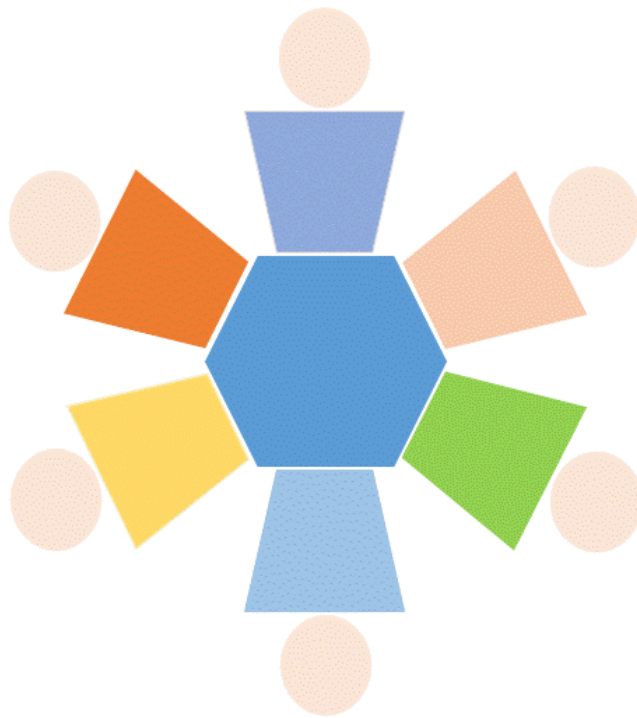


Ressourcenaufbau bei chronisch psychisch kranken Menschen

Entwicklung und Evaluation eines
kognitiv-behavioralen Gruppenprogramms

Lisa Küber

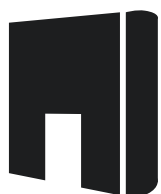


University
of Bamberg
Press

36 Schriften aus der Fakultät Humanwissenschaften
der Otto-Friedrich-Universität Bamberg

Schriften der Fakultät Humanwissenschaften
der Otto-Friedrich-Universität Bamberg

Band 36



University
of Bamberg
Press

2021

Ressourcenaufbau bei chronisch psychisch kranken Menschen

Entwicklung und Evaluation eines
kognitiv-behavioralen Gruppenprogramms

von Lisa Küber

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Informationen sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Die Dissertationsschrift entstand im Rahmen des BayWISS-Verbundkollegs Sozialer Wandel in Kooperation der Otto-Friedrich-Universität Bamberg und der HAW Landshut.

Diese Arbeit hat der Fakultät Humanwissenschaften der Otto-Friedrich-Universität Bamberg als Dissertation vorgelegen.
Gutachter: Prof. Dr. Jörg Wolstein
Gutachter: Prof. Dr. Ralph Viehhauser (HAW Landshut)
Tag der mündlichen Prüfung: 11. Mai 2021

Dieses Werk ist als freie Onlineversion über das Forschungsinformationssystem (FIS; fis.uni-bamberg.de) der Universität Bamberg erreichbar. Das Werk – ausgenommen Cover, Zitate und Abbildungen – steht unter der CC-Lizenz CC-BY.



Herstellung und Druck: docupoint, Magdeburg
Umschlaggestaltung: University of Bamberg Press
Umschlagbild: © Lisa Küber

© University of Bamberg Press, Bamberg 2021
<http://www.uni-bamberg.de/ubp>

ISSN: 1866-8674
ISBN: 978-3-86309-809-4 (Druckausgabe)
eISBN: 978-3-86309-810-0 (Online-Ausgabe)
URN: urn:nbn:de:bvb:473-irb-504637
DOI: <https://doi.org/10.20378/irb-50463>

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	8
Tabellenverzeichnis.....	10
Abkürzungsverzeichnis	15
Danksagung.....	16
Zusammenfassung	17
1 Einleitung.....	18
THEORETISCHER TEIL.....	23
2 Konsistenztheoretische Überlegungen.....	23
2.1 Konsistenztheorie und allgemeine Annahmen	24
2.2 Konsistenzverbesserung durch Ressourcenaktivierung	28
2.3 Konsistenzverbesserung und die vier Grundbedürfnisse.....	33
3 Sozialpsychiatrie und die Zielgruppe chronisch psychisch Erkrankte.....	39
4 Ressourcenorientierte Gruppenprogramme – ein Überblick	44
4.1 Zielgruppe: Menschen ohne psychiatrische Diagnose	48
4.2 Zielgruppe: Psychisch Erkrankte (homogene Diagnosen)	53
4.3 Zielgruppe: Psychisch Erkrankte (heterogene Diagnosen).....	58
5 Ein Gruppenprogramm für chronisch psychisch Erkrankte - Adaptionsmaßnahmen	63
5.1 Formale Veränderungstheorie	65
5.2 Gruppenleitung.....	73
5.3 Strukturelle Bedingungen	78
5.4 Kleingruppenprozesse	80
5.5 Patientenmerkmale.....	84
6 Ein neues Gruppenprogramm: Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.	90
6.1 Überblick und Lehrinhalte	91
6.1.1 Sitzung 1: Einführung und Ressourcenblick	92
6.1.2 Sitzung 2: Wohlbefinden und positive Aktivitäten	93
6.1.3 Sitzung 3: Genuss im Alltag	94
6.1.4 Sitzung 4: Dankbarkeit und das Positive	95
6.1.5 Sitzung 5: Eigene Stärken erkennen und nutzen	96

6.1.6	Sitzung 6: Wertschätzung üben	97
6.1.7	Sitzung 7: Hilfsbereitschaft, Mitmenschlichkeit und Freundlichkeit	98
6.1.8	Sitzung 8: Zusammenfassung und Abschluss	99
7	Ressourcenaktivierungstheorie und das Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.	100
8	Zusammenfassung und Schlussfolgerung aus den theoretischen Grundlagen .	106
	EMPIRISCHER TEIL	108
9	Fragestellung und Hypothesen	108
9.1	Hypothesen zu den personalen Ressourcen	109
9.2	Hypothesen zu den potenziellen Einflussfaktoren	112
10	Methodik	117
10.1	Studiendesign und zeitlicher Ablauf	118
10.2	Maßnahmen zur Gewährleistung hoher wissenschaftlicher Qualität	121
10.3	Fragebogenbatterie	124
10.3.1	Verwendete Messinstrumente	126
10.3.2	Pre-Test	145
10.4	Durchführung der Studie	146
10.4.1	Ein- und Ausschlusskriterien	147
10.4.2	Fallzahlplanung	148
10.4.3	Schulung der Gruppenleitungen	149
10.5	Rücklauf und Fehlende Werte	152
10.6	Statistische Methoden	156
10.7	Stichprobenbeschreibung	163
10.7.1	Beschreibung der Stichprobe hinsichtlich krankheitsbezogener Aspekte	165
10.7.2	Beschreibung der Gruppen	171
10.7.3	Dropout-Analyse	175
10.7.4	Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe	181
11	Darstellung der Ergebnisse	187
11.1	Effekte der Intervention	191
11.1.1	Veränderung des Selbstwertgefühls	192
11.1.2	Veränderung der internalen und externalen Kontrollüberzeugung	195
11.1.3	Veränderung der positiven und negativen Affektivität	198
11.1.4	Veränderung des positiven zwischenmenschlichen Kontakts	202
11.1.5	Veränderung des Wohlbefindens	204

