestimmten Persönlichkeitsprofilen eher selbstwirksamkeitssteigernde Erfahrungen. Aus den theoretischen Überlegungen lassen sich folgende Hypothesen ableiten:

- 1. **H0**: Die Teilnehmer/-innen der SHG bewerten den Besuch der SHG auf einer Skala von "0=gar nicht hilfreich" bis "10=sehr hilfreich" nicht signifikant unterschiedlich von dem Wert 5. **H1**: Der Besuch der SHG wird von den Teilnehmern/-innen als hilfreich erlebt. Die Teilnehmer/-innen der SHG bewerten den Besuch der SHG auf einer Skala von "0=gar nicht hilfreich" bis "10=sehr hilfreich" signifikant höher als 5.
- 2. **H0**: Die Teilnehmer/-innen bewerten den Besuch der SHG auf der Skala Selbstwirksamkeitserwartung im Umgang mit Personal des Gesundheitswesens nicht signifikant unterschiedlich vom Wert 12. **H1**: Die Teilnehmer/-innen bewerten den Besuch der SHG auf der Skala Selbstwirksamkeitserwartung im Umgang mit Personal des Gesundheitswesens signifikant höher als 12. Die Skala besteht aus 8 Items mit einem Maximalwert von 24 und einem Minimalwert von 0.
- 3. **H0:** Die Teilnehmer/-innen bewerten den Besuch der SHG auf der Skala *Selbstwirksamkeitserwartung im Äußern von positiven Gefühlen* nicht signifikant unterschiedlich von 5. **H1:** Die Teilnehmer/-innen bewerten den Besuch der SHG auf der Skala Selbstwirksamkeitserwartung im Äußern von positiven Gefühlen signifikant höher als 5. Die Skala besteht aus 3 Items mit einem Maximalwert von 9 und einem Minimalwert von 0.
- 4. **H0:** Die Teilnehmer/-innen bewerten den Besuch der SHG auf der Skala *Selbstwirksamkeitserwartung im Umgang mit negativen Gefühlen* nicht signifikant unterschiedlich vom Wert 11. **H1:** Die Teilnehmer/-innen bewerten den Besuch der SHG auf der Skala Selbstwirksamkeitserwartung im Umgang mit negativen Gefühlen signifikant höher als 11. Die Skala besteht aus 7 Items mit einem Maximalwert von 21 und einem Minimalwert von 0.
- 5. **H0:** Die Teilnehmer/-innen bewerten den Besuch der SHG auf der Skala *Selbstwirksamkeitserwartung im Umgang mit der eigenen Krankheit* nicht signifikant unterschiedlich vom Wert 8. **H1:** Die Teilnehmer/-innen bewerten den Besuch der SHG auf der Skala Selbstwirksamkeitserwartung im Umgang mit der eigenen Krankheit signifikant höher als 8. Die Skala besteht aus 5 Items mit einem Maximalwert von 15 und einem Minimalwert von 0.

- 6. **H0:** Die Teilnehmer/-innen bewerten den Besuch der SHG auf der Skala Selbstwirksamkeitserwartung in der Akquirierung von Hilfe nicht signifikant unterschiedlich vom Wert 6. **H1:** Die Teilnehmer/-innen bewerten den Besuch der SHG auf der Skala Selbstwirksamkeitserwartung in der Akquirierung von Hilfe signifikant höher als 6. Die Skala besteht aus 4 Items mit einem Maximalwert von 12 und einem Minimalwert von 0.
- 7. **H0:** Die Teilnehmer/-innen bewerten den Besuch der SHG auf der Skala Selbstwirksamkeitserwartung bei der Kommunikation über Selbsthilfe am Arbeitsplatz nicht signifikant unterschiedlich vom Wert 3. **H1:** Die Teilnehmer/-innen bewerten den Besuch der SHG auf der Skala Selbstwirksamkeitserwartung bei der Kommunikation über Selbsthilfe am Arbeitsplatz signifikant höher als 3. Die Skala besteht aus zwei Items mit einem Maximalwert von 6 und einem Minimalwert von 0.
- 8. **H0:** Teilnehmer/-innen von SHG zeigen auf dem mithilfe des MPT erfassten Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus keinen signifikant anderen Wert als die Normstichprobe mit  $M_{\text{Norm}}=10.43$ . Auch bei getrennter Betrachtung von Männern und Frauen weisen diese keinen signifikant unterschiedlichen Wert als die Normstichprobe ( $M_{\text{Norm}}=10.14$ ;  $M_{\text{Norm}}=10.14$ ;  $M_{\text{Norm}}=10.14$ ) auf. **H1:** Teilnehmer/-innen von SHG zeigen auf dem mithilfe des MPT erfassten Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus einen signifikant höheren Wert als die Normstichprobe von  $M_{\text{Norm}}=10.43$ . Auch bei getrennter Betrachtung von Männern und Frauen weisen diese einen signifikant höheren Wert als die Normstichprobe ( $M_{\text{Norm}}=10.14$ ;  $M_{\text{Norm}}=10.14$ ) auf.
- 9. **H0:** Teilnehmer/-innen von SHG zeigen auf dem mithilfe des MPT erfassten Persönlichkeitsmerkmal Rigidität keinen signifikant unterschiedlichen Wert auf als die Normstichprobe von  $M_{\text{Norm}}=10.42$ . Auch bei getrennter Betrachtung von Männern und Frauen weisen diese keinen signifikant unterschiedlichen Wert als die Normstichprobe ( $M_{\text{Norm}}=10.74$ ;  $M_{\text{Norm}}=10.86$ ) auf. **H1:** Teilnehmer/-innen von SHG zeigen auf dem mithilfe des MPT erfassten Persönlichkeitsmerkmal Rigidität einen signifikant höheren Wert als die Normstichprobe von  $M_{\text{Norm}}=10.42$ . Auch bei getrennter Betrachtung von Männern und Frauen weisen diese einen signifikant höheren Wert als die Normstichprobe ( $M_{\text{Norm}}=10.74$ ;  $M_{\text{Norm}}=10.86$ ) auf.
- 10. **H0:** Teilnehmer/-innen von SHG zeigen auf dem mithilfe des MPT erfassten Persönlichkeitsmerkmal Isolationstendenz keinen signifikant unterschiedlichen Wert als die Normstichprobe von  $M_{\text{Norm}}$ =2.95. Auch bei getrennter Betrachtung von Männern und Frauen weisen diese keinen signifikant unterschiedlichen Wert als die Normstichprobe

- $(M_{\text{NormMänner}}=3.08; M_{\text{NormFrauen}}=2.82)$  auf. **H1:** Teilnehmer/-innen von SHG zeigen auf dem mithilfe des MPT erfassten Persönlichkeitsmerkmal Isolationstendenz einen signifikant niedrigeren Wert als die Normstichprobe von  $M_{\text{Norm}}=2.95$ . Auch bei getrennter Betrachtung von Männern und Frauen weisen diese einen signifikant niedrigeren Wert als die Normstichprobe  $(M_{\text{NormMänner}}=3.08; M_{\text{NormFrauen}}=2.82)$  auf.
- 11. **H0:** Teilnehmer/-innen von SHG zeigen auf dem mithilfe des MPT erfassten Persönlichkeitsmerkmal Normorientierung keinen signifikant unterschiedlichen Wert als die Normstichprobe von  $M_{\text{Norm}}=11.025$ . Auch bei getrennter Betrachtung von Männern und Frauen weisen diese keinen signifikant unterschiedlichen Wert als die Normstichprobe ( $M_{\text{NormMänner}}=10.78$ ;  $M_{\text{NormFrauen}}=11.27$ ) auf. **H1:** Teilnehmer/-innen von SHG zeigen auf dem mithilfe des MPT erfassten Persönlichkeitsmerkmal Normorientierung einen signifikant höheren Wert als die Normstichprobe von  $M_{\text{Norm}}=11.025$ . Auch bei getrennter Betrachtung von Männern und Frauen weisen diese einen signifikant höheren Wert als die Normstichprobe ( $M_{\text{NormMänner}}=10.78$ ;  $M_{\text{NormFrauen}}=11.27$ ) auf.
- 12. **H0:** Teilnehmer/-innen von SHG zeigen auf dem mithilfe des MPT erfassten Persönlichkeitsmerkmal Esoterische Neigungen keinen signifikant unterschiedlichen Wert als die Normstichprobe von  $M_{\text{Norm}}$ =2.16. Auch bei getrennter Betrachtung von Männern und Frauen weisen diese keinen signifikant unterschiedlichen Wert als die Normstichprobe ( $M_{\text{NormMänner}}$ =1.96;  $M_{\text{NormFrauen}}$ =2.15) auf. **H1:** Teilnehmer/-innen von SHG zeigen auf dem mithilfe des MPT erfassten Persönlichkeitsmerkmal Esoterische Neigungen einen signifikant höheren Wert als die Normstichprobe von  $M_{\text{Norm}}$ =2.16. Auch bei getrennter Betrachtung von Männern und Frauen weisen diese einen signifikant höheren Wert als die Normstichprobe ( $M_{\text{NormMänner}}$ =1.96;  $M_{\text{NormFrauen}}$ =2.15) auf.
- 13. **H0:** Teilnehmer/-innen von SHG zeigen auf dem mithilfe des MPT erfassten Persönlichkeitsmerkmal Frustrationstoleranz keinen signifikant unterschiedlichen Wert als die Normstichprobe von  $M_{\text{Norm}}=8.375$ . Auch bei getrennter Betrachtung von Männern und Frauen weisen diese keinen signifikant unterschiedlichen Wert als die Normstichprobe ( $M_{\text{NormMänner}}=8.92$ ;  $M_{\text{NormFrauen}}=7.07$ ) auf. **H1:** Teilnehmer/-innen von SHG zeigen auf dem mithilfe des MPT erfassten Persönlichkeitsmerkmal Frustrationstoleranz einen signifikant niedrigeren Wert als die Normstichprobe von  $M_{\text{Norm}}=8.375$ . Auch bei getrennter Betrachtung von Männern und Frauen weisen diese einen signifikant niedrigeren Wert als die Normstichprobe ( $M_{\text{NormMänner}}=8.92$ ;  $M_{\text{NormFrauen}}=7.07$ ) auf.

- 14. **H0:** Teilnehmer/-innen von SHG zeigen auf dem mithilfe des MPT erfassten Persönlichkeitsmerkmal Extraversion keinen signifikant unterschiedlichen Wert als die Normstichprobe von  $M_{\text{Norm}}=11.6$ . Auch bei getrennter Betrachtung von Männern und Frauen weisen diese keinen signifikant unterschiedlichen Wert als die Normstichprobe ( $M_{\text{NormMänner}}=12.34$ ;  $M_{\text{NormFrauen}}=10.86$ ) auf. **H1:** Teilnehmer/-innen von SHG zeigen auf dem mithilfe des MPT erfassten Persönlichkeitsmerkmal Extraversion einen signifikant unterschiedlichen Wert als die Normstichprobe von  $M_{\text{Norm}}=11.6$ . Auch bei getrennter Betrachtung von Männern und Frauen weisen diese einen signifikant unterschiedlichen Wert als die Normstichprobe ( $M_{\text{NormMänner}}=12.34$ ;  $M_{\text{NormFrauen}}=10.86$ ) auf.
- 15. H0: Neurotizismus korreliert nicht signifikant mit erlebten SWE-Steigerungen.H1: Neurotizismus korreliert signifikant negativ mit erlebten SWE-Steigerungen.
- 16. H0:Frustrationstoleranz korreliert nicht signifikant mit erlebten SWE-Steigerungen.H1: Frustrationstoleranz korreliert signifikant positiv mit erlebten SWE-Steigerungen.
- 17. **H0:** Extraversion korreliert nicht signifikant mit erlebten SWE-Steigerungen. **H1:** Extraversion korreliert signifikant positiv mit erlebten SWE-Steigerungen.
- 18. **H0:** Isolationstendenz korreliert nicht signifikant mit erlebten SWE-Steigerungen. **H1:** Isolationstendenz korreliert signifikant negativ mit erlebten SWE-Steigerungen.
- 19. **H0:** Normorientierung korreliert nicht signifikant mit erlebten SWE-Steigerungen. **H1:** Normorientierung korreliert signifikant positiv mit erlebten SWE-Steigerungen.
- 20. **H0:** Rigidität korreliert nicht signifikant mit erlebten SWE-Steigerungen. **H1:** Rigidität korreliert signifikant positiv mit erlebten SWE-Steigerungen.
- 21. **H0:** Esoterische Neigungen korrelieren nicht signifikant mit erlebten SWE-Steigerungen.
  - **H1:** Esoterische Neigungen korrelieren signifikant positiv mit erlebten SWE-Steigerungen.
- 22. H0: Persönlichkeitsmerkmale sagen SWE-Veränderung nicht voraus.H1: Persönlichkeitsmerkmale sagen SWE-Veränderung voraus.

## 1.10 Versorgungsstudie

Der zweite Teil der Studie soll die psychotherapeutische Versorgung von SelbsthilfegruppenTeilnehmern/-innen in Bremen abbilden. Von Interesse ist hierbei, wie viele Teilnehmer/-innen zum Zeitpunkt der Befragung in psychotherapeutischer Behandlung

sind, wie lange sie auf diesen Therapieplatz haben warten müssen und/oder ob sie gerade auf einen Therapieplatz warten. Außerdem stellt sich die Frage nach der subjektiven Belastung durch die Wartezeit.

Aufgrund der Unterversorgung und der daraus resultierenden Wartezeiten kann eine starke Belastung für die Erkrankten entstehen: Zum einen steigt mit erhöhten Wartezeiten die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient die Behandlung gar nicht erst beginnt. Zum anderen bergen Wartezeiten das Risiko einer Verschlimmerung und/oder Chronifizierung der Erkrankung (BPtK-Studie, 2011).

In Deutschland warten Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung einen ambulanten Therapieplatz suchen, durchschnittlich 3 Monate auf ein Erstgespräch. Danach beträgt die Wartezeit bis zum Therapiebeginn nochmals im Durchschnitt etwa drei Monate. In diesen drei Monaten finden jedoch bereits die probatorischen Sitzungen statt (BPtK-Studie, 2011).

Bei den Wartezeiten ergeben sich regional starke Unterschiede zwischen den Bundesländern sowie zwischen städtischen und ländlichen Regionen. Die Unterschiede haben ihre Wurzeln in der so genannten Bedarfsplanung. Diese orientierte sich nicht an dem wissenschaftlich ermittelten Bedarf an Psychotherapie, sondern an der Anzahl der Therapeuten, die bis zum 31.08.1999 eine Zulassung nach dem Psychotherapeutengesetz vom 01.01.1999 erhielten. Somit wurde die 1999 bestehende Unterversorgung in die Zeit nach dem Psychotherapeutengesetz übernommen und durch Nichtbeachtung von Anträgen, die während des 31.08.1999 noch in Bearbeitung waren, verschärft.

Die Versorgungslage in Bremen zeigt sich im Vergleich besser als in vielen anderen Teilen Deutschlands. Die Zahlen sind jedoch nicht zufriedenstellend: Die Patienten warten durchschnittlich 8,8 Wochen auf ein Erstgespräch. 17,8% der Anfragenden müssen länger als drei Monate warten. Damit liegt Bremen zwar unter dem deutschlandweiten Durchschnitt, die Wartezeiten weisen dennoch auf eine Unterversorgung hin. Die angestrebte durchschnittliche Wartezeit liegt bei drei Wochen (BPtK-Studie, 2011)

Auch mit etwa 57 Therapeuten auf 100000 Einwohner liegt Bremen, genauso wie Hamburg, über dem Landesdurchschnitt. In Bundesländern wie Mecklenburg-Vorpommern oder Brandenburg besteht mit 10-12 Therapeuten eine noch schlechtere Versorgungslage (BPtK-Studie, 2011).

Für SHG können lange Wartezeiten ein großes Problem darstellen. Erkrankt ein/e Teilnehmer/-in einer SHG für Depressionserkrankte beispielsweise an einer erneuten depressiven Episode, ohne dass ihm eine Therapie zur Verfügung steht, kann dies mehrere

Folgen haben. Zum einen ist es wahrscheinlich, dass sich der Betroffene immer weiter aus der Gruppe zurückzieht und sich nicht mehr in die Gespräche mit einbringen kann. Es wird ihm also immer schwerer Fallen einen Nutzen aus der Gruppe zu ziehen und noch schwerer fallen, anderen zu helfen. Zum anderen kann eine solche Situation für die anderen Teilnehmer/-innen der Gruppe schnell eine Überforderung darstellen. Zwar bietet die SHG Hilfe an, es ist jedoch nicht ihre Aufgabe oder ihr Anspruch, als Therapie zu fungieren.

Die hier angeführten Zahlen wurden der BPtK-Studie (2011) zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung entnommen. In der Studie wurden ausschließlich Psychotherapeuten zu den Wartezeiten befragt. In dieser Studie werden die Teilnehmer/-innen von SHG zu den Wartezeiten befragt und diese werden mit denen der BPtK-Studie verglichen.

### 2 Methoden

### 2.1 Design

Im Zeitraum von Anfang Februar 2014 bis Ende März 2014 wurden Selbsthilfegruppen im Raum Bremen, die sich mit einem psychologischen, psychiatrischen oder psychosozialen Thema befassten, kontaktiert. SHG, die sich mit körperlichen Beschwerden und Erkrankungen befassten, wurden nicht in die Studie aufgenommen.

Jede/r Teilnehmer/-in erhielt einen 15-seitigen Fragebogen (siehe Anhang *Fragebogen*) in einem unverschlossenen Umschlag, der für die Rückgabe verwendet werden konnte. Den Fragebogen sollten die Teilnehmer/-innen eigenständig außerhalb der SHG-Treffen ausfüllen. Im Folgenden ist der Aufbau des Fragebogens detailliert dargestellt (siehe Tabelle 2).

Die Anzahl der kontaktierten Gruppen war durch die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel beschränkt. Die Teilnehmer/-innen wurden auf drei verschiedenen Wegen kontaktiert:

- Gruppen, die sich in den Räumen des Netzwerk Selbsthilfe e.V. trafen, erhielten einen Brief mit Informationen über die Studie sowie der Bitte zur Teilnahme. Exemplare der Studie lagen in den Räumlichkeiten aus.
- 2. Gruppen, die sich außerhalb des Netzwerk Selbsthilfe e.V. trafen, wurden telefonisch kontaktiert. Bei Interesse zur Teilnahme erhielten die Gruppen die Exemplare per Post oder wurden den Gruppen persönlich vorbeigebracht.
- Ein Aufruf zur Teilnahme an der Studie sowie ein Exemplar der Studie im pdf-Format zum Ausdrucken wurden auf der Internetseite des Netzwerk Selbsthilfe e.V. (<a href="http://www.netzwerk-selbsthilfe.com">http://www.netzwerk-selbsthilfe.com</a>) veröffentlicht.