11.1.6	Veränderung der Symptome (Depressivität)	214
11.1.7	Veränderung der Selbstfürsorge.....	220
11.1.8	Zusammenfassung der Ergebnisse zu den personalen Ressourcen	224
11.2	Potenzielle Einflussfaktoren auf den Trainingserfolg.....	226
11.2.1	Krankheitsbezogene Einflussfaktoren	227
11.2.2	Soziodemografische Einflussfaktoren.....	236
11.2.3	Trainingsbezogene Einflussfaktoren	238
11.2.4	Gruppenbezogene Einflussfaktoren.....	241
11.2.5	Zusammenfassung der Ergebnisse zu den Einflussfaktoren.....	245
11.3	Bewertung des R.A.P.s, Trainingserfolg und Adhärenz	247
11.4	Feedback und Verbesserungsmöglichkeiten zum R.A.P.....	252
12	Diskussion.....	254
12.1	Diskussion der Methoden	255
12.2	Diskussion der Ergebnisse zu den personalen Ressourcen	261
12.3	Diskussion der Ergebnisse zu den Einflussfaktoren.....	276
12.4	Optimierungspotentiale, Bewertung und Feedback.....	286
12.5	Einordnung der Ergebnisse in den aktuellen Forschungsdiskurs	288
13	Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick	292
14	Literaturverzeichnis.....	299
15	Anhang.....	317
	Fragebogenbatterie.....	317
	Schriftliche Rückmeldungen der Gruppenleitungen	344
	Sitzung 1 des Ressourcenaufbauprogramms R.A.P.....	354

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	„Das konsistenztheoretische Modell des psychischen Geschehens“ (Grawe, 2004, S. 189).....	27
Abbildung 2:	„Ressourcenaktivierung als positiver Rückkopplungsprozeß [sic!] zwischen therapeutischen Interventionen, Therapiebeziehung und Prozessen aufseiten des Patienten“ (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, S. 68).....	32
Abbildung 3:	Zielgruppen ressourcenorientierter Gruppenprogramme.....	47
Abbildung 4:	„Ergebnisse der Gruppenpsychotherapie: Modell der Einflussfaktoren“ nach Burlingame et al. (2004, zitiert nach Strauß & Burlingame, 2018, S. 196).....	64
Abbildung 5:	Studiendesign und Zeitplanung.....	118
Abbildung 6:	Übersicht zum Studienverlauf	120
Abbildung 7:	Auswahl der Messinstrumente anhand der Ressourcenaktivierungstheorie nach Grawe und Grawe-Gerber (1999).....	127
Abbildung 8:	Übersicht zum Ablauf der Schulung zum Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.....	149
Abbildung 9:	Layout des Manuals zum Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.	150
Abbildung 10:	Fragebogenrücklauf und Dropout vom ersten bis zum letzten Messzeitpunkt.....	152
Abbildung 11:	Mittelwertsverläufe des Selbstwertgefühls der beiden Gruppen IG (Interventionsgruppe) und KG (Kontrollgruppe) über die drei Messzeitpunkte (T1: Vor der Intervention; T2: Nach der Intervention; T3: Follow-up nach vier Monaten).....	193
Abbildung 12:	Mittelwertsverläufe der internalen und externalen Kontrollüberzeugung der beiden Gruppen IG (Interventionsgruppe) und KG (Kontrollgruppe) über die drei Messzeitpunkte (T1: Vor der Intervention; T2: Nach der Intervention; T3: Follow-up nach vier Monaten).....	197
Abbildung 13:	Mittelwertsverläufe des positiven und negativen Affekts der beiden Gruppen IG (Interventionsgruppe) und KG (Kontrollgruppe) über die drei Messzeitpunkte (T1: Vor der Intervention; T2: Nach der Intervention; T3: Follow-up nach vier Monaten)	199
Abbildung 14:	Mittelwertsverläufe der Liebesfähigkeit der beiden Gruppen IG (Interventionsgruppe) und KG (Kontrollgruppe) (KG) über die drei Messzeitpunkte (T1: Vor der Intervention; T2: Nach der Intervention; T3: Follow-up nach vier Monaten).....	203
Abbildung 15:	Mittelwertsverläufe des habituell subjektiven Wohlbefindens (gesamt) und dessen Subskalen „Kognitives Wohlbefinden“ und	

	„Emotionales Wohlbefinden“ der beiden Gruppen IG (Interventionsgruppe) und KG (Kontrollgruppe) über die drei Messzeitpunkte (T1: Vor der Intervention; T2: Nach der Intervention; T3: Follow-up nach vier Monaten).....	206
Abbildung 16:	Mittelwertsverläufe des körperlichen Wohlbefindens (gesamt) und dessen Subskalen „Innere Ruhe“, „Genussfähigkeit“, „Belastbarkeit“, „Vitalität“ der beiden Gruppen IG (Interventionsgruppe) und KG (Kontrollgruppe) über die drei Messzeitpunkte (T1: Vor der Intervention; T2: Nach der Intervention; T3: Follow-up nach vier Monaten).....	211
Abbildung 17:	Mittelwertsverläufe der allgemeinen Depressivität und deren Subskalen „Emotionale Beschwerden“, „Motivationale Beschwerden“, „Motorisch/Interaktionale Beschwerden“, „Kognitive Beschwerden“ und „Somatische Beschwerden“ der beiden Gruppen IG (Interventionsgruppe) und KG (Kontrollgruppe) über die drei Messzeitpunkte (T1: Vor der Intervention; T2: Nach der Intervention; T3: Follow-up nach vier Monaten)	216
Abbildung 18:	Mittelwertsverläufe der Selbstfürsorge und deren Subskalen „Sich selbst Gutes tun“ und „Gutes annehmen können“ der beiden Gruppen IG (Interventionsgruppe) und KG (Kontrollgruppe) über die drei Messzeitpunkte (T1: Vor der Intervention; T2: Nach der Intervention; T3: Follow-up nach vier Monaten)	222
Abbildung 19:	Integration der Studienergebnisse in den Prozess der Ressourcenaktivierung als positiver Rückkopplungsprozess (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, S. 68)	273
Abbildung 20:	Zielgruppen ressourcenorientierter Gruppenprogramme	288
Abbildung 21:	Wirkmodell zum Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.	295