Insgesamt wurden 200 Studien auf den Wegen 1 und 2 verteilt. Die Teilnehmer/-innen konnten die Studie per Post zurücksenden oder direkt beim Netzwerk Selbsthilfe e.V. zurückgeben. Die Studie konnte entweder direkt an das Personal übergeben oder in den Briefkasten geworfen werden.

Als die Ergebnisse der Studie vorlagen, wurden diese den Teilnehmern/-innen, die ihre E-Mail-Adresse hinterlassen hatten, zugesendet. Außerdem wurden die Ergebnisse auf der Internetseite des Netzwerk Selbsthilfe e.V. veröffentlicht.

Tabelle 2

### Aufbau des Fragebogens

Seite **Inhalt** 1 Aufklärung der Teilnehmer/-innen über die Fragestellung und den Aufbau der Studie, die Gewährleistung ihrer Anonymität, die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie die zu erwartende Bearbeitungsdauer der Studie. Außerdem wurde darauf hingewiesen, dass der Teilnehmer/-innen die Projektleiter bei Fragen oder Kritik kontaktieren kann. Diese erste Seite konnten die Teilnehmer/-innen behalten. 2 Die Teilnehmer/-innen werden gebeten, mit ihrer Unterschrift zu bestätigen, dass sie die Informationen auf der ersten Seite gelesen und verstanden haben sowie mit der Teilnahme einverstanden sind. Die Teilnehmer/-innen wurden zudem darüber informiert, dass dieser Zettel bei der Datenauswertung vom Rest der Studie getrennt werde, um ihre Anonymität zu gewährleisten. 3 Erhebung demographischer Daten Fragen zum Thema Selbsthilfe. Zum Beispiel: "Welche SHG besuchen Sie im Moment?"; "Welche 4-6 Themen werden in der von Ihnen besuchten Selbsthilfegruppe behandelt?". 7-8 Fragen zur psychotherapeutischen/-psychiatrischen Versorgung. Es werden Fragen zur bisherigen/jetzigen Inanspruchnahme von Psychotherapie sowie zu den Wartezeiten gestellt. Außerdem wird mithilfe einer 11-Punkte Likert-Skala ("0=Gar nicht" bis "10 sehr stark") erfasst, wie stark sich die Teilnehmer/-innen durch Wartezeiten belastet fühl(t)en. 9-11 Münchner Persönlichkeitstest SB (von Zerssen & Petermann, 2012a) 12-13 Fragen zur Selbstwirksamkeit: Mithilfe von 29 Items wird erfragt, inwiefern die Teilnehmer/-innen durch den Besuch der Selbsthilfegruppe besser mit der eigenen Krankheit, Mitarbeitern des Gesundheitswesens, sowie eigenen Gefühlen umgehen können. Außerdem bietet sich für die Teilnehmer/-innen die Möglichkeit, selbst zu äußern, in welchen Bereichen ihnen der Besuch der SHG am besten geholfen hat. 14 Mit einem Item wird kontrolliert, ob die Fragen und Antworten in der Studie verständlich waren. Für die Teilnehmer/-innen der Studie bietet sich darüber hinaus die Möglichkeit, Kritik und Verbesserungsvorschläge zu geben. 15 Dank für die Teilnahme an der Studie sowie die Möglichkeit, eine E-Mail-Adresse für die Zusendung

der allgemeinen Ergebnisse der Studie zu erhalten

### 2.2 Instrumente

### 2.2.1 MPT

Der Münchener Persönlichkeitstest (von Zerssen & Petermann, 2012a) erfasst mithilfe von 49 Items die Persönlichkeit anhand von sieben Dimensionen (Extraversion, Neurotizismus, Frustrationstoleranz, Rigidität, Isolationstendenz, Esoterische Neigungen und Normorientierung). Außerdem ist noch eine Skala zur Erfassung der Motivation zur Teilnahme integriert. Der Test kann für Jugendliche ab 14 Jahren und Erwachsene im als auch nicht-klinischen Bereich klinischen im verwendet werden. Der MPT steht in drei Versionen zur Verfügung: MPT-Sb (Selbstbeurteilung), Fremdbeurteilung einer männlichen Person (MPT-Fb-m) und Fremdbeurteilung einer weiblichen Person (MPT-Fb-w). In dieser Studie wurde nur der MPT-Sb verwendet. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Skalen liegt zwischen  $\alpha = .68$  und  $\alpha = .88$ . Die Retest-Reliabilität wurde über Zeitintervalle zwischen 6 Wochen ( $r_{tt}$  = .73 bis  $r_{tt}$  = .85), ca. 1 Jahr ( $r_{tt} = .54$  bis  $r_{tt} = .78$ ) und ca. 7 Jahren ( $r_{tt} = .32$  bis  $r_{tt} = .74$ ) bestimmt (von Zerssen & Petermann, 2012b).

### 2.2.2 Skalen SWE

Die Skalen ergaben sich aus der in den Ergebnissen (Abschnitt 3.3) dargestellten Faktorenanalyse.

Für alle Faktoren wurde Cronbachs Alpha ermittelt. Eine zufriedenstellende interne Konsistenz ergibt sich, wenn  $\alpha \ge .70$  erreicht wird (Howitt & Duncan, 2008).

- 1. Die alpha -Reliabilität für die 8-Item Skala *Umgang mit Personal des Gesundheitswesens* war  $\alpha$ =.93.
- 2. Die alpha -Reliabilität für die 3-Item Skala  $\ddot{A}u\beta ern$  von positiven Gefühlen war  $\alpha$ =.90.
- 3. Die alpha -Reliabilität für die 7-Item Skala Äußern von negativen Gefühlen war  $\alpha$ =.89.
- 4. Die alpha -Reliabilität für die 5-Item Skala *Umgang mit der eigenen Krankheit* war  $\alpha$ =.87.

- 5. Die alpha -Reliabilität für die 4-Item Skala Akquirierung von Hilfe war  $\alpha$ =.76.
- 6. Die alpha Reliabilität für die 2-Item Skala *Kommunikation über Selbsthilfe am Arbeitsplatz* war  $\alpha$ =.89.

### 2.3 Statistische Auswertung

Um zu untersuchen, ob die Teilnehmer/-innen den Besuch der SHG als selbstwirksamkeitssteigernd erleben, werden Einstichproben-t-Tests durchgeführt. Da es keine Kontrollgruppe gibt, werden die Teilnehmer/-innen mit vorher festgelegten Testwerten verglichen (siehe *Hypothesen*).

Das Persönlichkeitsprofil wird ebenfalls mithilfe von Einstichproben-t-Tests untersucht. Als Testwerte dienen die Mittelwerte der Normstichprobe des MPT (von Zerssen & Petermann, 2012).

Die Konstruktion der Skalen für die SWE-Veränderung erfolgt mithilfe einer Faktorenanalyse mit einer Varimax-Rotation. Bei der Faktorenanalyse erfolgt eine empirische Variablenerstellung basierend auf einer Korrelationsmatrix (Howitt & Duncan, 2008). Vereinfacht ausgedrückt bestehen die Variablen aus Items, die miteinander korrelieren. Anhand von Screeplots wird für die untersuchten Items die Anzahl der Faktoren festgelegt. Insgesamt werden 29 Items untersucht. Die Voraussetzung, dass mindestens doppelt so viele Fälle wie Items für die Faktorenanalyse zur Verfügung stehen, ist bei einer Stichprobengröße von N=81 gegeben (Howitt & Duncan, 2008).

Der Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und SWE wird zuerst mithilfe von Pearson-Produkt-Moment Korrelationen erfasst. Danach werden für jede der mithilfe der Faktorenanalyse ermittelten SWE-Variablen schrittweise multiple Regressionen berechnet. Neben den Persönlichkeitsmerkmalen werden noch weitere Prädiktoren, wie der subjektive Nutzen der SHG und das Geschlecht, in die Regressionen eigegeben. Bei der schrittweisen multiplen Regression werden die Variablen nacheinander vom Programm in die Regression eingeschlossen. Der erste Prädiktor ist derjenige, der die höchste Korrelation mit der Zielvariablen aufweist. Die Korrelation muss signifikant sein, um eingeschlossen zu werden. Der Prädiktor, der im zweiten Schritt in das Regressionsmodell aufgenommen wird, ist derjenige, der die zweithöchste Varianzaufklärung aufweist. Wenn diese jedoch nicht

signifikant ist, stoppt die Regression und nur der vorherige Faktor wird in das Modell aufgenommen (Howitt & Duncan, 2008).

Um zu untersuchen, ob die Tests verwendet werden können, wurde eine Explorative Datenanalyse (EDA) durchgeführt (siehe Anhang, *EDA*).

Die statistische Auswertung erfolgt mit SPSS Version 20 (IBM Corp, 2011).

### 3 Ergebnisse

### 3.1 Deskriptive Analyse

An der Studie nahmen N=81 (40 Frauen) Teilnehmer/-innen aus SHG in Bremen teil. Die Teilnehmer/-innen waren zwischen 23 und 73 Jahren (*M*=54.51; *SD*=10.15) alt. 79 (97.5%) der Teilnehmer/-innen gaben als ihre Staatsangehörigkeit deutsch an. Ein Proband (1,25%) kam aus einem anderen EU-Land und ein weiterer aus einem Nicht-EU-Land.

39.5% (n=32) gaben das Abitur als ihren höchsten schulischen Abschluss an; n=29 (35.8%) Realschule, mittlere Reife oder Polytechnische Oberschule; n=19 (23.5%) Haupt- oder Volksschule und n=1 (1.2%) Sonderschule.

67.9% der Teilnehmenden (n=55) waren schon einmal wegen einer psychischen Erkrankung in Behandlung. Davon waren n=27 ein- bis zweimal, n=16 drei- bis viermal und n=12 mehr als viermal in psychischer Behandlung. n=41 der Teilnehmenden gaben an, eine oder mehrere Diagnosen bekommen zu haben: Die am häufigsten berichtete Diagnose war Depression (n=32; 39.5%), gefolgt von Alkoholabhängigkeit (n=12) und Angsterkrankungen (n=9). Andere Diagnosen wurden nur vereinzelt genannt: Posttraumatische Belastungsstörung (n=4), Psychose (n=2), Essstörungen (n=2); Persönlichkeitsstörungen (n=5), Somatoforme Störung (n=2), ADHS (n=1) und Zwang (n=1).

Die meisten Teilnehmer/-innen von Sucht-SHG besuchten nicht-anonymous orientierte SHG (n=54; 66.7%). Nur drei der Teilnehmenden besuchten die AA. Weitere genannte SHG konnten den Bereichen Depression (n=14), Angst (n=11), Übergewicht (n=2), Angehörige (n=2), Messi (n=1), CoDependence Anonymous (n=1), Emotions Anonymous (n=1), Reha-Nachsorge (n=3) und andere Suchterkrankungen (n=4) zugeordnet werden.

Der Großteil der Befragten (n=54; 66.7%) gab an, die SHG schon länger als 24 Monate zu besuchen. 14 Teilnehmer/-innen (17.3%) besuchten die SHG zwischen 12 und 24 Monaten, 11 (13.6%) zwischen 6 und 12 Monaten, 1 (1.2%) zwischen 1-6 Monaten und 1 (1.2%) seit weniger als 1 Monat.

58% (n=47) der Teilnehmenden hatten schon Erfahrungen in anderen SHG gesammelt.

Am häufigsten gaben die Teilnehmer/-innen an, über Freunde und Familie auf das SHG-Angebot der jeweiligen Gruppe aufmerksam (n=25; 26%) geworden zu sein, 19 über einen Psychotherapeuten, 18 über eine Klinik und 10 über das Internet.

Als Antwort auf die Frage nach den in der Gruppe behandelten Themen wurde am häufigsten der Bereich Gefühle äußern (n=75; 92.6%) genannt. Weitere Themen waren Probleme innerhalb der Gruppe ansprechen (n=71; 87.7%); Aktiv Hilfe suchen bei Problemen (n=64; 79%); Informationen über professionelle Hilfe (n=62; 76.5%); Probleme außerhalb der Gruppe ansprechen (n=59; 72.8%); Planung der Tagesstruktur (n=43; 53.1%); Ansprechen von Stigmatisierung (n=39; 48.1%).

Alle Teilnehmenden hatten im privaten Bereich (Freunde, Familie) von ihrer Teilnahme an einer SHG erzählt. 40 von ihnen gaben an, auch im beruflichen Kontext von ihrer Teilnahme berichtet zu haben.

9.9% (n=8) der Teilnehmenden fühlten sich schon einmal wegen ihrer Teilnahme diskriminiert. Sie gaben an, diese Erfahrung im privaten Bereich gemacht zu haben.

Als häufigster *Grund für die Teilnahme* wurde der Austausch mit Betroffenen genannt (n=77), gefolgt von emotionaler Unterstützung (n=43), Informationen erhalten (n=26) anderen helfen (n=25), und Leute kennenlernen (n=19).

Am häufigsten wurde die Teilnahme im Bereich Umgang mit der eigenen Krankheit (n=74) als hilfreich erlebt. Andere Bereiche waren Kontakt zu Freunden (n=62), Kontakt zu Arbeitskollegen (n=31), Kontakt zu Mitarbeitern des Gesundheitswesens (n=22) und der Kontakt zum Arbeitgeber (n=16).

92.6% (n=75) der Teilnehmenden gaben an, durch den Besuch der SHG Kontakte zu anderen Menschen geknüpft zu haben.

### 3.2 Versorgung

Zur Zeit der Befragung befanden sich 29.6% (n=24) der Teilnehmer/-innen in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. 12 (14.8%) von ihnen warteten weniger als 1 Monat auf den Therapieplatz, 9 (11.1%) warteten 1-6 Monate, 2 (2.5%) warteten 6-12 Monate und 1 (1.2%) mehr als 12 Monate. Die auf einer Skala von 0=gar nicht bis 10=sehr stark gemessene Belastung betrug im Mittel M=4.29 (*Min*=0; *Max*=10; *SD*=3.39).

2.5% der Teilnehmer/-innen (n=2) warteten zur Zeit der Befragung auf einen ambulanten Therapieplatz und n=3 (3.7%) auf einen stationären Therapieplatz. 1: 1-6 Monate; 3: 6-12 Monate. Die Belastung bei den zu diesem Zeitpunkt wartenden lag mit M=6.75 (*Min*=3; *Max*=9; *SD*=2.63) etwas höher als bei denen, die auf ihren jetzigen Platz warteten.

## 3.3 Faktorenanalyse

Die SWE wurde in den Bereichen Umgang mit der eigenen Krankheit, *Umgang mit Gefühlen*, Umgang mit Mitarbeitern des Gesundheitswesens und *Kontakt zu Kollegen und Vorgesetzten* mit mehreren Items gemessen. Für die ersten drei Bereiche wurden Faktorenanalysen durchgeführt. Der letzte Bereich wurde nicht faktorenanalytisch untersucht, da er lediglich mit zwei Items erhoben wurde.

Umgang mit Mitarbeitern des Gesundheitswesens

Eine Faktorenanalyse der acht Items, die dieses Konstrukt erfassen sollten, ergab einen Faktor mit einem Eigenwert ≥ 1. Der Faktor erklärte 66.82% der Varianz.

Umgang mit negativen Gefühlen

Eine Hauptkomponentenanalyse wurde für die Korrelationen der 7 Variablen durchgeführt. Die Analyse ergab einen Faktor mit einem Eigenwert ≥1. Der Faktor erklärt 62.64% der Varianz.

Umgang mit positiven Gefühlen

Eine Hauptkomponentenanalyse wurde für die Korrelationen der drei Items durchgeführt. Die Analyse ergab einen Faktor mit einem Eigenwert ≥1. Der Faktor erklärt 82.64% der Varianz.

Umgang mit der eigenen Krankheit

Eine Faktorenanalyse der neun Items ergab zwei Faktoren mit einem Eigenwert ≥1. Eine Varimax-Rotation ergab die in Tabelle 3 dargestellte Faktorenstruktur. Der erste Faktor erklärte 53.16% der Varianz und der zweite 11.82% der Varianz. Der erste Faktor scheint den persönlichen Umgang mit der Krankheit zu beschreiben, während der zweite Faktor den Umgang durch Akquirierung von externer Hilfe zu beschreiben scheint.

Insgesamt ergeben sich sechs Bereiche der SWE, die durch die 29 Items erfasst wurden: Umgang mit positiven Gefühlen, Umgang mit negativen Gefühlen, Umgang mit Mitarbeitern des Gesundheitswesens, persönlicher Umgang mit der eigenen Erkrankung, Akquirierung von Hilfe in Zusammenhang mit der Erkrankung und Kommunikation an der Arbeit. Die Itemzusammensetzung kann Tabelle 3 entnommen werden.

# 3.4 Missing Values

Bei den Items des MPT fehlte bei vier Items jeweils ein Wert. Dieser wurde durch den Mittelwert des entsprechenden Items ersetzt.

Bei den Items zur Selbstwirksamkeit fehlten bei sieben Items insgesamt 10 Werte. Diese wurden ebenso durch den Mittelwert der jeweiligen Items ersetzt.