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht zu ressourcenorientierten Gruppenprogrammen für nicht psychisch erkrankte Menschen (I/II)	49
Tabelle 2:	Übersicht zu ressourcenorientierten Gruppenprogrammen für nicht psychisch erkrankte Menschen (II/II).....	50
Tabelle 3:	Übersicht zu ressourcenorientierten Gruppenprogrammen für psychisch erkrankte Menschen (homogene Gruppe bzgl. der Erkrankung) (I/II)	54
Tabelle 4:	Übersicht zu ressourcenorientierten Gruppenprogrammen für psychisch erkrankte Menschen (homogene Gruppe bzgl. der Erkrankung) (II/II)	55
Tabelle 5:	Übersicht zu ressourcenorientierten Gruppenprogrammen für psychisch erkrankte Menschen (heterogene Gruppe bzgl. der Erkrankung) (I/II)	59
Tabelle 6:	Übersicht zu ressourcenorientierten Gruppenprogrammen für psychisch erkrankte Menschen (heterogene Gruppe bzgl. der Erkrankung) (II/II)	60
Tabelle 7:	Überblick zu den acht Sitzungen des Ressourcenaufbauprogramms R.A.P.	91
Tabelle 8:	Original- und Neuformulierung der Skalenitems „Intrinsischer Charakter“ des FSI	131
Tabelle 9:	Überarbeitete Version des Fragebogens zur Erhebung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen (FEGK) bezogen auf „Wohlbefinden“	135
Tabelle 10:	Übersicht der eingesetzten Messinstrumente bezogen auf die Zeitpunkte und die betreffende Personengruppe	144
Tabelle 11:	Deskriptive Analysen zur Bewertung der Schulung seitens der 29 Gruppenleitungen	151
Tabelle 12:	Einschlusskriterien der Evaluationsstichprobe	153
Tabelle 13:	Beschreibung der Gesamtstichprobe hinsichtlich soziodemografischer Variablen ohne Dropouts	163
Tabelle 14:	Beschreibung der Gesamtstichprobe hinsichtlich krankheitsbezogener Variablen ohne Dropouts (I/II)	166
Tabelle 15:	Beschreibung der Gesamtstichprobe hinsichtlich krankheitsbezogener Variablen ohne Dropouts (II/II).....	167
Tabelle 16:	Vergleich der Mittelwerte der personalen Ressourcen der Studienstichprobe mit Vergleichswerten nicht psychisch erkrankter Menschen (Normalbevölkerung)	170
Tabelle 17:	Beschreibung gruppenspezifischer Variablen mit Mittelwerten und Standardabweichungen	171

Tabelle 18:	Beschreibung der Sitzungseinheiten 1-8 bezüglich der Gruppengröße, Gruppenatmosphäre und Manual-Einhaltung.....	172
Tabelle 19:	Einhaltung der strukturellen Vorgaben zum R.A.P.	173
Tabelle 20:	Dropout-Analyse der soziodemografischen Variablen.....	176
Tabelle 21:	Dropout-Analyse der krankheitsbezogenen Variablen (I/II).....	177
Tabelle 22:	Dropout-Analyse der krankheitsbezogenen Variablen (II/II)	178
Tabelle 23:	Dropout-Analyse der untersuchten personalen Ressourcen	179
Tabelle 24:	Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich soziodemografischer Variablen zu T1.....	182
Tabelle 25:	Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich krankheitsbezogener Variablen zu T1 (I/II)	183
Tabelle 26:	Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich krankheitsbezogener Variablen zu T1 (II/II).....	184
Tabelle 27:	Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich der untersuchten personalen Ressourcen zu T1.....	185
Tabelle 28:	Berechnung des Intracusterkorrelationskoeffizienten für die Veränderungswerte (T1-T2 und T1-T3) der personalen Ressourcen getrennt für die Interventions- und Kontrollgruppe	189
Tabelle 29:	Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable „Selbstwertgefühl“ getrennt für die Gruppen (IG und KG) und die drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3).....	192
Tabelle 30:	Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zur Überprüfung der Veränderung der Variable „Selbstwertgefühl“	192
Tabelle 31:	Post-hoc-Analyse zu der Variable „Selbstwertgefühl“	194
Tabelle 32:	Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen „Internale Kontrollüberzeugung“ und „Externale Kontrollüberzeugung“ getrennt für die Gruppen (IG und KG) und die drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3)	195
Tabelle 33:	Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zur Überprüfung der Veränderung der Variablen „Internale Kontrollüberzeugung“ und „Externale Kontrollüberzeugung“	196
Tabelle 34:	Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen „Positiver Affekt“ und „Negativer Affekt“ getrennt für die Gruppen (IG und KG) und die drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3)	198
Tabelle 35:	Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zur Überprüfung der Veränderungen der Variablen „Positiver Affekt“ und „Negativer Affekt“	199
Tabelle 36:	Post-hoc-Analyse zu der Variable „Positiver Affekt“	200
Tabelle 37:	Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable „Liebesfähigkeit“ getrennt für die Gruppen (IG und KG) und die drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3).....	202

Tabelle 38:	Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zur Überprüfung der Veränderung der Variable „Liebesfähigkeit“ 202
Tabelle 39:	Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable „Habituell subjektives Wohlbefinden (gesamt)“ und deren Subskalen „Kognitives Wohlbefinden“ und „Emotionales Wohlbefinden“ getrennt für die Gruppen (IG und KG) und die drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3) 205
Tabelle 40:	Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zur Überprüfung der Veränderungen der Variable „Habituell subjektives Wohlbefinden (gesamt)“ und deren Subskalen „Kognitives Wohlbefinden“ und „Emotionales Wohlbefinden“ 205
Tabelle 41:	Post-hoc-Analyse zu der Variable „Habituell subjektives Wohlbefinden (gesamt)“ und deren Subskalen „Kognitives Wohlbefinden“ und „Emotionales Wohlbefinden“ 207
Tabelle 42:	Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable „Körperliches Wohlbefinden (gesamt)“ und deren Subskalen „Belastbarkeit“, „Vitalität“, „Genussfähigkeit“ und „Innere Ruhe“ getrennt für die Gruppen (IG und KG) und die drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3) 209
Tabelle 43:	Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zur Überprüfung der Veränderungen der Variable „Körperliches Wohlbefinden (gesamt)“ und deren Subskalen „Belastbarkeit“, „Vitalität“, „Genussfähigkeit“ und „Innere Ruhe“ 210
Tabelle 44:	Post-hoc-Analyse zu der Variable „Körperliches Wohlbefinden“ und deren Subskala „Innere Ruhe“ 212
Tabelle 45:	Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable „Allgemeine Depressivität (gesamt)“ und deren Subskalen „Emotionale Beschwerden“, „Motivationale Beschwerden“, „Kognitive Beschwerden“, „Motorisch/Interaktionale Beschwerden“ und „Somatische Beschwerden“ getrennt für die Gruppen (IG und KG) und die drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3) 214
Tabelle 46:	Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zur Überprüfung der Veränderungen der Variablen „Allgemeine Depressivität (gesamt)“ und deren Subskalen „Emotionale Beschwerden“, „Motivationale Beschwerden“, „Kognitive Beschwerden“, „Motorisch/Interaktionale Beschwerden“ und „Somatische Beschwerden“ 215
Tabelle 47:	Post-hoc-Analysen zu der Variable „Allgemeine Depressivität (gesamt)“ und deren Subskalen „Emotionale Beschwerden“, „Motivationale Beschwerden“ und „Somatische Beschwerden“ 218
Tabelle 48:	Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable „Selbstfürsorge (gesamt)“ und deren Subskalen „Sich selbst Gutes tun“ und „Gutes annehmen können“ getrennt für die Gruppen (IG und KG) und die drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3) 220