Tabelle 3

Zusammensetzung der Skalen zur Messung der bereichsspezifischen SWE

Skala	Items (Durch den Besuch der SHG gelingt es mir besser)
SWE_Umgang mit Personal des Gesundheitswesens	Wünsche gegenüber Ärzten/Psychotherapeuten zu äußern Kritik gegenüber Ärzten/-innen oder Psychotherpeuten/-innen zu äußern bei Unklarheiten in der Behandlung Rückfragen zu stellen mit Kritik seitens Ärzten/-innen oder Psychotherpeuten/-innen umgehen zu können Anträge an Kostenträger (z.B. Krankenkasse oder Rentenversicherung) zu stellen Fragen zu den eingenommenen Medikamente zu stellen Fragen über Anträge an die Kostenträger zu stellen Nebenwirkungen von Medikamenten anzusprechen
SWE_Äußern von positiven Gefühlen	mich über Erfolge zu freuen zufrieden zu sein, wenn ich das erreicht habe, was ich mir vorgenommen hatte Freude zu zeigen, wenn mir etwas Gutes passiert
SWE_Äußern von negativen Gefühlen	mir emotionale Unterstützung von Freunden oder Familie zu holen, wenn es mir schlecht geht mich vor Niedergeschlagenheit selbst zu schützen, wenn mein vertrautes Umfeld gerade nicht erreichbar ist mich von Schwierigkeiten nicht entmutigen zu lassen nicht den Mut zu verlieren, wenn ich stark kritisiert werde zu verhindern, dass ich die Kontrolle über mein Handeln verliere, wenn ich wütend bin über Ärger hinwegzukommen, wenn mir Unrecht getan wurde meine Wut im Zaum zu halten, wenn andere Menschen mir das Leben schwer machen
SWE_Persönlicher Umgang mit der eigenen Erkrankung	mit Freunden und/oder Familie über meine Krankheit zu reden einzuschätzen, wenn es mir schlechter geht die Erkrankung als Teil meines Lebens zu akzeptieren Rückschläge eher zu erkennen Dinge zu tun, die meine Symptome verringern
SWE_Akquirierung von Hilfe	körperliche oder seelische Beschwerden zu äußern mir von mehreren Seiten Informationen über meine Erkrankung einzuholen mich über alternative Behandlungsmöglichkeiten zu informieren einzuschätzen, wann ich mir bei Verschlechterung meiner Gesundheit professionelle Hilfe suchen sollte
SWE_Kommunikation über Selbsthilfe am Arbeitsplatz	mit Arbeitskollegen/-innen über meine Krankheit zu reden mit Vorgesetzten über meine Krankheit zu reden

# 3.5 Subjektiver Nutzen des Besuchs der SHG

Ein Einstichproben-t-Test ergab, dass die Teilnehmer/-innen den Besuch der SHG auf einer Skala von "0=gar nicht hilfreich" bis "10=sehr hilfreich" signifikant höher als 5 bewerteten (M=9.25, SD=1.33), T=28.78, df=80, p<.01. H0 kann also verworfen werden.

# 3.6 Einstichproben-t-Tests Selbstwirksamkeitssteigerung

Tabelle 4

Einstichproben-t-Tests für Selbstwirksamkeitserwartungen

SWE-Skala	Testwert	M (SD)	T	df	p	d
Umgang Personal	12	14.15 (6.65)	2.9	80	.005	.38
Äußern von positiven Gefühlen	5	6.8 (2.22)	7.27	80	.000	.81
Äußern von negativen Gefühlen	11	12.7 (5.03)	3.03	80	.003	.34
Umgang mit der eigenen Krankheit	8	11.17 (3.4)	8.4	80	.000	.93
Akquirierung von Hilfe	6	8.42 (2.69)	8.09	80	.000	.9
Kommunikation	3	2.3 (2.1)	-2.99	80	.004	.33

### Umgang mit Personal des Gesundheitswesens

Auf der Skala Selbstwirksamkeitserwartungen im Umgang mit Personal des Gesundheitswesens weisen die Teilnehmer/-innen einen signifikant höheren Wert auf als 12, T=2.9, df=80, p<.01. Die Nullhypothese kann zugunsten von H1 verworfen werden: Die Teilnehmer/-innen scheinen den Besuch der SHG in diesem Bereich als SWE-steigernd zu erleben.

Auf der Skala Selbstwirksamkeitserwartungen im Äußern von positiven Gefühlen weisen die Teilnehmer/-innen einen signifikant höheren Wert auf als 5, T=7.27, df=80, p<.01. Die Nullhypothese kann also zugunsten von H1 verworfen werden: Die Teilnehmer/-innen scheinen den Besuch der SHG in diesem Bereich als SWE-steigernd zu erleben.

## Äußern von negativen Gefühlen

Auf der Skala Selbstwirksamkeitserwartungen im Äußern von negativen Gefühlen weisen die Teilnehmer/-innen einen signifikant höheren Wert auf als 11, T=3.03, df=80, p<.01. Die Nullhypothese kann zugunsten von H1 verworfen werden: Die Teilnehmer/-innen scheinen den Besuch der SHG in diesem Bereich als SWE-steigernd zu erleben.

# Umgang mit der eigenen Krankheit

Auf der Skala Selbstwirksamkeitserwartungen im Umgang mit der eigenen Krankheit weisen die Teilnehmer/-innen einen signifikant höheren Wert auf als 8, T=8.4, df=80, p<.01. Die Nullhypothese kann zugunsten von H1 verworfen werden: Die Teilnehmer/-innen scheinen den Besuch der SHG in diesem Bereich als SWE-steigernd zu erleben.

### Akquirierung von Hilfe

Auf der Skala Selbstwirksamkeitserwartungen in der Akquirierung von Hilfe weisen die Teilnehmer/-innen einen signifikant höheren Wert auf als 6, T=8.09, df=80, p<.01. Die Nullhypothese kann zugunsten von H1 verworfen werden: Die Teilnehmer/-innen scheinen den Besuch der SHG in diesem Bereich als SWE-steigernd zu erleben.

# Kommunikation über Selbsthilfe am Arbeitsplatz

Auf der Skala Selbstwirksamkeitserwartungen bei der Kommunikation über Selbsthilfe am Arbeitsplatz weisen die Teilnehmer/-innen einen signifikant niedrigeren Wert auf als 3, T=-2.99, df=80, p<.01. Die Nullhypothese kann nicht zugunsten von H1 verworfen werden: Die Teilnehmer/-innen scheinen den Besuch der SHG in diesem Bereich nicht überwiegend selbstwirksamkeitssteigernd zu erleben.

# 3.7 Einstichproben-t-Tests MPT-Persönlichkeitsdimensionen

Um zu überprüfen, ob die Teilnehmer/-innen von SHG ein anderes Persönlichkeitsprofil aufweisen als die Gesamtbevölkerung, wurden Einstichproben-t-Tests durchgeführt (siehe Tabelle 5).

### Neurotizismus

Im Vergleich zum Mittelwert der Normstichprobe weisen die Probanden in dieser Studie eine signifikant höheren Neurotizsimuswert, T=5.45, df=80, p<.01, mit einer mittleren bis starken Effektstärke (d=.616) auf. Auch bei getrennter Betrachtung von Männern, T=3.44, df=40, p<.01, und Frauen, T=4.28, df=39, p<.01, zeigt sich für beide Subgruppen ein signifikant höherer Neurotizismuswert als bei der Normstichprobe. Die Effektstärken sind für Männer (d=.54) und Frauen (d=.7) etwa genauso groß wie für die globale Betrachtung (d=.62). Die Nullhypothese von keinem Unterschied zwischen den Gruppen kann also verworfen und die Alternativhypothese, dass die Teilnehmer/-innen höhere Neurotizismuswerte erreichen, angenommen werden.

## Rigidität

Im globalen Vergleich zum Mittelwert der Normstichprobe weisen die Probanden in dieser Studie einen signifikant niedrigeren Wert auf dem Persönlichkeitsmerkmal Rigidität, T=-2.12, df=80, p<.05, auf. Die Stärke des Effekts beträgt d=.23. Bei getrennter Betrachtung von Männern und Frauen wird der Unterschied zur Normstichprobe für Männer, T=-2.55, df=40, p<.05, jedoch nicht für Frauen, T=-.71, df=39, p=.485, signifikant. Der Unterschied zur Normstichprobe kann bei den Männern mit d=.33 als ein schwacher bis mittlerer Effekt beschrieben werden. Die Nullhypothese, dass es keinen Unterschied zwischen Teilnehmern/-innen von SHG und der Normstichprobe auf diesem Persönlichkeitsmerkmal gibt, kann verworfen werden. Jedoch besteht der Zusammenhang nicht in der von der Alternativhypothese vorausgesagten Richtung. Außerdem wird der Effekt bei der Kontrolle vom Faktor Geschlecht nur noch für Männer signifikant.

Tabelle 5
Einstichproben-t-Test: MPT Stichprobe vs. Normstichprobe

MPT-Skala	Gruppe (N)	Testwert (SD)	M	SD	T	df	p	d
Isolationstendenz	Gesamt (81)	2.95 (2.6)	4.1	2.27	4.56	80	.000	.44
	M (41)	3.08 (2.6)	4.27	2.56	4.67	40	.002	.46
	W (40)	2.82 (2.57)	3.93	2.29	3.05	39	.004	.45
Frustrationstoleranz	Gesamt (81)	8.38 (3.54)	6.35	3.28	-5.58	80	.000	.57
	M (41)	8.92(3.42)	7.07	3.5	-3.38	40	.002	.54
	W (40)	7.83 (3.66)	5.6	2.89	-4.89	39	.000	.61
Normorientierung	Gesamt (81)	11.03 (2.95)	11.86	1.95	3.84	80	.000	.29
	M (41)	10.78 (2.94)	11.59	1.9	2.74	40	.009	.28
	F (40)	11.27 (2.95)	12.13	1.99	2.72	39	.01	.29
Neurotizismus	Gesamt (81)	10.43(6.65)	14.53	6.78	5.45	80	.000	.62
	M (40)	10.14 (6.77)	13.8	6.82	3.44	40	.001	.54
	F (41)	10.72 (6.53)	15.28	6.74	4.28	39	.000	.7
Extraversion	Gesamt (81)	11.6 (5.68)	10.78	4.15	-1.23	80	.224	.15
	M (41)	12.34 (5.75)	10.47	5.7	-2.1	40	.042	.33
	F (40)	10.86 (5.61)	11.1	6.34	.24	39	.81	.04
Rigidität	Gesamt (81)	10.42 (4.23)	9.45	2.08	-2.12	80	.038	.23
	M (41)	10.74 (4.4)	9.32	3.57	-2.55	40	.02	.33
	F (40)	10.86 (4.05)	9.58	4.71	705	39	.49	.31
Esoterische Neigungen	Gesamt (81)	2.16 (2.13)	2.83	2.08	2.88	80	.005	.32
	M (40)	1.96 (2.1)	2.98	2.18	2.98	40	.005	.49
	F (41)	2.36 (2.15)	2.68	1.99	1	39	.323	.15

### *Isolationstendenz*

Im Vergleich zum Mittelwert der Normstichprobe weisen die Probanden in dieser Studie eine signifikant höhere Isolationstendenz, T=4.56, df=80, p<.01, mit einer mittleren Effektstärke (d=.44) auf. Auch bei getrennter Betrachtung von Männern, T=4,67, df=40, p<.01 und Frauen, T=3.05, df=39, p<.01, zeigt sich für beide Subgruppen eine signifikant höhere Isolationstendenz als bei der Normstichprobe. Die Effektstärken sind für Männer (d=.456) und Frauen (d=.453) etwa genauso groß wie für die globale Betrachtung (d=.44). Die Nullhypothese, dass es keinen Unterschied zwischen Teilnehmern/-innen von SHG und der Normstichprobe auf diesem Persönlichkeitsmerkmal gibt, kann verworfen werden. Jedoch besteht der Zusammenhang nicht in der von der Alternativhypothese vorausgesagten Richtung.

### *Frustrationstoleranz*

Im Vergleich zum Mittelwert der Normstichprobe weisen die Probanden in dieser Studie eine signifikant geringere Frustrationstoleranz, T=-5.58, df=80, p<.01, mit einer mittleren Effektstärke (d=.573) auf. Auch bei getrennter Betrachtung von Männern, T=-3.38, df=40, p<.01, und Frauen, T=-4.89, df=39, p<.01, zeigt sich für beide Subgruppen eine signifikant niedrigere Frustrationstoleranz als bei der Normstichprobe. Die Effektstärken sind für Männer (d=.54) und Frauen (d=.61) etwa genauso groß wie für die globale Betrachtung (d=.57). Die Nullhypothese von keinem Unterschied zwischen den Gruppen kann also verworfen und die Alternativhypothese, dass die Teilnehmer/-innen niedrigere Frustrationstoleranzwerte erreichen, angenommen werden.

## Normorientierung

Im Vergleich zum Mittelwert der Normstichprobe weisen die Probanden in dieser Studie eine signifikant höhere Normorientierung, T=3.84, df=80, p<.01, mit einer mittleren Effektstärke (d=.29) auf. Auch bei getrennter Betrachtung von Männern T=2.74, df=40, p<.01 und Frauen, T=2.72, df=39, p<.01, zeigt sich für beide Subgruppen eine signifikant höhere Normorientierung als bei der Normstichprobe. Die Effektstärken sind für Männer (d=.28) und Frauen (d=.29) etwa genauso groß wie für die globale Betrachtung (d=.29). Die Nullhypothese von keinem Unterschied zwischen den Gruppen kann also verworfen und die Alternativhypothese, dass die Teilnehmer/-innen höhere Normorientierungswerte erreichen, angenommen werden.

### Esoterische Neigungen

Im globalen Vergleich zum Mittelwert der Normstichprobe weisen die Probanden in dieser Studie einen signifikant höheren Wert auf dem Persönlichkeitsmerkmal Esoterische Neigungen, T=2.88, df=80, p<.01, auf. Die Stärke des Effekts beträgt d=.32. Bei getrennter Betrachtung von Männern und Frauen wird der Unterschied zur Normstichprobe für Männer, T=2.98, df=40, p<.01, jedoch nicht für Frauen, T=1, df=39, p=.323, signifikant. Der Unterschied zur Normstichprobe kann bei den Männern mit d=.49 als ein mittlerer Effekt beschrieben werden. Die Nullhypothese von keinem Unterschied zwischen den Gruppen kann also verworfen und die Alternativhypothese, dass die Teilnehmer/-innen höhere Normorientierungswerte erreichen, für die Gruppe von Männern angenommen werden.

#### Extraversion

Im globalen Vergleich zum Mittelwert der Normstichprobe weisen die Probanden in dieser Studie keinen signifikant unterschiedlichen Wert auf dem Persönlichkeitsmerkmal Extraversion, T=-1.23, df=80, p=.22, auf. Bei getrennter Betrachtung von Männern und Frauen wird der Unterschied zur Normstichprobe für Männer, T=-2.1, df=40, p<.05, jedoch nicht für Frauen, T=.24, df=39, p=.81), signifikant. Der Unterschied zur Normstichprobe kann bei den Männern mit d=.33 als ein schwacher bis mittlerer Effekt beschrieben werden. Die Nullhypothese von keinem Unterschied zwischen der Stichprobe und der Normstichprobe kann also nur für Männer verworfen werden.

### 3.8 Korrelationen MPT-SWE

Um den Zusammenhang von Persönlichkeitsmerkmalen und Angaben auf den SWE-Skalen zu überprüfen, wurden Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den Skalen berechnet (siehe Tabelle 6). Um Unterschiede zwischen den Korrelationen festzustellen, wurden Signifikanzwerte mithilfe von Fisher-Z-Transformationen berechnet. Aus Übersichtsgründen sind nur die signifikanten Werte im Text angegeben.

### Neurotizismus

Bei der globalen Betrachtung der Daten korrelierte Neurotizismus signifikant negativ mit allen SWE-Skalen, außer der Skala, die SWE im *Bereich Akquirierung von Hilfe* misst. Teilnehmer/-innen, die einen hohen Neurotizismus-Wert im MPT erreichen, scheinen den Besuch der Selbsthilfegruppe weniger SWE-steigernd in den Bereichen *Umgang mit Personal des Gesundheitswesens* (r=-.314, df=80, p<.05), Äußern von positiven Gefühlen (r=-3.69, df=80, p<.05), Äußern von negativen Gefühlen (r=-.374. df=80, p<.05), persönlicher Umgang mit der eigenen Krankheit (r=-.253, df=80, p<.05) sowie bei der Kommunikation über Selbsthilfe am Arbeitsplatz (r=-.339, df=80, p<.05) zu erleben. Bei der getrennten Betrachtung von Männern und Frauen ist der negative Zusammenhang von Neurotizismus mit SWE in den drei Bereichen *Umgang mit Personal des Gesundheitswesens*, persönlicher Umgang mit der eigenen Krankheit und Kommunikation über Selbsthilfe am Arbeitsplatz für Männer nicht mehr signifikant. Eine Fisher-Z-Transformation ergab jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Korrelationen von Männern und Frauen.

### *Isolationstendenz*

Bei globaler Betrachtung korrelierte Isolationstendenz signifikant negativ mit subjektiver SWE-Steigerung in den Bereichen Umgang mit Personal des Gesundheitswesens (r=-.24, df=80, p<.05) und  $\ddot{A}u\beta ern$  von positiven  $Gef\ddot{u}hlen$  (r=-.27, df=80, p<.05). In den anderen Bereichen war der Zusammenhang auch negativ, jedoch nicht signifikant. Bei getrennter Betrachtung von Männern und Frauen war der Zusammenhang von Isolationstendenz mit Umgang mit Personal des Gesundheitswesens für Männer (r=-.31, df=40, p<.05), jedoch nicht für Frauen signifikant (r=-.107, df=39, p=.51). Ein umgekehrtes Bild zeigte sich beim Zusammenhang mit der Skala  $\ddot{A}u\beta ern$  von positiven  $Gef\ddot{u}hlen$ . Dort war die Korrelation für Frauen signifikant (r=-.318, df=39, p<.05) und nicht für Männer (r=-.213, df=40, p=.181). Außerdem zeigte sich bei Männern im Bereich Akquirierung von Hilfe ein signifikant negativer Zusammenhang mit Isolationstendenz (r=-.386, df=40, p<.05), während dieser für Frauen knapp über der Signifikanzgrenze von  $\alpha$ =.05 liegt (r=-.208, df=39, p=.063). Eine Fisher-Z-Transformation ergab jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Korrelationen von Männern und Frauen.

### Frustrationstoleranz.

Bei globaler Betrachtung zeigt sich bei allen Skalen für SWE ein signifikant positiver Zusammenhang mit Frustrationstoleranz. Dieser bleibt auch bei getrennter Betrachtung von Männern und Frauen größtenteils erhalten. Nur im Bereich Akquirierung von Hilfe ist die Korrelation bei Frauen nicht signifikant (r=.181, df=39, p=.263). Eine Fisher-Z-Transformation

ergab jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Korrelationen von Männern und Frauen.

## Normorientierung

Beim Persönlichkeitsmerkmal Normorientierung zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zu den SWE-Skalen bei globaler Betrachtung der Daten. Erst die getrennte Betrachtung von Männern und Frauen zeigte bei Männern im Bereich  $\ddot{A}u\beta ern$  von positiven Gefühlen eine signifikant positive Korrelation (r=.406, df=40, p<.05). Eine Fisher-Z-Transformation ergab, dass dieser Unterschied zwischen Männern und Frauen signifikant war ( $Z_{Fischer}$ =1.95, p=.05).

### Extraversion

Die globale Betrachtung zeigt, dass Extraversion signifikant positiv mit den Variablen Umgang mit Personal des Gesundheitswesens (r=.244, df=80, p<.05) und Kommunikation über Selbsthilfe am Arbeitsplatz (r=.283, df=80, p<.05) korreliert. Bei getrennter Betrachtung von Männern und Frauen war die Korrelation in diesen Bereichen jedoch nur für Männer signifikant. Der erste Bereich korrelierte hier mit r=.356 (df=40, p<.05) und letzter mit r=.391 (df=40, p<.05) mit Extraversion. Außerdem war der Zusammenhang für Männer im Bereich Akquirierung von Hilfe signifikant (r=.344, df=39, p<.05).

### Rigidität

Das Persönlichkeitsmerkmal Rigidität war in der globalen Betrachtung nur mit dem Bereich Äußern von positiven Gefühlen signifikant korreliert (r=-.295, df=80, p<.05). Die getrennte Betrachtung von Männern und Frauen zeigte, dass die Korrelation in diesem Bereich nur für Frauen signifikant war (r=-.447, df=39, p<.05). Außerdem ist die Korrelation in den Bereichen  $\ddot{A}u\beta ern von$  negativen Gefühlen (r=-.337, df=39, p<.05) und persönlicher Umgang (r=-.394, df=39, p<.05) bei Frauen signifikant mit Rigidität korreliert und nicht bei Männern. Eine Fisher-Z-Transformation ergab jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Korrelationen von Männern und Frauen.

### Esoterische Neigungen

Dieses Persönlichkeitsmal wies keinen signifikanten Zusammenhang mit SWE-Variablen auf.

		Neurotizismus	Isolationstendenz	Frustrationstoleranz	Normorientierung	Extraversion	Rigidität	Esoterische Neigungen
SWE_Umgang_Personal	Total (N=81)	314 **	24 *	.404 **	.024	.244 *	101	041
	M (n=41)	277	318 *	.408 **	.086	.356 *	.138	133
	F (n=40)	35 *	107	.415 **	029	.147	284	.057
SWE_pos_Gefühle	Total (N=81)	369 **	274 *	.344 **	.175	.016	295 **	165
	M (n=41)	436 **	213	.38 *	.406 **	032	06	177
	F (n=40)	342 *	318 *	.384 *	02	.045	447 **	148
SWE_neg_Gefühle	Total (N=81)	374 **	146	.49 **	.115	.214	17	088
	M (n=41)	328 *	175	.51 **	.255	.219	.076	046
	F (n=40)	413 **	127	.491 **	.008	.215	337 *	138
SWE_pers_Umgang	Total (N=81)	253 *	1	.413 **	.082	.019	169	174
	M (n=41)	184	211	.494 **	.101	.092	.142	144
	F (n=40)	331 *	.009	.378 *	.056	047	394 *	201
SWE_Akq_Hilfe	Total (N=81)	216	208	.264 *	.01	.204	105	056
	M (n=41)	232	386 *	.407 **	.044	.344 *	.095	053
	F (n=40)	245	.011	.181	073	.051	294	035
SWE_Komm_Arbeit	Total (N=81)	339 **	165	.407 **	.067	.283 *	203	.067
	M (n=41)	227	25	.366 *	.011	.391 *	155	.115
	F (n=40)	456 **	084	.466 **	.139	.187	244	.006

*Notiz*: Signifikante Korrelationen mit  $p \le .05$  sind mit einem \* gekennzeichnet; Korrelationen mit  $p \le .01$  sind mit zwei \*\* gekennzeichnet.

## 3.9 Regressionen

In einer schrittweisen multiplen Regression wurden alle Persönlichkeitsmerkmale des MPT sowie die Variablen Alter, Geschlecht und der Grad des subjektiven Nutzens des Besuchs eingegeben. Die Regressionsmodelle sind in Tabelle 7 abgebildet.

### Umgang mit Personal des Gesundheitswesens

Die schrittweise multiple Regression ergibt ein Modell mit zwei Prädiktoren. Frustrationstoleranz wurde zuerst eingeschlossen und erklärte 16.3% der Varianz bei der Selbstwirksamkeitserwartung im Umgang mit Personal des Gesundheitswesens ( $F_{1,79}$ =15.43, p<.01). Der subjektive Nutzen der SHG wurde als zweites eingeschlossen und erklärte zusätzliche 11.8% der Varianz ( $F_{2,78}$ =15.24, p<.01). Die Verbesserung der Passung des Modells ist signifikant (p<.01).

# Äußern von positiven Gefühlen

Die schrittweise multiple Regression ergibt ein Modell mit zwei Prädiktoren. Neurotizismus wurde zuerst eingeschlossen und erklärte 13.6% der Varianz bei der Selbstwirksamkeitserwartung im Äußern von positiven Gefühlen ( $F_{I,79}$ =12.47, p<.01). Der subjektive Nutzen der SHG wurde als zweites eingeschlossen und erklärte zusätzliche 10.7% der Varianz ( $F_{2,78}$ =12.54, p<.01). Die Verbesserung der Passung des Modells ist signifikant (p<.01).

# Äußern von negativen Gefühlen

Die schrittweise multiple Regression ergibt ein Modell mit zwei Prädiktoren. Frustrationstoleranz wurde zuerst eingeschlossen und erklärte 24% der Varianz bei der Selbstwirksamkeitserwartung im Äußern von negativen Gefühlen ( $F_{1,79}$ =25.02, p<.01). Der subjektive Nutzen der SHG wurde als zweites eingeschlossen und erklärte zusätzliche 11.7% der Varianz ( $F_{1,78}$ =21.67, p<.01). Die Verbesserung der Passung des Modells ist signifikant (p<.01).

## Persönlicher Umgang mit der eigenen Erkrankung

Die schrittweise multiple Regression ergibt ein Modell mit zwei Prädiktoren. Frustrationstoleranz wurde zuerst eingeschlossen und erklärte 17.1% der Varianz bei der Selbstwirksamkeitserwartung im Persönlichen Umgang mit der eigenen Erkrankung ( $F_{1,79}$ =16.29, p<.01). Der subjektive Nutzen der SHG wurde als zweites eingeschlossen und erklärte zusätzliche 11.6% der Varianz ( $F_{2,78}$ =15.72, p<.01). Die Verbesserung der Passung des Modells ist signifikant (p<.01).

## Akquirierung von Hilfe

Die schrittweise multiple Regression ergibt ein Modell mit zwei Prädiktoren. Der subjektive Nutzen der SHG wurde zuerst eingeschlossen und erklärte 10.3% der Varianz bei der Selbstwirksamkeitserwartung bei der Akquirierung von Hilfe ( $F_{1,79}$ =9.03, p<.01). Die Variable Frustrationstoleranz wurde als zweites eingeschlossen und erklärte zusätzliche 4.6% der Varianz ( $F_{2,78}$ =6.83, p<.01). Die Verbesserung der Passung des Modells ist signifikant (p<.05).

### Kommunikation über Selbsthilfe am Arbeitsplatz

Die schrittweise multiple Regression ergibt ein Modell mit einem Prädiktor. Frustrationstoleranz wurde zuerst eingeschlossen und erklärte 16.6% der Varianz der Selbstwirksamkeitserwartung bei der Kommunikation über Selbsthilfe am Arbeitsplatz ( $F_{1,79}$ =15.7, p<.01).

Tabelle 7
Regressionsmodelle für SWE-Skalen

Variable	В	SE(B)	Beta	T	p
SWE Umg	ang mit Personal des Gest	ındheitswe	esens		
Konstante	-6.4	4.5	-	-1.4	.16
Frustrationstoleranz	.71	.2	.35	3.58	.001
Subjektiver Nutzen	1.74	.49	.35	3.57	.001
SW	E Äußern von positiven G	efühlen			
Konstante	3.29	1.67	-	1.98	.05
Neurotizismus	11	.03	33	-3.36	.001
Subjektiver Nutzen	.55	.17	.33	3.32	.001
SW	E Äußern von negativen G	Sefühlen			
Konstante	-3.7	3.24	-	-1.13	.26
Frustrationstoleranz	.67	.14	.44	4.73	.000
Subjektiver Nutzen	1.31	.35	.35	3.76	.000
SWE person	önlichen Umgang mit eige	nen Krani	kheit		
Konstante	.64	2.3	-	.28	.78
Frustrationstoleranz	.37	.1	.36	3.69	.000
Subjektiver Nutzen	.88	.25	.35	3.57	.001
	SWE Akquirierung von H	lilfe			
Konstante	1.94	1.99	-	.97	.33
Subjektiver Nutzen	.58	.22	.29	2.69	.009
Frustrationstoleranz	.18	.09	.22	2.06	.043
	SWE_Kommunikation Ar	beit			
Konstante	.69	.46	-	1.48	.14
Frustrationstoleranz	.26	.07	.41	3.96	.000

### 4 Diskussion

Ziel des ersten Teils der Studie war die Beantwortung von Fragen bezüglich der Selbstwirksamkeitsveränderung durch den Besuch von SHG sowie die Untersuchung des Zusammenhanges von SWE und Persönlichkeit. Die Datenerhebung erfolgte mithilfe eines retrospektiven Fragebogendesigns. Die statistische Auswertung der Daten konnte die theoretischen Überlegungen teilweise bestätigen.

Wie zu erwarten, bewerteten die Teilnehmer/-innen den Besuch der SHG als hilfreich. Dieses Ergebnis verhält sich kongruent zu den im Theorieteil beschriebenen Studien zur Wirksamkeit von Selbsthilfe (siehe Abschnitt 1.4).

### 4.1 Selbstwirksamkeit

Die Teilnehmer/-innen berichteten in fünf der sechs abgefragten Bereiche eine signifikante Selbstwirksamkeitssteigerung. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass die im theoretischen Teil erläuterten Quellen der Selbstwirksamkeit (eigene Erfahrung, stellvertretende Erfahrung, verbale Überzeugung) in SHG wirken. Die Selbstwirksamkeit im Bereich der Kommunikation von positiven (d=.81) wie auch negativen Gefühlen (d=.34) wurde von den Teilnehmern/-innen als durch den Gruppenbesuch gesteigert erlebt. Ein Großteil der Teilnehmenden berichtete, dass das Äußern von Gefühlen explizit in den Treffen ihrer SHG thematisiert wird. Es ist also wahrscheinlich, dass die Teilnehmer/-innen in der Gruppe lernen, wie sie Gefühle kommunizieren, dies im Gruppensetting üben und auch außerhalb der Gruppe praktizieren. Dies ermöglicht es ihnen, auf die stärkste Quelle der SWE, die eigene Erfahrung, zurückzugreifen. Tragen die Teilnehmer/-innen dann ihre Erfolgserlebnisse in die Gruppe zurück, können die anderen durch stellvertretende Erfahrungen eine Selbstwirksamkeitssteigerung erfahren. Unterstützen sich die Teilnehmer/-innen dabei noch gegenseitig, kommt die SWE-Quelle der verbalen Überzeugung zum Tragen. Auch im Umgang mit der eigenen Erkrankung (d=.93), dem Umgang mit Personal des Gesundheitswesens (d=.38) und der Akquirierung von Hilfe (d=.9) erlebten die Teilnehmer/-innen eine SWE-Steigerung. Die Unterschiede in den Effektstärken könnten in der Frequenz und Ausführlichkeit mit denen sie in SHG angesprochen werden,

zusammenhängen. Shank und Cotten (2014) konnten zeigen, dass bei Jugendlichen die Frequenz der Nutzung von Technologien positiv mit der SWE in diesem Bereich assoziiert war. Je öfter sich Menschen mit einer bestimmten Thematik beschäftigen, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass ihre bereichsspezifische SWE steigt.

Nur bei der Skala, die die SWE im Bereich der Kommunikation über die Teilnahme an SHG am Arbeitsplatz abfragte, wurde kein signifikant höherer Wert im Vergleich zum Testwert berichtet. Dies ist auf den ersten Blick erstaunlich, da etwa die Hälfte der Probanden angab, von ihrer Teilnahme an einer SHG im beruflichen Kontext berichtet zu haben. Dennoch sind einige Gründe für dieses Ergebnis denkbar: Wheat, Brohan, Henderson und Thornicroft (2010) beschreiben die Schwierigkeiten, denen Menschen mit psychischen Störungen begegnen, wenn sie vor der Entscheidung stehen, von ihrer Erkrankung am Arbeitsplatz zu berichten: Auf der einen Seite stehen die von der Person erwarteten negativen Konsequenzen. Auf der anderen Seite kann das Gefühl, etwas verbergen zu müssen, eine starke psychische Belastung darstellen. Die dieses Konfliktes könnte dazu führen, dass das Thema zwar in der Gruppe Brisanz angesprochen wird; ein Abwägen der Vor- und Nachteile einer Kommunikation beispielsweise mit dem Arbeitgeber könnte jedoch in vielen Fällen auch zu der Entscheidung führen, die eigene Problemlage nicht im beruflichen Umfeld zu thematisieren. Die SWE-Steigerung ist also eher im Umgang mit der eigenen Erkrankung am Arbeitsplatz als in der Kommunikation über diese zu erwarten. Ein weiterer Aspekt, der das Ergebnis erklären könnte, ist, dass dieser Bereich nur mit zwei Items gemessen wurde. Es ist denkbar, dass es am Arbeitsplatz große Unterschiede gibt, wem der Betroffene von seiner Teilnahme berichtet. Die alleinige Erfassung der Kommunikation mit dem Arbeitgeber oder Arbeitskollegen wird dem komplexen sozialen System am Arbeitsplatz wahrscheinlich nicht gerecht.

Weitere Hinweise darauf, dass die Teilnahme selbstwirksamkeitssteigernd wirkt, finden sich in den von den Teilnehmenden angegebenen Gründen für den Besuch von SHG. Am häufigsten nannten die Teilnehmer/-innen den Austausch mit Betroffenen. Dieses Ergebnis unterstützt das von Borgetto (2007) erläuterte Modell, nach dem die Kommunikation zwischen den Betroffenen den Kern der Veränderung in SHG bildet. Dies gilt auch für die Veränderung in den SWE: In der Gruppe erfahren die Teilnehmer/-innen von neuen Verhaltensweisen. Diese, wenn sie ihnen hilfreich erscheinen, können dann im eigenen Alltag erprobt werden.

Der am zweithäufigsten genannte Grund zur Teilnahme, die emotionale Unterstützung, lässt vermuten, dass die Teilnehmer/-innen gerade im emotionalen Bereich von verbaler Überzeugung profitieren. Auch in Borgetto's Modell (2007) stellt die emotionale Unterstützung einen Wirkfaktor in der SHG dar.

Die subjektive Steigerung in den SWE gibt also Grund zur Annahme, dass die Quellen der Selbstwirksamkeit in Selbsthilfegruppen wirken. Außerdem weisen die Ergebnisse darauf hin, dass auch Teilaspekte von Borgetto's Modell zur SWE-Veränderung beitragen. Die Ergebnisse haben Implikationen auf mehreren Ebenen: Der Besuch einer SHG kann, zumindest subjektiv, als selbstwirksamkeitssteigernd beschrieben werden. Für einen Betroffenen, der nach Unterstützung in den untersuchten Bereichen sucht, stellt der Besuch einer SHG also eine Option dar, die diesen Anspruch erfüllen könnte. Dies beinhaltet wiederum für Ärzte, Psychotherapeuten und andere Mitarbeiter im Gesundheitswesen klare Handlungsimplikationen: Kommen sie in Kontakt mit Menschen, die sich wünschen, besser mit ihrer Erkrankung leben zu können, sollte der Vorschlag, sich mit einer SHG beziehungsweise einer Selbsthilfekontaktstelle in Verbindung zu setzen, als Handlungsmöglichkeit empfohlen werden. Für die Forschung ergeben sich weitere Fragen im Bezug auf die Selbstwirksamkeitsentwicklung: Unterscheiden sich beispielsweise SHG in ihrer Arbeits- und Wirkungsweise stark von psychotherapeutischen Gesprächsgruppen? Was können diese beiden Gruppenformen voneinander lernen oder gibt es Möglichkeiten, Gruppenformen zu kombinieren? Erkenntnisse in diesem Bereich könnten neue Ideen zu Gruppengestaltungen oder Implementierung von Elementen in Therapie wie auch u. U. in Selbsthilfe generieren. Erste Forschung in dem Bereich kommen von Meyer et. al. (2008): Sie untersuchten Patienten, die im Rahmen eines stationären Aufenthalts in psychosomatischen Kliniken an einer SHG, bestehend aus Patienten der Station, teilnahmen. Sie fanden Hinweise darauf, dass eine Subgruppe von Patienten von der Teilnahme profitierte und der Besuch eine gute Ergänzung zum sonstigen therapeutischen Angebot darstellt.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse der hier durchgeführten Studie ist natürlich zu beachten, dass es sich um eine retrospektive Befragung ohne Kontrollgruppe handelt. Somit ist die Aussagekraft stark begrenzt. Auf die Grenzen der Interpretation wird in Abschnitt 4.4 noch detaillierter eingegangen.

### 4.2 Persönlichkeit

Basierend auf der Meta-Analyse von Malouff, Thorsteinsson und Schutte (2005) zum Persönlichkeitsprofil von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Überlegungen zur Zusammenarbeit in Gruppen wurde vorhergesagt, dass Teilnehmer/-innen von SHG gegenüber der Normstichprobe signifikant höhere Werte auf den Persönlichkeitsdimensionen Neurotizismus, Rigidität, Normorientierung und Esoterischen Neigungen sowie niedrigere Werte auf den Dimensionen Frustrationstoleranz und Isolationstendenz aufweisen. Für Extraversion ließen sich keine gerichteten Hypothesen ableiten. Dieses Persönlichkeitsmerkmal wurde daher beidseitig getestet.

Auf allen Persönlichkeitsmerkmalen ergaben sich signifikante Unterschiede zur Normstichprobe. Jedoch nur in drei Fällen in die vorhergesagte Richtung: Die Teilnehmer/-innen wiesen höhere Neurotizismuswerte, höhere Normorientierung sowie eine niedrigere Frustrationstoleranz auf. Die Esoterischen Neigungen waren zwar signifikant höher, bei geschlechtsspezifischer Betrachtung jedoch nur für Männer. Entgegen der Erwartungen zeigten die Teilnehmer/-innen zudem signifikant niedrigere Rigiditätswerte und höhere Isolationstendenzwerte. Bei Extraversion zeigten nur Männer einen signifikant niedrigeren Wert als die Normstichprobe.

Diese Ergebnisse stehen vor allem im Einklang mit dem von Malouff, Thorsteinsson und Schutte (2005) ermittelten Persönlichkeitsprofil von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Neurotizismus und Frustrationstoleranz wiesen mit d=.62 und d=.57 die stärksten Effekte auf. Die anderen Unterschiede zeigten nur schwache bis mittlere Effekte.