Tabelle 49:	Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zur Überprüfung der Veränderungen der Variable „Selbstfürsorge (gesamt)“ und deren Subskalen „Sich selbst Gutes tun“ und „Gutes annehmen können“	221
Tabelle 50:	Post-hoc-Analysen zu der Variable „Selbstfürsorge (gesamt)“ und deren Subskalen „Sich selbst Gutes tun“ und „Gutes annehmen können“	223
Tabelle 51:	Übersicht aller untersuchten abhängigen Variablen und deren Interaktion (Zeit x Gruppe) mit Effektstärkemaßen	224
Tabelle 52:	Bivariate Korrelationen der Indikatoren des Trainingserfolgs mit den metrischen krankheitsbezogenen Variablen	228
Tabelle 53:	Mittelwertsübersicht der Indikatoren zum Trainingserfolg getrennt für die Diagnosegruppen der ICD-10 für alle Teilnehmenden	230
Tabelle 54:	Mittelwertsübersicht der Indikatoren des Trainingserfolgs getrennt für die Diagnosegruppen der ICD-10 für die Teilnehmenden mit einer Einzeldiagnose	231
Tabelle 55:	Mittelwertsunterschiede im „Objektiven Trainingserfolg T1-T2“ bezogen auf die Diagnosegruppen der ICD-10	232
Tabelle 56:	Mittelwertsunterschiede im „Objektiven Trainingserfolg T1-T3“ bezogen auf die Diagnosegruppen der ICD-10	232
Tabelle 57:	Mittelwertsunterschiede im „Subjektiven Trainingserfolg“ bezogen auf die Diagnosegruppen der ICD-10	233
Tabelle 58:	Bivariate Korrelationen der metrischen Variable „Alter“ mit den Indikatoren des Trainingserfolgs	236
Tabelle 59:	Mittelwertsunterschiede im „Objektiven Trainingserfolg T1-T2“ bezogen auf die Variable „Geschlecht“	237
Tabelle 60:	Mittelwertsunterschiede im „Objektiven Trainingserfolg T1-T3“ bezogen auf die Variable „Geschlecht“	237
Tabelle 61:	Mittelwertsunterschiede im „Subjektiven Trainingserfolg“ bezogen auf die Variable „Geschlecht“	237
Tabelle 62:	Bivariate Korrelationen der Indikatoren des Trainingserfolgs mit den metrischen trainingsbezogenen Variablen „Methodenanwendung (gesamt)“, „Häusliche Übung“, „Vorwissen zu den Themen“ und „Teilnahmehäufigkeit an den Sitzungen“	239
Tabelle 63:	Bivariate Korrelationen der metrischen gruppenbezogenen Variablen und den Indikatoren des Trainingserfolgs	242
Tabelle 64:	Mittelwertsunterschiede im „Objektiven Trainingserfolg T1-T2“ bezogen auf die untersuchte Variable „Gruppengröße“ (nominal codiert in „optimale Gruppengröße 7-8 Teilnehmende“ und „andere Gruppengröße“)	243

Tabelle 65:	Mittelwertsunterschiede im „Objektiven Trainingserfolg T1-T3“ bezogen auf die untersuchte Variable „Gruppengröße“ (nominal codiert in „optimale Gruppengröße 7-8 Teilnehmende“ und „andere Gruppengröße“)	243
Tabelle 66:	Mittelwertsunterschiede im „Subjektiven Trainingserfolg“ bezogen auf die untersuchte Variable „Gruppengröße“ (nominal codiert in „optimale Gruppengröße 7-8 Teilnehmende“ und „andere Gruppengröße“)	244
Tabelle 67:	Übersicht zu den statistisch signifikanten Zusammenhängen zwischen den potenziellen Einflussvariablen und den Indikatoren des Trainingserfolgs	245
Tabelle 68:	Bewertung des subjektiven Trainingserfolgs	247
Tabelle 69:	Bewertung der Sitzungseinheiten 1-8 auf einer Notenskala	248
Tabelle 70:	Bewertung des R.A.P.s durch die Gruppenleitungen.....	249
Tabelle 71:	Mittelwerte und Standardabweichungen für die Variablen „Teilnahmehäufigkeit“, „Durchführung der häuslichen Übung“ und „Anwendung der erlernten Methoden im Alltag (gesamt)“	250
Tabelle 72:	Kritische Anmerkungen, Verbesserungsvorschläge und herausfordernde Situationen zum bzw. im R.A.P.	252

Abkürzungsverzeichnis

ANOVA	Analysis of Varianz
α	Alpha, Cronbachs Alpha
BW	Betreutes Wohnen
CI	Konfidenzintervall
d	Cohens d (Effektstärke)
df	Freiheitsgrade
DGP	Deutsche Gesellschaft für Psychologie Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DGPPN	Unter anderen
et al.	F-Verteilung, F-Werte, Teststatistik der ANOVA
F	Gruppe
Gr.	Stunden
h	Hypothese
H_x	Interventionsgruppe
IG	Kontrollgruppe
KG	Mittelwert
M	Median
Mdn	Fallzahl in einer Stichprobe
n	Fallzahl der Gesamtstichprobe
N	Partielles Eta-Quadrat (Effektstärke)
η_p^2	Signifikanzwert
p	Pearson-Korrelationskoeffizient
r	Standardabweichung
SD	Sozialpsychiatrischer Dienst
SpDi	t-Wert, Teststatistik des t-Tests
t	Erster Messzeitpunkt (Prä-Messung)
T1	Zweiter Messzeitpunkt (Post-Messung)
T2	Dritter Messzeitpunkt (Follow-up-Mes- sung)
T3	Therapeutische Wohngruppe
TWG	Cramers V (Effektstärke)
V	Intraclusterkorrelationskoeffizient (ICC)
$\hat{\rho}$	Größer, gleich
\geq	Kleiner, gleich
\leq	

Danksagung

Mein Dank gilt allen Gruppenleitungen, die das entwickelte Programm mit so viel Freude und Interesse vermittelt haben sowie den daran teilgenommenen Klient*innen, die die vorliegende Studie letztlich überhaupt erst ermöglichten. Danke für den unermüdlichen Einsatz, die rege Teilnahme und die motivierenden Rückmeldungen.

Einen ganz besonderen Dank möchte ich meinen Promotionsbetreuern Herrn Prof. Dr. Viehhauser sowie Herrn Prof. Dr. Wolstein aussprechen. Herzlichen Dank lieber Herr Viehhauser, dass Sie mir das Thema „Ressourcenorientierung“ näherbrachten und mich beim Verfassen meiner Abschlussarbeiten so tatkräftig unterstützen. Auch Ihnen, lieber Herr Wolstein, möchte ich ganz herzlich für die Unterstützung bei meiner Promotion sowie für die Möglichkeit, an der Universität Bamberg promovieren zu dürfen, danken.