Zwar sind die Teilnehmer/-innen von SHG zu psychischen Problemen in ihrem Persönlichkeitsprofil unterschiedlich zur Normstichprobe, sie weisen aber kein ausgesprochen unterschiedliches Profil von Menschen mit psychischen Störungen auf. Auffällig ist jedoch, dass die Teilnehmer/-innen eine signifikant höhere Normorientierung als die Normstichprobe aufweisen. In der Meta-Analyse von Malouff, Thorsteinsson und Schutte (2005) wurden für Menschen mit psychischen Erkrankungen für das verwandte Konzept der Verträglichkeit niedrigere Werte berichtet. Normorientierung könnte also bei der Teilnahme in SHG eine wichtige Rolle spielen. Hohe Werte auf diesem Persönlichkeitsmerkmal beschreiben die

Tendenz, sich mehr als andere an sozialen Normen zu orientieren (von Zerssen & Petermann, 2012b). Um langfristig an einer Gruppe teilnehmen zu können, ist dies offenbar eine wichtige Eigenschaft des einzelnen Mitglieds. SHG sind zwar sehr liberale Gemeinschaften, die ihren Mitgliedern viel Akzeptanz entgegenbringen. Dennoch verlangen sie von ihren Mitgliedern ein großes Maß an Eigenverantwortung und ebenso eine Anpassung an die Rahmenbedingungen einer Gruppe. Menschen, die dazu neigen, sich diesen Rahmenbedingungen anzupassen, könnten also eher von der Teilnahme profitieren. In unserer Stichprobe besuchten 66.7% der Teilnehmenden die Gruppe schon länger als 24 Monate. Weitere 17.3% zwischen 12 und 24 Monaten. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine hohe Normorientierung einer langfristigen Teilnahme zuträglich ist. Auch Meyer et al. (2008) zeigten in ihrer Studie, dass vor allem Teilnehmer/-innen mit ausgeprägteren Kontakt- und Gruppenfähigkeiten vom Besuch von SHG im Rahmen eines stationären Aufenthalts in psychosomatischen Kliniken profitierten.

Die Teilnehmer/-innen weisen im Gegensatz zu den Erwartungen höhere Isolationstendenzwerte auf. Hohe Werte "indizieren emotionelle Distanz mit Neigung zur Überheblichkeit, niedrige Werte dagegen Warmherzigkeit und Verständnis für andere" (von Zerssen & Petermann, 2012b). Dieses Ergebnis ist kontraintuitiv, da gerade in SHG eine emotionale Nähe zu den anderen Gruppenmitgliedern aufgebaut werden sollte: Die Teilnehmer/-innen in der hier untersuchten Stichprobe suchten den Kontakt mit ebenfalls Betroffenen. 92.6% gaben an, über den Besuch der SHG Kontakte zu anderen Menschen geknüpft zu haben. Außerdem suchten 53% der Teilnehmenden eine SHG mit dem Ziel auf, emotionale Unterstützung zu erhalten. Eine Erklärung hierfür könnte das Prinzip der Freiwilligkeit in SHG sein: In diesem Umfeld können Menschen, die ansonsten die emotionale Nähe zu anderen meiden, über ihre Gefühle reden. In der Gruppe können sie ihre Gefühle äußern, auch ohne sich sehr vertraut mit den anderen Teilnehmern/-innen zu machen. Dies ist möglich, da vorausgesetzt wird, dass die in der Gruppe geführten Gespräche vertraulich behandelt werden und es keinen Zwang gibt, von sich selbst etwas preiszugeben.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Mitglieder von SHG im Bereich psychischer Erkrankungen ein Persönlichkeitsprofil ähnlich dem psychisch Kranker aufweisen. Ein markanter Unterschied könnte jedoch die im Vergleich zur Normstichprobe höhere Normorientierung sein. Wie weiter oben beschrieben, könnte dies einer langfristigen Teilhabe am Gruppengeschehen zuträglich sein.

Für die Arbeit von und mit SHG haben diese Ergebnisse folgende Implikationen: Vor allem Menschen, die sich den Regeln von Gruppen anpassen können, sollten von SHG profitieren. Auf der einen Seite beinhaltet dieses Ergebnis eine erste Vermutung über die von Matzat (2000) aufgeworfene Frage nach Indikationen für den Besuch von SHG. Auf der anderen Seite zeigt das Ergebnis, wie wichtig es ist, SHG in ihrer Arbeit zu unterstützen. Spezifische Förderungsprogramme für die Zusammenarbeit in Gruppen helfen vor allem denjenigen, die zwar an einer SHG teilnehmen wollen, deren gruppenbezogenen Fähigkeiten jedoch nicht so gut ausgeprägt sind. Mit ihrem Leitfaden zur Gesprächsführung in Gruppen gibt die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (2012) SHG-Teilnehmern/-innen ein wichtiges Werkzeug an die Hand, mit dem Teilnehmer/-innen die Arbeit in der Gruppe optimieren können. Es werden Ratschläge zur angemessenen Kommunikation in der Gruppe gegeben sowie gruppendynamische Prozesse erklärt. Ebenso zeigt das Ergebnis die besondere Relevanz von Selbsthilfekontaktstellen und -organisationen bei der Unterstützung von Gruppen und Einzelpersonen im Selbsthilfebereich. Bei Problemen sind die Kontaktstellen Ansprechpartner und können dem/der Teilnehmer/-in helfen, sich besser in der Gruppe zu verständigen. Damit sichern die Kontaktstellen die Funktionsfähigkeit der Gruppen und ermöglichen es denjenigen mit Schwierigkeiten in der Gruppe, sich anzupassen und weiter von einer Teilnahme profitieren zu können.

Ein Ausbau von supportiven Elementen der Selbsthilfe könnte also dazu führen, dass mehr Menschen die Selbsthilfe nutzen bzw. nutzen können. Dies wiederum würde, wie im theoretischen Teil erläutert, volkswirtschaftliche Vorteile mit sich bringen. Je mehr Menschen - also auch diejenigen, denen ein Gruppenbesuch schwer fällt - von SHG profitieren, umso eher können sie mit ihrer Krankheit umgehen und sind weniger dazu gezwungen, das professionelle Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen.

Eine weitere interessante Forschungsfrage ist nun, ob sich die erhöhte Normorientierung auch bei Teilnehmern/-innen von SHG zu somatischen Themen zeigt. Auch hier sollte die Gruppenfähigkeit der Mitglieder eine zentrale Rolle für eine langfristige Teilnahme spielen.

## 4.3 Zusammenhang von Persönlichkeit und Selbstwirksamkeit

Die theoretischen Überlegungen basieren auf der Annahme, dass die Persönlichkeit SWE über selbstregulative Prozesse beeinflusst (Maddux und Volkmann, 2010). Insbesondere über unterschiedliche Zielsetzungsstrategien und Akquirierung von sozialer Unterstützung sollten Persönlichkeitsmerkmalen Menschen bestimmten eher in der Lage selbstwirksamkeitssteigernde Erfahrungen zu machen (McCrae und Löckenhoff, 2010). Sie unterscheiden sich also in dem Ausmaß, in dem sie die Quellen der SWE nutzen können. Für die vom MPT erfassten Persönlichkeitsmerkmale ergaben sich aus diesen Überlegungen verschiedene Hypothesen Zusammenhang subjektiven über den zu Selbstwirksamkeitsveränderungen. Die Ergebnisse konnten die Überlegungen jedoch nur teilweise bestätigen: Frustrationstoleranz war signifikant positiv mit allen Skalen der SWE korreliert. Die Korrelationen bewegten sich in einem Rahmen von r=.26 für die Akquirierung von Hilfe bis r=.49 für das Äußern von negativen Gefühlen. Menschen, die mehr Frustration tolerieren konnten, wiesen also höhere SWE-Werte auf. Dies bestätigt die Überlegung, dass eine hohe Frustrationstoleranz eher zu einer Erreichung von Zielen führt und somit über die direkte Erfahrung selbstwirksamkeitssteigernde Erfahrungen gemacht werden.

Auch für Neurotizismus zeigte sich für alle SWE-Skalen ein signifikant negativer Zusammenhang. Dieses Ergebnis unterstützt die Überlegung, dass Menschen mit einer hohen Ausprägung auf diesem Persönlichkeitsmerkmal dazu neigen, sich niedrigere und weniger definierte Ziele zu setzen als weniger neurotische Menschen. Diese Zielsetzungsstrategie ist mit einer geringeren Erfolgsrate assoziiert und führt dadurch mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit zu einer Selbstwirksamkeitssteigerung durch direkte Erfahrung (McCrae & Löckenhoff, 2010). Auch bei der Nutzung der übrigen Quellen der SWE könnten hohe neurotische Tendenzen hinderlich sein. Swickert und Taylor (2010) konnten nachweisen, dass hohe Neurotizismuswerte mit geringerer wahrgenommener sozialer Unterstützung assoziiert waren. Teilnehmer/-innen mit einer hohen Ausprägung auf diesem Persönlichkeitsmerkmal haben also u. U. Schwierigkeiten von der verbalen Unterstützung Gebrauch zu machen.

Isolationstendenz war nur mit zwei Skalen (Umgang mit Personal und das Äußern von positiven Gefühlen) bei der globalen Betrachtung signifikant korreliert.

Für die anderen Persönlichkeitsmerkmale zeigten sich ebenso nur für einzelne Skalen signifikante Korrelationen. Esoterische Neigungen wiesen keinen signifikanten Zusammenhang zu den SWE-Skalen auf. Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass vor allem Neurotizismus und Frustrationstoleranz bei dem Zusammenhang von Persönlichkeit und Selbstwirksamkeit bei SHG eine Rolle spielen. Dass Rigidität nur vereinzelt signifikante Korrelationen aufwies, ist auf den ersten Blick erstaunlich, da gerade bei diesem Persönlichkeitsmerkmal bessere Zielsetzungsstrategien vermutet wurden (McCrae & Löckenhoff, 2010). Grund für dieses Ergebnis könnte sein, dass sich die im theoretischen Teil dargestellten Studien vor allem auf Leistungsbereiche beziehen (z.B. Cheng & Ickes, 2009). In solchen Gebieten könnten Attribute wie Gründlichkeit, Gewissenhaftigkeit und Autoritätsglauben eine wichtigere Rolle spielen, als bei persönlichen Zielen, da diese eigenmotivierter sind. Für solche Ziele sollte Durchhaltevermögen (Frustrationstoleranz) einen größeren Einfluss haben, als der Glaube aufgrund von Regeln und Vorgaben eine Leistung erbringen zu müssen. Diese Überlegung erklärt auch die nicht signifikanten Korrelationen zwischen Normorientierung und SWE.

Esoterische Neigungen waren nicht mit SWE-Skalen korreliert. Die Korrelation mit dem Persönlichkeitsmerkmal Offenheit für neue Erfahrungen gab im theoretischen Teil Grund zu der Annahme, dass dieses Persönlichkeitsmerkmal ebenso mit einer Bereitschaft neue Dinge auszuprobieren verbunden ist. Dieser Faktor sollte also einerseits bei der Bereitschaft in eine SHG einzutreten eine wichtige Rolle spielen, da dies für die meisten eine neue Erfahrung darstellt. Andererseits sollte die Offenheit für neue Erfahrungen mit SWE-Steigerungen assoziiert sein, da um neue Verhaltensweisen auszuprobieren auch eine Bereitschaft vorhanden sein muss, diese auch auszuführen. Diese Überlegung kann jedoch nicht unter Verwendung des MPT als alleinigem Persönlichkeitstest gemessen werden, da die Esoterischen Neigungen nur die Hinwendung zum Übersinnlichen messen (von Zerssen & Petermann, 2012b). Aussagen, ob eine höhere Bereitschaft, neue Erfahrungen zu machen mit erhöhten SWE auf den jeweiligen Gebieten verbunden ist, lassen sich in dieser Studie also nicht machen und erklären die nichtsignifikanten Korrelationen. Esoterische Neigungen sollten vor allem bei Anonymous Gruppen eine Rolle spielen (Tonigan, Miller & Schermer, 2002). Teilnehmer/-innen dieser Gruppen waren jedoch in der Stichprobe stark unterrepräsentiert. Daher lassen sich darüber keine Aussagen treffen.

Zusammenfassend stellten sich Frustrationstoleranz und Neurotizismus als die wichtigsten Korrelate von SWE-Veränderungen in dieser Studie heraus. Für die Erreichung von persönlichen Zielen durch die Gruppe scheint es also wichtig zu sein, trotz seelischer Belastungen an den eigenen Zielen festzuhalten.

Schrittweise Regressionen bestätigen diese Überlegung: Bei vier der sechs Skalen zur SWE zeigte sich die Frustrationstoleranz als wichtigster Prädiktor. Bei der Selbstwirksamkeit zur Akquirierung von Hilfe zeigte sich Frustrationstoleranz als zweitwichtigster Prädiktor.

Neurotizismus konnte bei der SWE im Bereich Äußern von positiven Gefühlen als wichtigster Prädiktor identifiziert werden. Für die Frustrationstoleranz ergab sich je nach SWE-Variable eine Varianzaufklärung zwischen 16,3% und 24%, für Neurotizismus 13.6% und der subjektive Nutzen der SHG erklärte zwischen 10.7 - 11.8% an zusätzlicher Varianz. Die anderen Persönlichkeitsmerkmale wurden nicht in die Regressionsmodelle eingeschlossen. Neben Neurotizismus und Frustrationstoleranz war der subjektive Nutzen vom Besuch der SHG ein wichtiger Prädiktor bei fünf der sechs Skalen zur SWE. Je hilfreicher die Teilnehmer/-innen den Besuch empfanden, desto mehr SWE-Steigerung erlebten sie. Wie wichtig dieser Faktor ist, zeigten Holma, Holma, Melartin und Isomesä (2010). Sie wiesen nach, dass positive Einstellungen gegenüber Therapie positiv mit der Teilnahme an selbiger assoziiert waren.

Zusammenfassend bestätigen die Ergebnisse die Überlegung, dass Persönlichkeitsmerkmale über selbstregulative Prozesse die SWE-Veränderung beeinflussen. Um in einem bestimmten Bereich die SWE zu steigern, scheint es also sinnvoll für bestimmte Menschen Interventionen zur Steigerung der Frustrationstoleranz sowie zur Senkung von mit dem Bereich assoziierten Ängsten zu entwerfen. Beispielsweise könnten Interventionen für die Anpassung von Zielsetzungen sowie psychoedukative Maßnahmen zu einer erhöhten Erfolgsquote und somit zu einer SWE-Steigerung führen. Da sich der subjektive Nutzen als Prädiktor für SWE erwiesen hat, sollten Maßnahmen zur Motivationssteigerung ebenso eine Steigerung der SWE bewirken. Dies sollte nicht nur für den Selbsthilfebereich gelten, da davon ausgegangen werden kann, dass die Prozesse, denen die SWE-Steigerung unterliegt, für die meisten Menschen gleich sind.

### 4.4 Grenzen der Betrachtung

Die Aussagekraft der Arbeit ist vor allem durch das Forschungsdesign sowie die Stichprobengenerierung begrenzt:

Bei der Studie handelt es sich um eine retrospektive Erhebung mit einem Messzeitpunkt. Um eine gesicherte Aussage darüber treffen zu können, ob der Besuch der SHG selbstwirksamkeitssteigernd wirkt, hätte ein Längsschnittstudiendesign mit einer Kontrollgruppe verwendet werden müssen.

Weitere Problematiken für die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ergeben sich aus der Generierung und Zusammensetzung der Stichprobe. Aufgrund der begrenzten finanziellen Möglichkeiten wurden nicht alle für die Studie relevanten Gruppen kontaktiert. Außerdem sind Teilnehmer/-innen von Anonymous-Gruppen in der Studie nur vereinzelt vertreten. Damit lassen sich die Ergebnisse nur begrenzt auf solche Gruppen anwenden.

Ein zusätzliches Problem ergibt sich aus der fehlenden Erfassung der Quellen der SWE in der Studie. Um sicherzugehen, dass die Quellen in der SHG wirken, muss ein Instrument zur validen Messung der Quellen entwickelt werden.

Außerdem ergeben sich Probleme bei der Konstruktion der SWE-Skalen. Der Konstruktion des Fragebogens ist keine Pilotstudie vorangegangen. Es lassen sich also keine Aussagen über bestimmte Gütekriterien, wie zum Beispiel die Test-Retest-Reliabilität treffen. Dadurch besteht die Gefahr, dass das Konzept der SWE nicht korrekt erfasst wurde.

Trotz der vielen methodischen Probleme konnte die Studie Hinweise auf die Selbstwirksamkeitsveränderung und den Zusammenhang von Persönlichkeit mit SWE geben.

### 4.5 Versorgungsstudie

Im zweiten Teil der Studie sollten die Wartezeiten der Teilnehmer/-innen auf ambulante Psychotherapie ermittelt werden. Außerdem wurde die subjektive Belastung durch die Wartezeit erfasst. Dieser Teil sollte einen Vergleich zur BPTK-Studie bilden, in dem ausschließlich Psychotherapeuten bezüglich der Wartezeiten von Patienten befragt wurden. Es ergab sich folgendes Bild:

24 Teilnehmer/-innen befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. 50% von ihnen warteten weniger als einen Monat auf diesen Therapieplatz. Dieses Ergebnis liegt niedriger als die von der BPTK-Studie berichteten Wartezeiten. 37.5% warteten jedoch zwischen einem und sechs Monaten auf einen ambulanten Therapieplatz. Besorgniserregend ist, dass es einen Teilnehmer gab, der sogar länger als 12 Monate auf einen Therapieplatz wartete.

Bei der Betrachtung ergeben sich jedoch einige Bedenken. Zum einen wird die Dunkelziffer an Mitgliedern von SHG, die zu diesem Zeitpunkt auf eine Behandlung warteten, deutlich höher liegen. Zum Beispiel werden diejenigen, die zur Moment der Befragung unter einer zu hohen Symptombelastung litten, sich u.U. nicht in der Lage gesehen haben, einen so umfangreichen Fragebogen auszufüllen. Des Weiteren stellen die Probanden keine randomisiert erhobene Stichprobe dar. Die Ergebnisse können also nicht auf die Gesamtpopulation angewendet werden. Dies erschwert die Vergleichbarkeit mit der BPTK-Studie (2011).

### 4.6 Fazit

Zusammenfassend können, trotz methodischer Problematiken, in dieser Studie Hinweise darauf gegeben werden, dass

- 1. der Besuch einer SHG selbstwirksamkeitssteigernd wirkt.
- 2. Menschen mit psychischen Erkrankungen, die langfristig an einer SHG teilnehmen, in ihrem Persönlichkeitsprofil eine höhere Normorientierung aufweisen als psychisch Erkrankte, die sich gegen eine Teilnahme entscheiden.
- 3. vor allem Frustrationstoleranz und Neurotizismus auf Seiten der Persönlichkeit eine wichtige Rolle in der SWE-Entwicklung spielen.
- 4. der subjektive Nutzen der SHG wichtig für die SWE-Steigerung ist.
- 5. in Bremen zu lange Wartezeiten auf ambulante psychotherapeutische Versorgung bestehen.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, wie wichtig es ist, die supportiven Elemente der Selbsthilfe weiter auszubauen und eine Verbesserung in der psychotherapeutischen Versorgung im ambulanten Bereich zu erreichen.

Da diese Studie aufgrund des Designs jedoch nur Hinweise auf die gestellten Fragen geben konnte, sollte zur weiteren Untersuchung folgendes Forschungsdesign verwendet werden:

Um zu untersuchen, ob der Besuch von SHG tatsächlich die SWE steigert und um Indikationskriterien für den Besuch von SHG zu formulieren, sollte folgendes Forschungsdesign verwendet werden: In einer Längsschnittstudie mit drei Messzeitpunkten werden 4 Gruppen verglichen: Menschen, die sich nach der Entlassung aus einer stationären psychiatrischen Klinik für den Besuch einer psychologisch orientierten SHG, den Besuch einer ambulanten psychotherapeutischen Gruppe, für eine Intervention zur allgemeinen SWE-Steigerung oder für keine Behandlung entscheiden. Folgende Messungen werden erhoben:

- 1. SCL-90-R: Um zu erfassen, ob sich eine Veränderung in der Symptomatik ergibt und um die Symptombelastung am Anfang der Erhebung zu messen.
- 2. NEO-FFI: Die Persönlichkeit wird nur zu T1 erhoben. Hier wird nicht mehr der MPT verwendet, da geklärt werden soll, ob die Offenheit für neue Erfahrungen eine Rolle bei der Wahl für den Besuch einer SHG spielt.
  - 3. Messungen der SWE-Veränderung mithilfe der in dieser Studie entwickelten Skalen.
- 4. Messung der Quellen der Selbstwirksamkeit in den Gruppen, die sich für den Besuch einer SHG oder eine psychotherapeutische Gesprächsgruppe entscheiden.
  - 5. Messungen zur Wartezeit für ambulante Psychotherapie.
  - 6. Messungen der Elemente in Borgetto's heuristischem Modell (2007)

Mithilfe dieses Forschungsdesigns können Aussagen getroffen werden, ob die SHG im Vergleich zu der Kontrollgruppe oder der psychotherapeutischen Gesprächsgruppe zu einer höheren SWE-Steigerung führt. Gleichzeitig kann ein Training zur SWE-Verbesserung entwickelt und getestet werden. Aufgrund der hier präsentierten Ergebnisse sollte das Training Elemente der Psychoedukation, der Frustrationstoleranzsteigerung, des Abbaus von Ängsten und der Motivationssteigerung enthalten.

Die Erfassung der Persönlichkeit, die Beobachtung der Symptombelastung sowie eine Dropout-Analyse können Aufschlüsse in der Frage nach der Indikation für die verschiedenen Interventionen geben. Außerdem ist eine Erfassung der persönlichen Gründe für die Wahl der jeweiligen Gruppe sinnvoll. Aufgrund dessen und weil der subjektive Nutzen der Intervention eine wichtige Rolle zu spielen scheint, wird auch auf eine randomisierte Zuteilung verzichtet.

Bei einer Erfassung der Wartezeiten sollte außerdem eine validere Darstellung der tatsächlichen Zeiten und Belastungen durch diese gegeben sein. Über die wiederholte Messung ergibt sich die Möglichkeit, auch diejenigen zu erfassen, die nach erfolglosen Versuchen einen Therapieplatz zu bekommen, die ambulante Therapie als Möglichkeit für sich aufgeben.

Die Erfassung der Elemente des Modell's von Borgetto (2007) stellt eine erste Untersuchung der von ihm vorgeschlagenen Wirkelemente dar.

#### 5 Literaturverzeichnis

- Alden, L. (1986). Self-efficacy and causal attributions for social feedback. *Journal of Research in Personality*, 20(4), 460-473.
- Anderson, R. B. (2000). Vicarious and persuasive influences on efficacy expectations and intentions to perform breast self-examination. *Public Relations Review*, 26(1), 97-114.
- Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V. (Ed.) (2011). Anonyme Alkoholiker: Ein Bericht über die Genesung Alkoholkranker Männer und Frauen [Alcoholics Anonymous] (1. Aufl.). Dingolfing: Schnitzerdruck Print und Media GmbH.
- Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V (2014a). Die 12 Schritte der Anonymen Alkoholiker, entnommen aus <a href="http://www.anonyme-alkoholiker.de/content/01horiz/01schri.php.">http://www.anonyme-alkoholiker.de/content/01horiz/01schri.php.</a> am 05.06.2014 am 05.06.2014
- Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V (2014b). Wie helfen die AA?, entnommen aus http://www.anonyme-alkoholiker.de/content/03info/03index.php am 05.06.2014
- Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V (2014c). Was sind AA-Meetings?, entnommen aus <a href="http://www.anonyme-alkoholiker.de/content/03info/03index.php#10">http://www.anonyme-alkoholiker.de/content/03info/03index.php#10</a>. am 05.06.2014
- Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V (2014d). Was tun die AA nicht?, entnommen aus <a href="http://www.anonyme-alkoholiker.de/content/03info/03index.php">http://www.anonyme-alkoholiker.de/content/03info/03index.php</a> am 05.06.2014
- Bandura, A. (1978). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1997). In W.H. Freeman and Company (Ed.), Self-Efficacy: The Exercise of Control (13. Aufl.). New York (USA): W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1997). Theoretical Perspectives. In W.H. Freeman and Company (Ed.), *Self-Efficacy: The Exercise of Control* 13. Aufl., 3-3. New York, USA: W.H. Freeman an Company.
- Borgetto, B. (2007). Wirkungen und Nutzen von Selbsthilfegruppen. *Public Health Forum*, *15*(55), 6-8.
- BPTK-Studie. (2011). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. (Bundespsychotherapeutenkammer).
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2006). § 20 Prävention und Selbsthilfe

- Busato, V. V., Prins, F. J., Elshout, J. J. & Hamaker, C. (2000). Intellectual ability, learning style, personality, achievement motivation and academic success of psychology students in higher education. *Personality and Individual Differences*, 29(1057), 1068.
- Caprara, G. V., Vecchione, M., Alessandri, G., Gerbino, M. & Barbaranelli, C. (2011). The contribution of personality traits and self-efficacy beliefs to academic achievement: A longitudinal study. *British Journal of Educational Psychology*, 81(1), 78-96.
- Chamorro-Premuzic, T. & Furnham, A. (2003). Personality traits and academic examination performance. *European Journal of Personality*, 17(3), 237-250.
- Cheng, W. & Ickes, W. (2009). Conscientiousness and self-motivation as mutually compensatory predictors of university-level GPA. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 817-822.
- Christo, G. & Sutton, S. (1994). Anxiety and self-esteem as a function of abstinence time among recovering addicts attending Narcotics Anonymous. *British Journal of Clinical Psychology*, 33(2), 198-200.
- Davis, L. & Brekke, J. (2014). Social support and functional outcome in severe mental illness: The mediating role of proactive coping. *Psychiatry research*, 215(1), 39-45.
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (2012). Gruppen im Gespräch, Gespräche in Gruppen: Ein Leitfaden für Selbsthilfegruppen . Gießen: DAG SHG
- Drieling, T., Hecht, H. & Zerssen, D. v. (2007). Der Sechs-Faktoren-Test zur Erfassung der Persönlichkeit in der klinischen Praxis und Forschung. *Nervenarzt*, 78, 560-570.
- Evans, S. E., Steel, A. L. & DiLillo, D. (2013). Child maltreatment severity and adult trauma symptoms: Does perceived social support play a buffering role? *Child abuse & neglect*, 37(11), 934-943.
- Gesundheitsamt Bremen. (2011). Selbsthilfegruppen in Bremen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Problemen. (*Broschüre*)
- Gossop, M., Stewart, D. & Marsden, J. (2008). Attendance at Narcotics Anonymous and Alcoholics Anonymous meetings, frequency of attendance and substance use outcomes after residential treatment for drug dependence: a 5-year follow-up study. *Addiction*, 103(1), 119-125.
- Gray, E. K. & Watson, D. (2002). General and specific traits of personality and their relation to sleep and academic performance. *Journal of Personality*, 70, 177-206.
- Harrington, N. (2005). The Frustration Discomfort Scale: development and psychometric properties. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(5), 374-387.

- Harrington, N. (2005). It's too difficult! Frustration intolerance beliefs and procrastination. *Personality and Individual Differences*, *39*(5), 873-883.
- Hartmann, S. & Zepf, S. (2005). Hilfe zur Selbsthilfe Ergebnisse von Laienbehandlungen in unterschiedlichen Selbsthilfegruppen . Gießen: DAG SHG: Selbsthilfegruppenjahrbuch.
- Hauschild, J. (2012). Selbsthilfegruppen: Gut, dass wir mal darüber sprechen. *Spiegel online*, entnommen aus <a href="http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/selbsthilfegruppen-gespraechsrunden-entlasten-nicht-nur-betroffene-a-855205.html">http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/selbsthilfegruppen-gespraechsrunden-entlasten-nicht-nur-betroffene-a-855205.html</a> am 20.05.2014.
- Hodges, C. B. & Murphy, P. F. (2009). Sources of self-efficacy beliefs of students in a technology-intensive asynchronous college algebra course. *The Internet and Higher Education*, 12(2), 93-97.
- Höflich, A., Matzat, J., Meyer, F., Knickenberg, F. J., Bleichner, F., Merkle, W. et al. (2007). Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen und Psychotherapie im Anschluss an eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung. *Psychotherapie*, *Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 57, 213-220.
- Holma, I. A. K., Holma, K. M., Melartin, T. K. & Isometsä, E. T. (2010). Treatment attitudes and adherence of psychiatric patients with major depressive disorder: A five-year prospective study. *Journal of affective disorders*, 127(1–3), 102-112.
- Howitt, D. & Duncan, C. (2008). Introduction to SPSS in Psychology: For Version 16 and earlier (4. Aufl.). Edingburgh: Pearson Education Limited.
- Humphreys, K., Wing, S., McCarty, D., Chappel, J., Gallant, L., Haberle, B. et al. (2004). Self-help organizations for alcohol and drug problems: Toward evidence-based practice and policy. *Journal of substance abuse treatment*, 26(3), 151-158.
- Hundertmark-Mayser, J., Möller, B., Balke, K. & Thiel, W. (2004). Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. (Robert-Koch Institut).
- Hurlburt, G., Gade, E. & Fuqua, D. (1984). Personality Differences between Alcoholics Anonymous Members and Nonmembers. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 45, 170.
- Ibarra-Rovillard, M. S. & Kuiper, N. A. (2011). Social support and social negativity findings in depression: Perceived responsiveness to basic psychological needs. *Clinical psychology review*, *31*(3), 342-352.
- IBM Corp (2011). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jensen-Campbell, L. A., Knack, J. M. & Gomez, H. L. (2010). The Psychology of Nice People. *Social and Personality Psychology Compass*, *4*(11), 1042-1056.

- Judge, T. A., Jackson, C. L., Shaw, J. C., Scott, B. A. & Rich, B. L. (2007). Self-efficacy and work-related performance: The integral role of individual differences. *Journal of Applied Psychology*, 92, 107-127.
- Kelly, J. F. (2003). Self-help for substance-use disorders: history, effectiveness, knowledge gaps, and research opportunities. *Clinical psychology review*, *23*(5), 639-663.
- King, D. K., Glasgow, R. E., Toobert, D. J., Strycker, L. A., Estabrooks, P. A., Osuna, D. et al. (2010). Self-Efficacy, Problem Solving, and Social-Environmental Support Are Associated With Diabetes Self-Management Behaviors. *Diabetes care*, *33*(4), 751-753.
- Klassen, R. M. & Durksen, T. L. (2014). Weekly self-efficacy and work stress during the teaching practicum: A mixed methods study. *Learning and Instruction*, 33(0), 158-169.
- Knoll, N., Scholz. U., Riekmann, N. (2013). Einführung Gesundheitspsychologie. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Kurtz, L. F. (1988). Mutual Aid for Affective Disorders: The Manic Depressive and Depressive Association. *American Journal of Orthopsychiatry*, *58*, 152-155.
- Kyrouz, E. M., Humphreys, K. & Loomis, C. (2002). A Review of Research on the Effectiveness of Self-Help Mutual Aid Groups. *The International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 2, 64-68.
- Larsen, R. J. & Buss, D. M. (2010). In McGraw-Hill (Ed.), *Personality Psychology: Domains of Knowledge About Human Nature* (4. Aufl.)
- MacCann, C., Duckworth, A. L. & Roberts, R. D. (2009). Empirical identification of the major facets of Conscientiousness. *Learning and Individual Differences*, 19(4), 451-458.
- Maddux, J. E. & Volkmann J. (2010). Self-Efficacy. In Hoyle, R. H. (Ed.), *Handbook of personality and self-regulation* Paperback. Aufl., 315-331. Malden, Mass. u.a.: Wiley Blackwell.
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B. & Schutte, N. S. (2005). The Relationship between the Five-Factor Model of Personality and Clinical Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 101-114.
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Schutte, N. S., Bhullar, N. & Rooke, S. E. (2010). The Five-Factor Model of personality and relationship satisfaction of intimate partners: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 44(1), 124-127.
- Matzat, J. (2000). Zur Rolle der Forschung bei der Entwicklung der Selbsthilfegruppenbewegung in Deutschland. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 23, 213-222.

- Matzat, J. (2007). Selbsthilfe in Gemeinschaft und Gegenseitigkeit. *Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen*, 20, 190-193.
- Matzat, J. (2009). Zum Stand der Selbsthilfe in Deutschland- unter besonderer Berücksichtigung der Sucht-Selbsthilfe. *European Journal of Mental Health*, *4*, 101-104.
- Matzat, J. (2007). Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke. *Public Health Forum*, 15(2), 28-30.
- McCrae R.R. & Löckenhoff C.E. (2010). Self-Regulation and the Five-Factor Model of Personality Traits. In Hoyle, R. H. (Ed.), *Handbook of personality and self-regulation* Paperback. Aufl., 145-168. Malden, Mass. u.a.: Wiley Blackwell.
- Meyer, F., Roth, H., Höflich, A., Matzat, J., Kresula, A., Stein, A. et al. (2008). Selbsthilfegruppen im Rahmen stationäre psychotherapeutischer Behandlungen. *Psychotherapeut*, *53*, 198-205.
- Montgomery, H. A., Miller, W. R. & Scott Tonigan, J. (1995). Does alcoholics anonymous involvement predict treatment outcome? *Journal of substance abuse treatment*, 12(4), 241-246.
- Moos, R. H. & Moos, B. S. (2004). Long-Term Influence of Duration and Frequency of Participation in Alcoholics Anonymous on Individuals With Alcohol Use Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 81-90.
- Moritz, S. E., Feltz, D. L., Fahrbach, K. R. & Mack, D. E. (2000). The Relation of Self-Efficacy Measures to Sport Performance: A Meta-Analytic Review. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 73, 280-294.
- NAKOS. (2008). Selbsthilfe im Überlick 2, Zahlen und Fakten 2008.
- NAKOS (2013). *Informationen, Unterstützung und Kontakte zur Selbsthilfe in Deutschland*. (http://www.nakos.de/site/data/NAKOS/Infomaterial2013/NAKOS\_Profil\_2013.pdf.)
- NAKOS (2014a). *Selbsthilfekontaktstellen*. entnommen aus <a href="http://www.nakos.de/site/ueber-selbsthilfekontaktstellen/">http://www.nakos.de/site/ueber-selbsthilfekontaktstellen/</a> am 08.05.2014
- NAKOS (2014b)*Selbsthilfeorganisationen*. entnommen aus <a href="http://www.nakos.de/site/fachthemen/unterstuetzung/organisationen/">http://www.nakos.de/site/fachthemen/unterstuetzung/organisationen/</a> am 08.05.2014
- NAKOS (2014c) *Was ist Selbsthilfe?* entnommen aus <a href="http://www.nakos.de/site/ueber-selbsthilfe/was-ist-selbsthilfe/">http://www.nakos.de/site/ueber-selbsthilfe/was-ist-selbsthilfe/</a> am 08.05.2014
- Netzwerk Selbsthilfe Bremen-Nordniedersachsen e.V. (2014) Sucht/ Abhängigkeit. entnommen aus <a href="http://www.selbsthilfe-wegweiser.de/info-sucht-abhaengigkeit.html">http://www.selbsthilfe-wegweiser.de/info-sucht-abhaengigkeit.html</a>. am 08.07.2014

- Ouimette, P. C., Finney, J. W. & Moos, R. H. (1997). Twelve-Step and Cognitive-Behavioral Treatment for Substance Abuse. A Comparison of Treatment Effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 230-240.
- Parent, N. & Fortin, F. (2000). A randomized, controlled trial of vicarious experience through peer support for male first-time cardiac surgery patients: Impact on anxiety, self-efficacy expectation, and self-reported activity. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 29(6), 389-400.
- Pistrang, N., Barker, C. & Humphreys, K. (2008). Mutual Help Groups for Mental Health Problems: A Review of Effectiveness Studies. *American Journal of Community Psychology*, 42, 110-121.
- Roberts, L. J., Salem, D., Rappaport, J., Toro, P. A., Luke, D. A. & Seidman, E. (1999). Giving and Receiving Help: Interpersonal Transactions in Mutual-Help Meetings and Psychosocial Adjustment of Members. *American Journal of Community Psychology*, 27, 841-868.
- Ross, S. R., Canada, K. E. & Rausch, M. K. (2002). Self-handicapping and the Five Factor Model of personality: mediation between Neuroticism and Conscientiousness. *Personality and Individual Differences*, 32(7), 1173-1184.
- Sander, H. C. (2005). *Beratungsrealität in neun hessischen Selbsthilfekontaktstellen* . Selbsthilfegruppenjahrbuch: 2005.
- Shank, D. B. & Cotten, S. R. (2014). Does technology empower urban youth? The relationship of technology use to self-efficacy. *Computers & Education*, 70(0), 184-193.
- Sinokki, M., Hinkka, K., Ahola, K., Koskinen, S., Kivimäki, M., Honkonen, T. et al. (2009). The association of social support at work and in private life with mental health and antidepressant use: The Health 2000 Study. *Journal of affective disorders*, 115(1–2), 36-45.
- Stulken, H. (2004). Selbsthilfeberatung und Vermittlung in Gruppen bei psychischen Erkrankungen und psychosozialen Problemen durch das Gesundheitsamt Bremen Entwicklungen und Trends der zurückliegenden Jahre in Bremen . Bremen: Gesundheitsamt Bremen.
- Swickert, R. J., Rosentreter, C. J., Hittner, J. B. & Mushrush, J. E. (2002). Extraversion, social support processes, and stress. *Personality and Individual Differences*, *32*(5), 877-891.
- Swickert, R. & Owens, T. (2010). The interaction between neuroticism and gender influences the perceived availability of social support. *Personality and Individual Differences*, 48(4), 385-390.
- Taubmann, B. & von Wietersheim, J. (2008). Die Wirksamkeit von Angst-Selbsthilfegruppen aus Patienten- und Expertensicht. Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 54, 263-276.