Weiterhin gilt mein Dank dem BayWISS Verbundkolleg Sozialer Wandel, das es mir als Absolventin einer Hochschule für angewandte Wissenschaften ermöglichte, einer Promotion nachgehen zu können. Herzlichen Dank Frau Prof. Dr. Scheunpflug, Frau Prof. Dr. Dorner, Frau Prof. Dr. Liel und Frau Prof. Dr. Franz sowie allen Mitglieder*innen des Verbundkollegs Sozialer Wandel. Ganz besonderen Dank auch für das unermüdliche Engagement bezüglich der Installation eines passenden Promotionsfaches.

Ebenso danken möchte ich meinem Stipendiengeber der „Landeskonferenz für Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte an bayerischen Hochschulen“, die mich sowohl finanziell als auch durch regelmäßige Austauschplattformen unterstützten.

Ich danke auch meinen lieben Freundinnen, die mich während meiner Promotionsphase so interessiert begleitet und meine Arbeit Korrektur gelesen haben. Insbesondere danke ich Juliane Engel, die mir mit einem offenen Ohr stets zur Seite stand.

Darüber hinaus danke ich von Herzen meinen Eltern für die jahrelange Unterstützung, die sie mir entgegengebracht haben. Insbesondere möchte ich meiner Mama danken, die mich bereits mein Leben lang in all meinen Aufgaben so beständig ermutigt und an mich glaubt.

Schließlich gilt mein besonderer Dank Paul, der mich nicht nur emotional in besonderem Maße unterstützte, sondern mir auch Tag für Tag zeigt, was Ressourcenorientierung wirklich ist.

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beinhaltet die Entwicklung und Evaluation eines kognitiv-behavioralen Gruppenprogramms zur Steigerung des Wohlbefindens für chronisch psychisch erkrankte Menschen im Setting der Sozialpsychiatrie. Auf Basis der Ressourcenaktivierungstheorie nach Grawe und Grawe-Gerber (1999) wurde ein acht Sitzungen umfassendes ressourcensteigerndes Gruppenprogramm entwickelt, welches darauf abzielt, verschiedene personale Ressourcen chronisch psychisch erkrankter Menschen zu entdecken und auszubauen.

Wenngleich bereits zahlreiche ressourcenorientierte Gruppenprogramme bestehen, so mangelte es bis dato an einem auf die Zielgruppe der chronisch psychisch erkrankten Menschen angepassten Training. Ebenso wenig existierten wissenschaftlich fundierte Wirksamkeitsnachweise bezüglich stärkenbasierter indikationsübergreifender Gruppenprogramme für die besagte Zielgruppe. Die Herausforderung bestand insbesondere in der adäquaten Anpassung des Programms an die indikationsübergreifende Zielgruppe und deren heterogenen Bedarfe.

Neben der theoretischen Herleitung des Gruppenprogramms stand dessen wissenschaftliche Evaluation im Fokus der Untersuchung. Im Rahmen einer quasi-experimentellen Prä-, Post-, Follow-up-Feldforschung wurde die Wirksamkeit des Programms in 29 sozialpsychiatrischen Einrichtungen untersucht. Es konnte ein Stichprobenumfang von $N = 275$ (IG = 134; KG = 141) generiert werden.

Die Studie zeigt, dass das entwickelte Gruppenprogramm statistisch bedeutsame Effekte in den Bereichen Selbstwertgefühl, positive Emotionen, kognitives Wohlbefinden, emotionales Wohlbefinden, körperliches Wohlbefinden, Selbstfürsorge und Depressivität erzielen konnte. Keine Veränderungen zeigten sich hingegen für die Variablen externale und internale Kontrollüberzeugungen, Liebesfähigkeit sowie negative Emotionen. Die Untersuchungen geben außerdem Hinweise darauf, dass weniger stark psychosozial beeinträchtigte Klient*innen mehr von dem Programm profitieren als stärker belastete Klient*innen und dass eine regelmäßige Anwendung der Übungen den Trainingserfolg positiv beeinflusst.

Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass das entwickelte Gruppenprogramm als ressourcensteigernde Intervention in der Arbeit mit chronisch psychisch erkrankten Menschen gewinnbringend und als ergänzende Methode im sozialpsychiatrischen Setting eingesetzt werden kann.

1 Einleitung

Im Fokus der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen stand jahrzehntelang die Erkrankung und die damit einhergehenden Symptome. Eine solche Fokussierung erscheint in der Arbeit mit psychisch Erkrankten nicht überraschend, denn die auftretenden Probleme und Defizite stellen den Ausgangspunkt für eine psychosoziale Behandlung dar. Wenngleich eine solche initiale Problemorientierung wichtig ist, um die Klient*in¹ in ihrer aktuellen Befindlichkeit abzuholen und ihr außerdem das Gefühl des „Verstanden-Werdens“ zu vermitteln, erscheint es ergänzend zu dieser Problemorientierung ebenso relevant, sich an den Stärken und Fähigkeiten, den sogenannten „Ressourcen“, der Menschen zu orientieren. Grawe (2000) geht davon aus, dass die Probleme der Klient*innen bestimmen, WAS in einer Therapie verändert werden soll. Die Ressourcen hingegen sind ausschlaggebend dafür, WIE sie verändert werden können.

Ressourcen können letztlich all jene Aspekte des Lebens sein, die einem Menschen in irgendeiner Form nützlich und zuträglich sind (Nestmann, 2008). Neben individuellen Ressourcen wie persönliche Eigenschaften, Fähigkeiten, Talente, Motivationen etc. können auch externe Gegebenheiten zu hilfreichen Ressourcen werden. Hierzu zählen beispielsweise materielle Gegebenheiten oder soziale Kontakte (Möbius, 2010). Wenngleich unterschiedliche Definitionen und Kategorisierungen hinsichtlich des Ressourcenbegriffs bestehen (Willutzki, 2013), werden Ressourcen im Allgemeinen als nützlich, oft unabdingbar verstanden, die es im Behandlungsprozess zu fördern und zu entdecken gilt.

Zahlreiche Autoren beschäftigten sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten sowohl mit der theoretischen Fundierung als auch praktischen Anwendbarkeit ressourcenorientierter Arbeit. In der Theorie ist die Arbeit mit Ressourcen zu einer Leitorientierung geworden, so Beushausen (2014). Die Arbeiten von Willutzki und Teismann (2013) oder Flückiger und Wüsten (2015) geben beispielsweise nicht nur innovative und praxisnahe Anleitungen bezüglich ressourcenorientierter Methoden, auch die verwendeten Diagnostikinstrumente werden immer häufiger auf die vorhandenen oder auszubauenden Ressourcen der Klient*innen ausgerichtet.