- Tonigan, J. S., Miller, W. R. & Schermer, C. (2002). Atheists, Agnostics and Alcoholics Anonymous. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 63, 534-541.
- Tschannen-Moran, M. & Hoy, A. W. (2007). The differential antecedents of self-efficacy beliefs of novice and experienced teachers. *Teaching and Teacher Education*, 23(6), 944-956.
- Uchino, B. N. (2006). Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 377-387.
- Von Zerssen, D. & Petermann, F. (2012a). Münchner Persönlichkeitstest. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Von Zerssen, D. & Petermann, F. (2012b). Münchner Persönlichkeitstest Manual. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Wheat, K., Brohan, E., Henderson, C. & Thornicroft, G. (2010). Mental illness and the workplace: conceal or reveal? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 103(3), 83-86.
- Wilde, J. (2012). The Relationship between Frustration Intolerance and Academic Achievement in College. *International Journal of Higher Education*, 1(2)
- Witt, L. A. & Ferris, G. R. (203). Social skill as moderator of the conscientiousness-performance relationship: convergent results across four studies. *Journal of Applied Psychology*, 88, 809-821.

# 6 Anhang

### **6.1 Explorative Datenanalyse**

#### **6.1) EDA MPT**

In der Explorativen Datenanalyse der Variablen des MPT geht es vorrangig darum, die Annahmen für T-Tests zu überprüfen. Mithilfe dieser Tests sollen das Persönlichkeitsprofil der Teilnehmer/-innen der SHG mit dem der Gesamtbevölkerung verglichen werden. Die Hauptannahmen für einen T-Test sind Normalität, Varianzhomogenität und die Unabhängigkeit der Daten.

#### Outlieranalyse

Bei Betrachtung der Boxplots (Abb. III.1) finden sich Outlier auf den Variablen Rigidität und Esoterische Neigung. Eine erneute Überprüfung der Daten ergab, dass es sich bei den Outliern nicht um Eingabefehler handelt. Aufgrund der geringen Zahl der Outlier wurden diese nicht aus der Analyse ausgeschlossen.

Die Boxplots weisen bei den Variablen Neurotizismus, Extraversion auf eine symmetrische Verteilung hin. Die Boxplots der Variablen Frustrationstoleranz, Normorientierung, deuten auf eine linksschiefe Verteilung der Daten hin, während bei den Variablen Isolationstendenz, Rigidität und Esoterische Neigungen eine rechtsschiefe Verteilung hin.

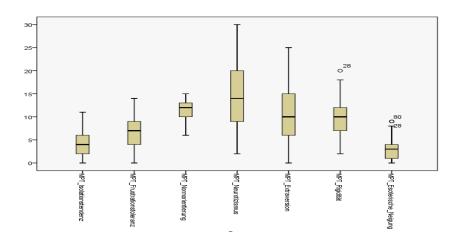


Abb. 6.1: Boxplots MPT-Skalen

#### Normalität

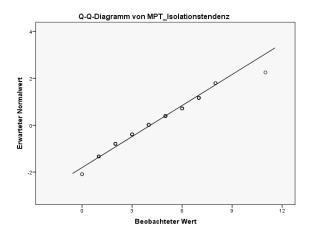
Um zu überprüfen, ob die Daten normal verteilt sind, wurden Q-Q-Plots (Abb. III.2) erstellt und der Shapiro-Wilk Test (Tabelle III.1) durchgeführt. Der Test deutet bei den Variablen Rigidität, Extraversion, Neurotizismus und Frustrationstoleranz auf eine normale Verteilung der Daten hin (p>.05). Bei den Variablen Isolationstendenz, Normorientierung und Esoterische Neigungen wird der Test signifikant (p<.05). Aufgrund des Tests ist bei diesen Variablen nicht mehr von einer

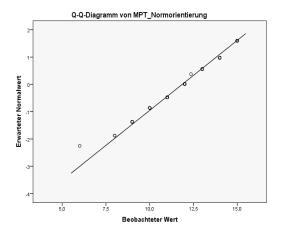
Normalverteilung der Daten auszugehen. Eine Betrachtung der Q-Q-Plots zeigt jedoch, dass bei den Variablen keine extremen Abweichungen von der Normalverteilung vorliegen.

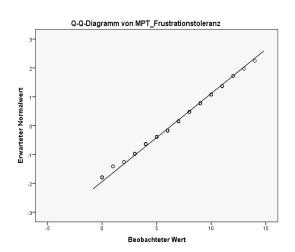
Tabelle 6.1

Shapiro-Wilk Test für MPT-Skalen

Variablen MPT	df	Statistik	Р
Isolationstendenz	81	.959	.012
Frustrationstoleranz	81	.979	.215
Normorientierung	81	.955	.006
Neurotizismus	81	.974	.098
Estraversion	81	.975	.107
Rigidität	81	.977	.154
Esoterische Neigungen	81	.921	.000







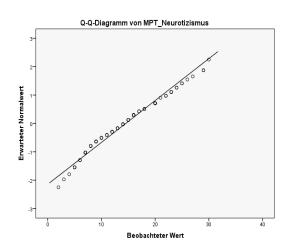
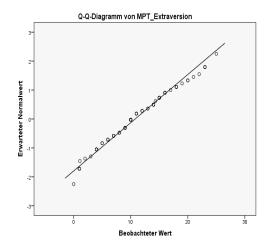
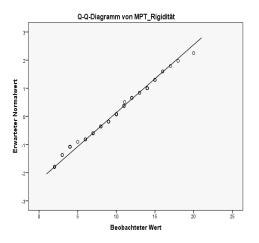


Abb. 6.2 QQ-Plots (Fortsetzung nächste Seite)





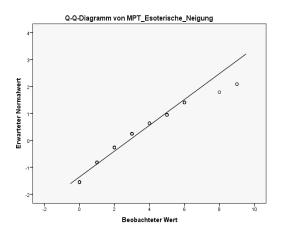
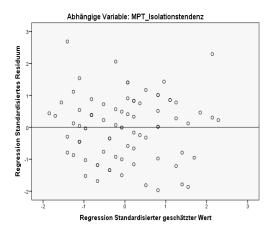
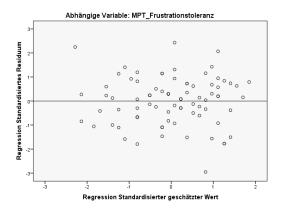


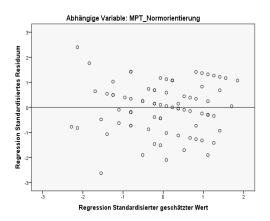
Abb.6.2 QQ-Plots

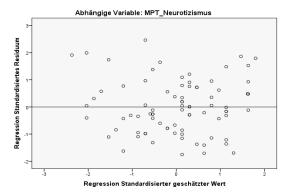
# Varianzhomogenität

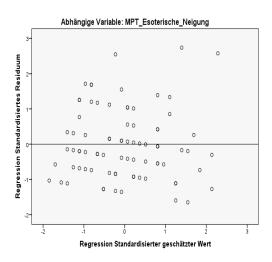
Sowohl die Annahmen der Linearität sowie der Varianzhomogenität wurden anhand von Scatterplots der Residuen überprüft (siehe Abb. III.3).











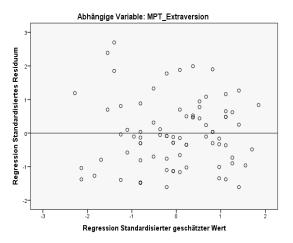
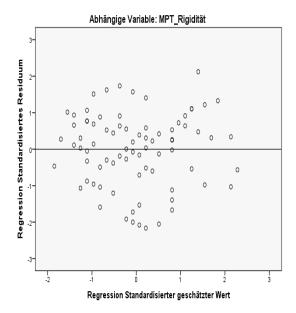


Abb.6.3.: Scatterplots MPT-Skalen (Fortsetzung nächste Seite)



#### Unabhängigkeit

Da jede Versuchsperson den Fragebogen einmalig und höchstwahrscheinlich dem Setting entsprechend alleine ausgefüllt hat, ist von der Unabhängigkeit der Daten auszugehen.

## Schlussfolgerung T-Test für MPT-Skalen

Für die meisten Variablen des MPT weisen die Q-Q-Plots sowie der Shapiro-Wilk Test auf eine Normalverteilung der Daten hin. Einige Variablen weichen jedoch leicht von der Normalverteilung ab.

Da ab einer Stichprobengröße von N>30 von einer Normalverteilung der Daten ausgegangen werden kann und nach Moore, McCabe... ein T-Test auch bei starker Schiefe ab einer Stichprobengröße von N=40 verwendet werden kann, ist hier davon auszugehen, dass die Annahmen für einen T-Test erfüllt sind.

#### I.2) EDA für Skalen Selbstwirksamkeitserwartung

In der explorativen Datenanalyse der Skalen zur Selbstwirksamkeit geht es vorrangig darum, die Annahmen für eine multiple Regression zu überprüfen. In der statistischen Auswertung soll überprüft werden, ob Werte auf den Persönlichkeitsmerkmalen die subjektive Selbstwirksamkeitssteigerung in den verschiedenen Bereichen vorhersagen können. Die Annahmen für eine multiple Regression sind Normalität, Varianzhomogenität, Linearität und Unabhängigkeit der Beobachtungen.

Die Boxplots (siehe Abb. III.4) weisen auf Outlier auf den Variablen SWE\_Umgang mit negativen Gefühlen (2 Outlier) und persönlicher Umgang mit den eigenen Gefühlen (3 Outlier) hin. Eine erneute Überprüfung der Daten ergab, dass es sich bei den Outliern nicht um Eingabefehler handelt. Aufgrund der geringen Zahl der Outlier wurden diese nicht aus der Analyse ausgeschlossen.

Alle Variablen, bis auf SWE\_Umgang mit neg. Gefühlen scheinen nicht-symmetrisch verteilt. SWE\_Umgang\_pos Gefühle und SWE\_AkquirierungHilfe weisen eine starke linksschiefe

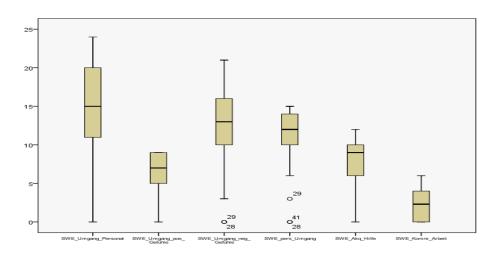


Abb. 6.4: Boxplots SWE

Verteilung auf. SWE\_PersUmgang, SWE\_Umgang Personal und SWE\_Akq\_Hilfe weisen einen weniger starke linksschiefe Verteilung auf. SWE\_KommArbeit weist eine rechtsschiefe Verteilung auf.

Um zu überprüfen, ob die Daten normal verteilt sind, wurde der Shapiro-Wilk Test (siehe Tabelle III.2) durchgeführt. Der Test deutet bei allen Variablen auf eine nicht normale Verteilung der Daten hin (p<.05).

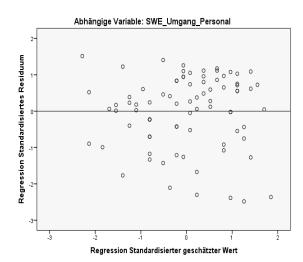
Tabelle 6.2

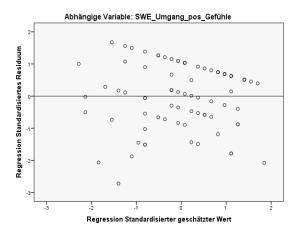
Shapiro-Wilk Test für SWE-Skalen

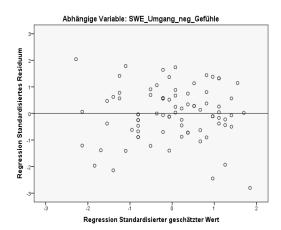
Variablen SWE	df	Statistik	p
Umgang Personal	81	.936	.001
Pos. Gefühle	81	.871	.000
Neg. Gefühle	81	.967	.035
Pers. Umgang	81	.895	.000
Akquirierung Hilfe	81	.93	.000
Kommunikation Arbeit	81	.861	.000

#### Linearität und Varianzhomogenität

Sowohl die Annahmen der Linearität sowie der Varianzhomogenität wurden anhand von Scatterplots der Residuen überprüft. Keines der Streudiagramme der standardisierten Residuen der SWE-Skalen weist auf Nicht-Linearität oder Varianzheterogenität hin.







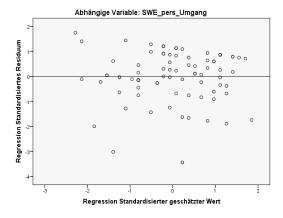
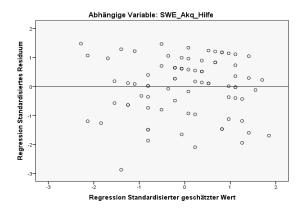
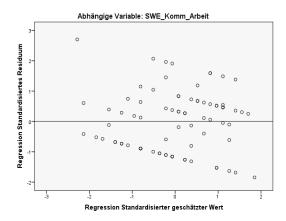


Abb.6.5 Scatterplots SWE-Skalen (Fortsetzung nächste Seite)





## Unabhängigkeit

Da jede Versuchsperson den Fragebogen einmalig und höchstwahrscheinlich dem Setting entsprechend alleine ausgefüllt hat, ist von der Unabhängigkeit der Daten auszugehen.

## **Schlussfolgerung Regression**

Der Shapiro-Wilk Test für Normalverteilung der Daten weist bei den meisten Variablen auf eine nicht normale Verteilung der Daten hin. Aufgrund der Stichprobengröße (N=81) kann dennoch von einer Normalverteilung der Daten ausgegangen werden.

Die Annahmen für Linearität, Varianzhomogenität und Unabhängigkeit für eine multiple Regression scheinen gegeben.

#### 6.2 Fragebogen





Sehr geehrte Damen und Herren,

Vielen Dank, dass Sie an dieser Studie teilnehmen. Die Studie ist Teil meiner Masterarbeit an der Universität Bremen und wird in Zusammenarbeit mit Netzwerk Selbsthilfe e.V. und Frau PD Dr. Daseking (Tel.: +049 (0) 421 218-68616; email: <a href="mailto:daseking@uni-bremen.de">daseking@uni-bremen.de</a>) durchgeführt

In der Studie möchte ich untersuchen, wie lange Menschen auf einen Therapieplatz warten müssen. Außerdem untersuche ich, welche Teilnehmer am Stärksten von den Selbsthilfegruppen profitieren.

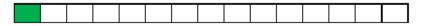
Alle Angaben, die Sie in der gesamten Studie angeben, bleiben anonym und können nicht mit Ihnen in Verbindung gebracht werden. Die Anonymität wird darüber hinaus dadurch gewährleistet, dass Sie den Fragebogen nach dem Ausfüllen in den beiliegenden Umschlag stecken und diesen verschließen, bevor sie ihn zurückgeben. Auf dem Flur befindet sich eine Box mit der Aufschrift "Studie bitte hier einwerfen; Netzwerk Selbsthilfe e.V.". Dort können Sie die Studie einwerfen.

Außerdem ist die Teilnahme freiwillig und kann jederzeit unterbrochen werden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen.

Die Studie besteht aus mehreren Teilen: Am Anfang bitte Ich Sie, mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie zu geben. Dieses Blatt wird in der Auswertung vom Rest der Studie getrennt. Dadurch wird Ihre Anonymität sichergestellt. Danach bitte ich Sie, allgemeine Fragen zu Ihrer Person zu beantworten. Weitere Fragen beziehen sich darauf, wie hilfreich Sie den Besuch der Selbsthilfegruppe empfinden. Die genauen Anweisungen zur Beantwortung der Fragen finden Sie auf dem jeweiligen Fragebogen. Wie weit Sie bei der Bearbeitung sind sehen Sie an der unteren Leiste. Am Schluss der Studie bietet sich für Sie die Möglichkeit die Studie zu kommentieren und Kritik oder andere Anmerkungen zu äußern. Die Studie wird ungefähr 45 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen. Wenn Sie möchten, können Sie jederzeit eine Pause einlegen, auch wenn es am besten ist, den Fragebogen in einem Durchgang auszufüllen. Sie können außerdem Ihre Email-Adresse hinterlassen. Nach Auswertung der Daten werde Ich Ihnen dann die allgemeinen Ergebnisse der Studie schicken. Dies kann jedoch einige Monate dauern. Wenn Sie noch weitere Fragen bezüglich der Studie (Thema, Verlauf, Anonymität...) haben, können Sie mich, das Netzwerk Selbsthilfe e.V. oder Frau Dr. Daseking gerne jederzeit kontaktieren.

Vielen Dank für Ihre Hilfe,

Martin Gild (B.Sc. Psychologie; Email: mgild@uni-bremen.de; Tel.: 0174 - 4097462)



Diesen Zettel können Sie für sich behalten. Alle anderen Zettel stecken Sie nach dem Ausfüllen bitte wieder zurück in den beiliegenden Umschlag, bevor Sie ihn an uns zurückgeben.





<u>Information</u>: Hier benötigen wir Ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie. Dies ist eine Formalität, die es uns ermöglicht Ihre Angaben auszuwerten. Wie schon erwähnt wird dieses Blatt in der Auswertung vom Rest der Studie getrennt, um Ihre Anonymität sicherzustellen.

#### Einverständniserklärung

Ich habe die Informationen über die Studie sorgfältig gelesen und verstanden.
Ich erkläre mich einverstanden, dass die in dieser Studie erhobenen Daten in
anonymisierter Form zu Forschungszwecken verwendet werden. Ich bin darüber
informiert worden, dass ich mein Einverständnis jederzeit und ohne Angabe von
Gründen widerrufen kann.

(Datum)	•		(Unt	erschrift)	

	Um Ihre Anonymität sicherzustellen wird Ihnen ab dieser Seite ein Teilnehmercode zugeteilt. Dieser kann nicht mit Ihrem Namen in Verbindung gebracht werden.
	Auf dieser Seite bitte ich Sie, ein paar Fragen zu Ihrer Person und zu Ihrer Erkrankung zu beantworten. Bitte kreuzen Sie die passenden Antworten an. Vielen Dank!
1.	Geschlecht:
	weiblich männlich
2.	Bitte nennen Sie mir den Monat und das Jahr ihrer Geburt
	Geburtsmonat Geburtsjahr Geburtsjahr
3.	Haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?
	Ja Nein
	Wenn Nein, Welche?
4.	Welchen Schulabschluss haben Sie?
	Hauptschule/Volksschule  Realschule/mittlere Reife/POS  Gymnasium  Sonderschule  Keinen Schulabschluss
	Anderen, wenn ja welchen
6.	Waren Sie schon einmal wegen einer psychischen Erkrankung in Behandlung?
	ja nein
	Wenn ja, wie oft?
	1-2x
7.	Wurde bei Ihnen schon einmal die Diagnose einer psychischen Erkrankung gestellt und wenn ja, welche?

	den nächsten drei Seiten stellen wir Ihnen Frage wortmöglichkeit(en) an und/oder schreiben die A		e entsprechende(n)
1.	Welche Selbsthilfegruppe (SHG) besuchen	Sie im Moment? (Bitte eintragen)	
2.	Wie lange besuchen Sie schon diese Grupp	pe?	_
	weniger als 1	6-12 Monate   12 -24 Monate	mehr als 24 Monate
3.	Haben Sie schon andere SHG besucht, und	I wenn ja, welche?	
4.	Wodurch/durch wen sind Sie auf das Selbst Freunde/Familie	Psychotherapeut/-in	_
5.	Welche Themen werden in der von Ihnen besu	uchten Selbsthilfegruppe behandelt?	_
	Äußern von Gefühlen Informationen über professionelle Hilfe Planung der Tagesstruktur Ansprechen von Stigmatisierung	Aktiv Hilfe suchen bei Problemen Ansprechen von Problemen in der Ansprechen von Problemen außerl Andere, wenn ja, welche?	
6.	Haben Sie schon einmal jemandem in Ihrer Selbsthilfegruppe teilnehmen?	m näheren Umfeld davon erzählt, dass Sie	an einer
	Freunden	Familie Arbeitskollegen/-innen Anderen, wenn ja, wem?	

7.	Haben S diskrimi			einem Z	eitpunk	t wegen Il	nrer Te	ilnahme	an einer	· Selbsth	nilfegruppe		
	Nein 🗆	]					Ja   Wenn ja, bei welchem Anlass?						
8.	Wenn ja,	in welch	nen Berei	chen hab	en Sie si	ich diskrimi	iniert ge	efühlt?					
	Kontakt Kontakt	zu Freui zu Arbe	m/zur Pan nden/Fan itskollege ja, welch	nilie en/-inner			Um	takt zu M gang mit takt zum	der eigen	en Kranl	esundheitswe kheit	esens	
9.	Was sind		auptgrür	nde, das	s Sie an	einer Selk	sthilfe	gruppe t	eilnehm	en? (Bit	te maximal 2	2	
	Austau		terstütz ebenfall: 1		[ fenen [ [		Erhalt von Informationen  Leute kennenlernen  Andere, wenn ja, welche?						
10.	Wie hilfi an)	reich em	npfinden	Sie die <sup>·</sup>	Teilnahı	me an der	Selbst	hilfegrup	pe? (Bit	te kreuz	en Sie ein K	ästche	n
	0 Gar nicht	1	2	3	4	5 mittel	6	7	8	9	10 Sehr hilfreich		

11.	In welchen Bereichen im Alltag hel	fen Ihnen die Er	kenntnisse aus der SHG?	
	Beziehungen zum/zur Partner/-in Kontakt zu Freunden/Familie Kontakt zu Arbeitskollegen/-innen Anderen, wenn ja, welchen?		Kontakt zu Mitarbeitern des Gesundheitswe Umgang mit der eigenen Krankheit Kontakt zum Arbeitgeber	sens 🔲
12.	Haben Sie durch den Besuch der Selb	sthilfegruppe Kon	takte zu anderen Menschen knüpfen können?	
	Nein 🗌		ja 🛚	

entspreche	nde(n) Ant	wortmög	lichkeit	(en) an u	nd/oder	schreib	en II	nre An	twort i	in die	dafür	vorgeseh	enen Zeilen	
1.	Befinden Wenn Sie weiterm	e bei die	ser Frag	ge "Nein	" ankre	uzen, k								
	Nein □	1				a s t	mbi tatio	ulant onär ation	a welci är enn ja		he?			
2.	Wie lang	e haben	Sie auf	lhren je	etzigen 1	Therapi	iepla	ıtz gev	warte	t <b>?</b>				
	Wenige	r als 1 Mo	onat	1-6	Monate						hr als 12	12 Monate		
3.	Wie starl	k hat Sie	das Wa	arten au	f diesen	Thera	piep	latz b	elaste	t?				
	0 Gar nicht	1	2	3	4	5 mitte	el	6	7		8	9	10 Sehr stark	
4.	Warten Si auslassen		ment au	f einen 1	Therapie	platz? (\	Wen	n "Nei	n", kör	nnen S	ie auf	Fragen 9	i-7	
	Nein □	]				a s t	mbi tatio	ulant onär ation	a welc är enn ja		he?			
5.	Wenn ja,	wie lange	e warter	n Sie scho	on auf eir	nen The	erapi	eplatz	?					
	Weniger	als 1 Mo	nat		Monate		6		lonate		Mehi	rals 12 N	Monate	
						Т							$\neg$	

Auf den nächsten zwei Seiten stellen wir Ihnen Fragen zum Thema Versorgung. Bitte kreuzen Sie die

6.	Wie starl	c belaste	et Sie da	s Warte	n auf di	esen The	rapiepl	atz?			
	0 Gar nicht	1	2	3	4	5 mittel	6	7	8	9	10 Sehr stark
7.	Welche F	olgen ha	t(te) die	lange Wa	artezeit f	ür Sie?					
	Ich fühlt Ich war រួ					Ich		täuscht eine weite apieplatz			nacht, $\square$
	keine							enn ja, we			

Entscheiden Sie bitte bei jeder der folgenden Aussagen, ob sie i**n Zeiten körperlicher und seelischer Gesundheit** auf Sie zutrifft oder nicht.

Es geht nicht darum, wie Sie in Zeiten beeinträchtigter Gesundheit sind oder wie Sie am liebsten sein möchten, sondern wie Sie in gesunden Zeiten wirklich sind bzw. waren. Machen Sie – ohne lange zu überlegen – ein Kreuz in die Spalte, die am ebesten auf Sie zutrifft bzw. zutraf. Lassen Sie bitte keinen Satz aus!

		trifft. ausge- sprachen au	hift radû wegend us	Trift ctws 21	Trifft gar nicht zu
01	Ich habe die Anweisung verstanden.	၁	0	0	0
02	Ich bin bereit, jede Frage so wahrheitsgetreu wie möglich zu beantworten.	၁	0	O	ં
03	Innerhalb meiner Familie geheich meine eigenen Wege.	၁	0	O	ာ
04	Über Enttäuschungen komme ich schnell hinweg.	၁	O	o	0
05	Ich spreche schen mal über Dinge, von denen ich nichts verstehe.	О	o	o	0
05	Meine Mitmenschen halten mich für kühl und steif.	c	O	0	0
07	Manchmal komme ich mir vor wie ein Gefangener meiner eigenen Gründlichkeit.	ာ	0	0	ာ
80	Meine Stimmung kann schon bei geringfügigen Anlässen ins Gegenteil umschlagen.	၁	0	o	ા
09	Mich kann so leicht nichts aus der Ruhe bringen.	ာ	0	0	ં
10	Ich fühle mich oft unverstanden.	ာ	o	0	ા
11	Manchmal versuche ich, es jemandem heimzuzahlen, statt zu verzeihen oder zu vergessen.	၁	၁	0	ે
12	Ich bin voller Unternehmungsgeist und Temperament.	၁	0	0	0
13	ich kann schneil vergessen, wenn man mich gekränkt oder beleidigt hat.	ာ	0	0	0
14	Wenn mir etwas nicht gleich gelingt, bin ich sehr niedergeschlagen.	၁	0	0	0

		Trifft ausge- sprochen zu	Trifft über- wiegend zu	Trifft etwas zu	Trifft gar nicht zu
15	Ich bin ein Einzelgänger.	O	O	0	0
16	Ich mache mir die Dinge oft schwerer, als sie eigentlich sind.	0	O	0	O
17	Ich kann andere Menschen leicht für mich einnehmen.	O	O	0	O
18	Ich mache es mir zum Prinzip, mich durch nichts von der Arbeit abhalten zu lassen.	O	O	0	O
19	Ich habe oft die Befürchtung, von anderen abgelehnt zu werden.	O	O	0	O
20	Man sollte nach meiner Meinung die Freizeit erst dann richtig genießen, wenn man seine Pflichten restlos erfüllt hat.	0	O	0	O
21	Ich bin sehr energisch und durchsetzungsfähig.	O	O	0	o
22	Ab und zu erzähle ich gern eine kleine Lüge.	O	O	O	O
23	Mich kann unter Umständen schon eine Kleinigkeit verletzen.	O	O	0	O
24	Seelische Belastungen auszuhalten, fällt mir verhältnismäßig leicht.	O	O	O	O
25	Bei gesellschaftlichen Ereignissen spiele ich gern eine aktive Rolle.	O	O	0	0
26	Ich greife schon mal zu nicht ganz fairen Mitteln, um mir einen Vorteil zu verschaffen.	O	O	0	O
27	Ich interessiere mich lebhaft für mystische Dinge, Religion und Philosophie.	O	O	0	O
28	Andere Leute halten mich für lebhaft.	O	O	0	O
29	Ich finde, dass man seinen Vorgesetzten unbedingtes Vertrauen entgegenbringen sollte.	0	O	0	0
30	Wenn ich jemanden gern mag, quält mich oft der Gedanke, dass er sich eines Tages von mir abwenden könnte.	O	O	0	O
31	Ich leide an der Unvollkommenheit und Widersprüchlichkeit der Welt.	O	O	0	O
32	Wenn ich etwas anfange, will ich es unbedingt ganz perfekt machen.	O	O	O	0
33	Bei gemeinsamen Unternehmungen in Schule und Beruf gebe ich oft den Ton an.	O	O	0	O
34	Meine Reisen plane ich immer im Voraus unter Festlegung eines genauen Reisewegs, von dem ich nur ungern abweiche.	0	O	0	0


		Trifft ausge- sprochen zu	Trifft über- wiegend zu	Trifft etwas zu	Trifft gar nicht zu
35	Von übersinnlichen Dingen fühle ich mich stark angezogen.	O	0	0	o
36	Ich habe die Gabe, Unerfreuliches übersehen zu können.	O	0	0	0
37	Andere wählen mich gern zum Anführer.	O	O	0	0
38	Wenn ich von anderen nicht beachtet werde, kränkt mich das sehr.	O	O	O	O
39	Meinen Arbeitsplatz verlasse ich immer erst, wenn ich ihn tadellos aufgeräumt habe, selbst wenn dadurch meine Arbeitszeit überschritten wird.	O	O	O	0
40	Ich bin leicht verstimmt.	O	O	O	O
41	ich habe einen eisernen Willen und kann das, was ich für richtig halte, auch gegen harten Widerstand durchsetzen.	O	O	0	O
42	Man hält mir vor, etwas überheblich und ironisch zu sein.	0	0	O	O
43	Ich bin sehr abhängig von Lob und Tadel.	O	O	O	O
44	Ich betrachte meine Arbeit gewöhnlich als eine todernste Angelegenheit.	o	0	0	O
45	Hin und wieder gebe ich ein bisschen an.	O	O	O	O
46	Ich lasse keinen Menschen richtig an mich herankommen.	O	O	C	O
47	Es fallt mir leicht, mich zu entspannen.	0	0	0	O
48	Bei gemeinsamen Aktionen übernehme ich gern die Führung.	O	0	0	O
49	Ich glaube, dass ich jede Frage wahrheitsgetreu beantwortet habe.	O	O	O	O

Bitte geben Sie für die folgenden Situationen an inwiefern Sie diese durch die Erfahrungen, die Sie in der Selbsthilfegruppe gemacht haben, <u>besser können</u>.

Die Fragen beziehen sich auf unterschiedliche Bereiche, wie zum Beispiel den Umgang mit der eigenen Krankheit sowie den Umgang mit Mitarbeitern des Gesundheitssystems (das heißt: Ärzte; Psychotherapeuten; Angestellte von Kostenträgern, wie Krankenkasse oder Rentenversicherung;...).

Durch den Besuch der Selbsthilfegruppe gelingt es mir besser...

		Trifft ausge- sprochen zu	Trifft über- wiegend zu	Trifft etwas zu	Trifft gar nicht zu
1.	Wünsche gegenüber Ärzten/Psychotherapeuten zu äußern	0	0	0	0
2.	körperliche oder seelische Beschwerden zu äußern	0	0	0	0
3.	mir von mehreren Seiten Informationen über meine Erkrankung einzuholen	0	0	0	0
4.	Kritik gegenüber Ärzten/-innen oder Psychotherpeuten/-innen zu äußern	0	0	0	0
5.	bei Unklarheiten in der Behandlung Rückfragen zu stellen	0	0	0	0
6.	mit Kritik seitens Ärzten/-innen oder Psychotherpeuten/-innen umgehen zu können	0	0	0	0
7.	Anträge an Kostenträger (z.B. Krankenkasse oder Rentenversicherung) zu stellen	0	0	0	0
8.	Fragen zu den eingenommenen Medikamente zu stellen	0	0	0	0
9.	Fragen über Anträge an die Kostenträger zu stellen	0	0	0	0
10.	Nebenwirkungen von Medikamenten anzusprechen	0	0	0	0
11.	mich über alternative Behandlungsmöglichkeiten zu informieren	0	0	0	0
12.	mit Freunden und/oder Familie über meine Krankheit zu reden	0	0	0	0
13.	einzuschätzen, wenn es mir schlechter geht	0	0	0	0
14.	die Erkrankung als Teil meines Lebens zu akzeptieren	0	0	0	0
15.	Rückschläge eher zu erkennen	0	0	0	0
16.	mir emotionale Unterstützung von Freunden oder Familie zu holen, wenn es mir schlecht geht	0	0	0	0

		Trifft ausge- sprochen zu	Trifft über- wiegend zu	Trifft etwas zu	Triff gar nich zu
17.	einzuschätzen, wann ich mir bei Verschlechterung meiner Gesundheit professionelle Hilfe suchen sollte	0	0	$\circ$	0
18.	Dinge zu tun, die meine Symptome verringern	0	0	0	
19.	mit Arbeitskollegen/-innen über meine Krankheit zu reden	0	0	0	
20.	mit Vorgesetzten über meine Krankheit zu reden	0			
21.	mich über Erfolge zu freuen			$\circ$	0
22.	zufrieden zu sein, wenn ich das erreicht habe, was ich mir vorgenommen hatte	$\circ$	0	0	0
23.	Freude zu zeigen, wenn mir etwas Gutes passiert	$\circ$	0	0	0
24.	mich vor Niedergeschlagenheit selbst zu schützen, wenn mein vertrautes Umfeld gerade nicht erreichbar ist	0	0	0	0
25.	mich von Schwierigkeiten nicht entmutigen zu lassen	0	0	$\circ$	0
26.	nicht den Mut zu verlieren, wenn ich stark kritisiert werde	0	0	0	
27.	zu verhindern, dass ich die Kontrolle über mein Handeln verliere, wenn ich wütend bin	0	0	0	0
28.	über Ärger hinwegzukommen, wenn mir Unrecht getan wurde	0	0	0	0
29.	meine Wut im Zaum zu halten, wenn andere Menschen mir das Leben schwer machen	0	0	0	
Selb	ürlich können Sie selbst am besten einschätzen, in welchen Bereicher sthilfegruppe am besten geholfen hat. Fallen Ihnen neben den oben eere ein? Wenn ja, können Sie diese gerne aufschreiben:				_

#### Abschluss der Studie

Zum Abschluss der Studie bitte Ich Sie eine abschließende Frage zu beantworten. Danach
bietet sich für Sie die Möglichkeit Kritik und sonstige Anmerkungen zur Studie zu äußern.
Gerne können Sie mich dafür auch direkt kontaktieren:
Die Fragen und Antworten in der Studie waren verständlich:
ППП
Ja Nein
Ja Nein
Wenn Nein, welche Aspekte waren unklar formuliert?
D-17
Das könnte besser werden:
Consider According to
Sonstige Anmerkungen:

Vielen Dank.	dage Cia an	محمدا	C+d: a + a : l	<b>5</b> 0 10 0 100 100 0 10	ا مرمام ما
vielen Dank.	uass sie an	uiesei .	studie teil	genommen	naben:

(Email-Adresse)

# 7 Eidesstattliche Erklärung



20.08.2014

Datum

Diese Erklärungen sind in jedes Exemplar der Bachelor- bzw. Masterarbeit mit einzubinden.
Name: Martin Gild Matrikelnr.: 2917630
Urheberrechtliche Erklärung
Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe.  Alle Stellen, die ich wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken entnommen habe, habe ich unter Angabe de Quellen als solche kenntlich gemacht.
20.08.2014
Datum Unterschrift
Erklärung zur Veröffentlichung von Abschlussarbeiten
Die Abschlussarbeit wird zwei Jahre nach Studienabschluss dem Archiv der Universität Bremen zur dauerhafter Archivierung angeboten. Archiviert werden:
<ol> <li>Masterarbeiten mit lokalem oder regionalem Bezug sowie pro Studienfach und Studienjahr 10 % aller Abschlussarbeiten</li> </ol>
2) Bachelorarbeiten des jeweils der ersten und letzten Bachelorabschlusses pro Studienfach und Jahr.
lch bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit im Universitätsarchiv für wissenschaftliche Zwecke von Dritten eingesehen werden darf.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit nach 30 Jahren (gem. §7 Abs. 2 BremArchivG) im Universitätsarchiv für wissenschaftliche Zwecke von Dritten eingesehen werden darf.

Ich bin nicht damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit im Universitätsarchiv für wissenschaftliche Zwecke von Dritten eingesehen werden darf.

Unterschrift