Bereits zahlreiche Untersuchungen geben Hinweise in Richtung einer positiven Wirksamkeit ressourcenorientierter Arbeit. Besonders die Forschungsgruppe um

¹ Im Folgenden wird versucht eine geschlechterneutrale Sprache (z. B. Teilnehmende, Behandelnde) zu verwenden. Bei den Begrifflichkeiten wie „Klient*in“ oder „Proband*in“ wird ein Gender-Sternchen eingesetzt, worunter alle Geschlechter verstanden werden. Aufgrund der erhöhten Anzahl weiblicher Teilnehmenden und zur besseren Lesbarkeit wird die feminine Form „die Klient*in“ genutzt.

Grawe an der Universität Bern konnte umfangreiche Wirksamkeitsnachweise liefern. Ressourcenaktivierung scheint demnach mit höheren Therapieerfolgen einherzugehen (Gassmann & Grawe, 2004; Smith & Grawe, 2003). Andere Untersuchungen zeigten außerdem positive Effekte auf das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit, den schnelleren Aufbau einer guten Therapiebeziehung (Flückiger, Frischknecht, Wüsten & Lust, 2008) sowie einen stärkeren Rückgang der Symptome (Flückiger, Caspar, Grosse Holtforth & Willutzki, 2009; Willutzki, Neumann, Haas, Koban & Schulte, 2004). Um wissenschaftliche Evidenz bemüht sich neben den genannten Forschungsgruppen insbesondere die im amerikanischen Sprachraum ausgebreitete, durchweg ressourcenorientierte „Positive Psychologie“ um Martin Seligman.

Die Positive Psychologie beschäftigt sich primär damit, wie die positive Entwicklung und das Wohlbefinden von Individuen, Organisationen und der Gesellschaft gefördert werden können. Positiv psychologische Interventionen zielen darauf ab, Wohlbefinden und Glückserleben zu steigern und den Menschen zu einem erfüllten, Sinn stiftenden Leben zu führen. Klassische positiv psychologische Themen sind beispielsweise Glück, positive Emotionen, persönliche Stärken, Flow, Achtsamkeit, Sinn etc. (Blickhan, 2015). Während die Forschung zu Beginn der Strömung überwiegend im amerikanischen Raum stattfand, gewinnt die Positive Psychologie auch im deutschsprachigen Raum an Beliebtheit. So zeigen beispielsweise die Sammelwerke von Brohm, Peifer und Greve (2017; 2018) oder Blickhan (2015) den Zuwachs an Interesse und Wirksamkeitsnachweisen.

Wenngleich zahlreiche Literatur zum Thema vorliegt, bleibt bis dato offen, inwiefern diese Methoden und Theorien Einzug in die psychosoziale Praxis der Behandelnden finden. „Ressourcenorientiert denken und handeln – das tue ich doch bereits!“ (Friedrich, S., 2010b, S. 40). Eine solche Haltung ist in vielen psychosozialen Arbeitsfeldern sicher allgemeiner Konsens. Doch ist eine bloße „Haltung“ ausreichend, um positive Effekte beispielsweise in Form eines Perspektivenwechsels – von der Defizit- zur Ressourcenorientierung - bei den Klient*innen zu erzielen?

Fokus der vorliegenden Arbeit ist das Setting der Sozialpsychiatrie, wobei überwiegend schwer chronisch psychisch erkrankte Menschen behandelt werden. Diese Zielgruppe zeichnet sich meist durch schwere Krankheitsverläufe, geringes Funktionsniveau, vermehrte Inanspruchnahme von Hilfeleistungen (Gühne & Riedel-Heller, 2015; Klecha & Borchardt, 2007) und letztlich dominierenden Ressourcenverlusten aus. „Gerade [...] psychisch kranke Langzeitpatienten machen die Erfahrung, dass, wo sie auch hinkommen, die Krankheit im Vordergrund steht“ (Bosshard, Ebert & Lazarus, 2010b, S. 455). Klient*innen wurden oft jahrelang auf ihre Erkrankung reduziert, erlebten durch diese Defizitorientierung eine immer wiederkehrende „negative“ Zuschreibung, die mit häufiger Wiederholung

zur Selbstzuschreibung werden kann und einen Negativkreislauf begünstigt (Fiedler, 2007).

Trotz dem die Datenlage zur Prävalenz chronisch psychisch erkrankter Menschen in Deutschland spärlich ausfällt, fassen Gühne und Riedel-Heller (2015) zusammen, dass ca. 1-2 % der Bevölkerung zwischen 15-65 Jahren unter einer schweren psychischen Erkrankung leidet. Weiterhin besitzen 0.7 % der Gesamtbevölkerung einen Schwerbehindertenausweis aufgrund einer psychischen Erkrankung. Wenngleich die Zahl der schwer psychisch Erkrankten demnach relativ gering ausfällt, so handelt es sich dennoch um eine Subgruppe der psychisch Erkrankten, die besondere Behandlungsintensität und somit großen Unterstützungsbedarf aufzeigen (ebd.).

Insbesondere diese Zielgruppe der chronisch psychisch erkrankten Menschen erscheint aufgrund der großen Ressourcenverluste eine bedürftige Zielgruppe hinsichtlich ressourcensteigernder Methoden. Ressourcenorientiertes Arbeiten mit schwer belasteten Menschen scheint in der Praxis jedoch kein Selbstläufer. Hilfemaßnahmen werden nur unter Vorlage umfangreicher Problemstellungen genehmigt (Obert, 2004). Diese anfängliche Problemorientierung beeinflusst sowohl die Blickrichtung der Behandelnden als auch die der Klient*innen (Fiedler, 2007). Nicht nur das Finanzierungssystem, auch eine empathische, mitschwingende Haltung gegenüber den Klient*innen trägt dazu bei, dass der Fokus im Behandlungsprozess oft auf den problembehafteten Inhalten liegt. Die andauernden Schwierigkeiten und Herausforderungen, die das Leben chronisch psychisch erkrankter Menschen meist dominieren, beherrschen meist auch die Zusammenarbeit zwischen Klient*in und Behandelnden.

Aufgrund dieser Gegebenheiten wird für ein theoriegeleitetes, methodenbasiertes und vor allem konkretes ressourcenorientiertes Arbeiten im sozialpsychiatrischen Setting plädiert. Auch wenn die Probleme der Klient*innen nicht vernachlässigt werden dürfen, so erscheint ein aktives und bewusstes ressourcenorientiertes Vorgehen, das mittels konkret gestalteter Methoden anwendbar ist, in besonderem Maße gewinnbringend.

Eine im sozialpsychiatrischen Setting häufig verwendete Methode stellt die Gruppenarbeit dar. Ob in Tagesstätten, Betreuten Wohnformen, Sozialpsychiatrischen Diensten etc., in beinahe jeder Einrichtungsform werden Gruppentrainings angeboten, bei denen Klient*innen zusammenkommen und an einem gemeinsamen Thema arbeiten bzw. ein gemeinsames Ziel verfolgen. Neben klassischen Skills-Trainings, finden auch Koch-, Freizeit-, Motivations-, Entspannungs-, Malgruppen etc. Anwendung. Wenngleich verschiedene Programme durchaus ressourcenorientierte Elemente enthalten, so mangelte es bislang an einem Gruppenprogramm, das ausschließlich ressourcensteigernd konzipiert und primär der Wohlbefindenssteigerung dienlich ist. Die besondere Herausforderung besteht zudem in einer adäquaten Anpassung eines solchen Gruppenprogramms an die

unterschiedlichen Bedarfe der Klientel. Die Heterogenität der Klientel spiegelt sich nicht nur in der Diagnosevielfalt, sondern auch in den verschiedenen Funktionsniveaus der Klient*innen wider. Aufgrund des Mangels hinsichtlich einer passenden ressourcenorientierten Gruppenintervention für diese Zielgruppe konnte folglich bislang auch keine wissenschaftliche Evaluation im deutschsprachigen Raum dessen Wirksamkeit an chronisch psychisch Erkrankten aufzeigen. Primäres Ziel der Arbeit ist es demnach, ein ressourcenorientiertes Gruppenprogramm für die heterogene Zielgruppe der chronisch psychisch erkrankten Menschen (indikationsübergreifend) zu konzipieren und dieses hinsichtlich seiner Wirksamkeit und Anwendbarkeit in der sozialpsychiatrischen Praxis zu untersuchen.

Zunächst wird im theoretischen Teil der Arbeit die zugrundeliegende Theorie nach Grawe dargestellt, wobei zum einen allgemeine Annahmen sowie spezifische, für das vorliegende Thema relevante Bausteine aufgezeigt werden. Im Anschluss wird auf das Setting der Sozialpsychiatrie und dessen Zielgruppe chronisch psychisch Erkrankte eingegangen. Um einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu erhalten, werden die bereits bestehenden ressourcenorientierten Gruppenprogramme vorgestellt, wobei eine Gliederung hinsichtlich der verschiedenen Zielgruppen vorgenommen wird. Wesentlicher Bestandteil des Theorieteils stellt weiterhin die Anpassung des Gruppenprogramms an die Zielgruppe der chronisch psychisch Erkrankten dar, wobei anhand des Modells von Burlingame, MacKenzie und Strauß (2004) die wesentlichen Einflussfaktoren der Gruppentherapie als Leitfaden für die durchzuführenden Adaptionsmaßnahmen aufgegriffen werden. Nachdem eine ausführliche Präsentation dieser Anpassungsmöglichkeiten erfolgte, wird ein Überblick über das in dieser Arbeit entwickelte Gruppenprogramm „Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.“, mit seinen acht Sitzungseinheiten gegeben, wobei zudem Bezug zu der theoretischen Grundlage, der Ressourcenaktivierungstheorie nach Grawe und Grawe-Gerber (1999), genommen wird. Der Theorieteil der Arbeit schließt mit einer Zusammenfassung der theoretischen Inhalte und den relevanten Schlussfolgerungen für die empirische Untersuchung.

Im empirischen Teil der Arbeit wird zunächst auf die relevanten Fragestellungen der Arbeit sowie auf die verwendete Methodik eingegangen. Hierbei werden sowohl das Studiendesign, die Maßnahmen zur Gewährleistung hoher wissenschaftlicher Qualität als auch die verwendeten Messinstrumente vorgestellt. Außerdem werden die Rücklauf- und Dropoutquote, die Stichprobensammensetzung als auch die statistischen Methoden präsentiert. Im Ergebnisteil werden, entsprechend der aufgestellten Hypothesen, die dazugehörigen Ergebnisse dargestellt. Hierbei werden zum einen die Trainingseffekte (Veränderungen in den personalen Ressourcen) vorgestellt, die sich durch die Teilnahme am Ressourcen-

aufbauprogramm R.A.P. einstellten. Zum anderen werden die potenziellen Einflussfaktoren aufgezeigt, die die Wirksamkeit des Programms mitbestimmen. Eine ausführliche Interpretation und Reflexion der vorgestellten Ergebnisse als auch der Methodik erfolgt im anschließenden Diskussionsteil, der sich, ebenso wie der Ergebnisteil, entsprechend der aufgestellten Hypothesen gliedert. Zusätzlich werden verschiedene Optimierungsmöglichkeiten hinsichtlich des Ressourcenaufbauprogramms R.A.P. vorgestellt. Um die Ergebnisse in den aktuellen Forschungsdiskurs einzubetten, werden diese außerdem mit denen anderer Studien verglichen. Die Arbeit endet mit einer kurzen Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse sowie einigen Schlussfolgerungen für weitere Forschungsbemühungen.

THEORETISCHER TEIL

2 Konsistenztheoretische Überlegungen

„Ressourcenaktivierung“ beschreibt den Prozess bezüglich der Wirksamkeit ressourcenorientierter Interventionen in der Psychotherapie. Neben der „Intentionsrealisierung“, der „Intentionsveränderung“ und der „prozessualen Aktivierung“ stellte Grawe (2000) die „Ressourcenaktivierung“ als einen wesentlichen Wirkfaktor der Psychotherapie dar. Grawe plädierte dafür, die Behandlungsweise nicht mehr ausschließlich an der Therapieschule, sondern insbesondere an den Wirkfaktoren der Psychotherapie zu orientieren.

In seinen theoretischen Annahmen beschreibt er detailliert die Wirkungsweise von ressourcenorientiertem Vorgehen und untermauert dies mit empirischen Studien. Aufgrund der Fundierung der theoretischen Annahmen sowie der konkreten Beschreibung des Wirkprozesses ressourcenorientierter Interventionen ist diese Theorie ein besonders geeigneter Bezugsrahmen für die vorliegende Arbeit. Zur besseren Verständlichkeit werden im folgenden Kapitel zunächst allgemeine Begrifflichkeiten, die Grawe in seiner Konsistenztheorie verwendet, geklärt (Kapitel 2.1 „Konsistenztheorie und allgemeine Annahmen“). Im Anschluss werden die theoretischen Annahmen zur „Ressourcenaktivierung“ (Kapitel 2.2 „Konsistenzverbesserung durch Ressourcenaktivierung“) näher dargestellt, wobei im darauffolgenden Kapitel 2.3 „Konsistenzverbesserung und die vier Grundbedürfnisse“ darauf eingegangen wird, inwiefern sich die Behandlung psychisch erkrankter Menschen nach diesen theoretischen Vorstellungen und Annahmen konkret gestalten lässt.

2.1 Konsistenztheorie und allgemeine Annahmen

Nach den Annahmen von Grawe (2004) hat jeder Mensch **vier Grundbedürfnisse**². Diese beziehen sich auf das Bedürfnis nach

- Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz,
- Kontrolle und Orientierung,
- sozialer Bindung,
- Lustgewinnung bzw. Unlustvermeidung.

Sollte es zu einer Verletzung oder Nichtbefriedigung der Bedürfnisse kommen, stellt dies eine „[...] Schädigung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens [dar] [...]“ (Grawe, 2004, S. 185). Die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankung wird demnach auf eine unzureichende Bedürfnisbefriedigung, d. h. eine Verletzung der vier Grundbedürfnisse, zurückgeführt. Alle Ziele eines Menschen, die sich im Laufe des Lebens entwickeln, dienen zur Befriedigung dieser Bedürfnisse.

Als weiterer wichtiger Bestandteil der Theorie ist der Zustand der *Konsistenz* zu nennen. Unter Konsistenz versteht Grawe die „[...] *Übereinstimmung bzw. Vereinbarkeit der gleichzeitig ablaufenden neuronalen/psychischen Prozesse*“ (Grawe, 2004, S. 186, Hervorh. im Orig.). Der Zustand der Konsistenz wird zwar, wie die vier genannten Grundbedürfnisse, durchgehend vom Menschen angestrebt, ist jedoch nicht als Grundbedürfnis von Grawe mit aufgenommen. Das Streben nach Konsistenz ist vielmehr ein Bedürfnis, das den vier Grundbedürfnissen übergeordnet ist. Eine Befriedigung der Grundbedürfnisse geschieht vorwiegend in der Interaktion mit der Umwelt, die sich eher positiv oder eher negativ gestalten kann. Die Konsistenz hingegen bezieht sich auf das Verhältnis intrapsychischer Prozesse und Zustände (Grawe, 2004). Der Mensch verfolgt demnach das Ziel, Konsistenz herzustellen und Inkonsistenz zu vermeiden. *Inkonsistenz* meint die Nichtübereinstimmung der gleichzeitig ablaufenden Prozesse, die sich wiederum gegenseitig behindern. Aufgrund der Vielzahl intrapsychischer Prozesse kann es durchaus immer wieder zu Konstellationen kommen, in denen diese Prozesse eben nicht vereinbar sind (z. B. Widerspruch zwischen Bindungsbedürfnis und Lustbedürfnis). Diese Zustände von Inkonsistenz sind nicht immer vermeidbar. Langanhaltende Zustände der Inkonsistenz gehen mit geringem Wohlbefinden und beeinträchtigter Gesundheit einher. Grawe sieht die Konsistenz als eine grundlegende Bedingung für eine erfolgreiche Bedürfnisbefriedigung. Die Regulation des Konsistenzerlebens (*Konsistenzregulation*) hängt demnach mit dem Ausmaß der Befriedigung der Grundbedürfnisse zusammen. Eine erfolgreiche Bedürfnisbefriedigung wird dann erreicht, wenn gute und flexible Mechanismen

² Grawe greift bei der Definition der Grundbedürfnisse auf die Ausführungen von Epstein (1990) zurück. Für eine ausführliche Darstellung der vier Grundbedürfnisse nach Grawe sei zum einen auf die original Ausführungen (Grawe, 2000) als auch auf das Kapitel 2.3 hingewiesen.

ausgebildet wurden, die eine positive Konsistenzregulation ermöglichen. Die Konsistenzregulation spielt auch bei der Entwicklung psychischer Störungen eine wesentliche Rolle. Als Bindeglied zwischen den Grundbedürfnissen und der Konsistenzregulation ist die „Kongruenz“ zu sehen.

„Die Grundbedürfnisse definieren nach dieser Sicht die Kriterien, nach denen sich Konsistenz im psychischen Geschehen zu bemessen hat. Sie sind gewissermaßen Vorgaben, welche die Evolution dem menschlichen psychischen System gemacht hat. Wenn es diese Vorgaben erfüllt, gedeiht der Mensch, fühlt sich wohl, ist bei guter Gesundheit und wird sich mit höherer Wahrscheinlichkeit reproduzieren.“ (Grawe, 2004, S. 191)

Kongruenz ist „[...] die Übereinstimmung zwischen aktuellen motivationalen Zielen und realen Wahrnehmungen“ (Grawe, 2004, S. 187). Inkongruenz hingegen umfasst demnach die Nichtvereinbarkeit dieser beiden Aspekte, d. h. die realen Erfahrungen stimmen nicht mit den angestrebten motivationalen Zielen überein. Sollten beispielsweise langanhaltende Inkonsistenzen vorliegen, können auch hierdurch Inkongruenzen entwickelt werden, die wiederum mit einer eingeschränkten Bedürfnisbefriedigung einhergehen. Betrachtet man Inkongruenz also als eine besondere Form der Inkonsistenz (da psychische Prozesse wie beispielsweise persönliche Ziele oder Erwartungen und Wahrnehmungen nicht miteinander vereinbar sind), nimmt die gelingende Konsistenzregulation eine wesentliche Rolle im psychischen und neuronalen Geschehen ein. Konsistenzregulation, so Grawe (2004), ist ein unbewusster Prozess, der aufgrund seiner übergeordneten Relevanz als pervasives Regulationsprinzip bei psychischen Vorgängen gesehen werden kann.

Bevor die Auswirkungen von Inkongruenzen näher erläutert werden, soll zunächst beschrieben werden, was Grawe unter den *motivationalen Schemata* versteht. Diese spielen in den theoretischen Annahmen eine zentrale Rolle und werden auch im Prozess der Ressourcenaktivierung aufgegriffen. „Die motivationalen Schemata sind die Mittel, die das Individuum im Laufe seines Lebens entwickelt, um seine Grundbedürfnisse zu befriedigen und sie vor Verletzung zu schützen“ (Grawe, 2004, S. 188). Grawe unterscheidet hierbei zwischen *annähernden* und *vermeidenden* Schemata. Macht ein Mensch überwiegend positive Erfahrungen hinsichtlich seiner Bedürfnisbefriedigung (positive Umwelt, die Bedürfnisbefriedigung ermöglicht), wird er annähernde motivationale Ziele herausbilden, die wiederum positiv befriedigt werden. Der Mensch eignet sich hierdurch ein differenziertes Verhaltensrepertoire an, das er zur Erreichung der Ziele anwendet. Erfährt ein Mensch jedoch immer wieder Verletzung, Bedrohung oder Enttäuschung

hinsichtlich der Grundbedürfnisse, werden vermeidende motivationale Schemata entwickelt. Diese Schemata schützen den Menschen vor weiterführenden Verletzungen. Sollte der Mensch tatsächlich Verletzung durch seine Umgebung erfahren, ist die Entwicklung der Vermeidungsschemata sehr sinnvoll. Werden diese Vermeidungsschemata jedoch zu stark ausgeprägt, wird es dem Menschen auch in Situationen, die eigentlich eine positive Bedürfnisbefriedigung ermöglichen, nicht möglich sein, annähernde Schemata zu aktivieren, da die Vermeidenden zu häufig angewendet wurden und dadurch „besser gebahnt“ (Grawe, 2004, S. 188) sind.

Neben den motivationalen Schemata spielen die Auswirkungen des Inkongruenzerlebens eine bedeutsame Rolle in der Konsistenztheorie. Traumatische Inkongruenzerfahrungen können aufgrund der damit einhergehenden vielen Vermeidungsschemata schwerwiegende Schäden im psychischen Geschehen verursachen. Die mangelnde Bedürfnisbefriedigung führt zu einem erhöhten Inkongruenzniveau (komplexer Stresszustand, vermehrt negative Emotionen), das ursächlich für geringes Wohlbefinden und psychische Krankheit ist. Das Erreichen oder Verfehlen der motivationalen Ziele des Menschen wird als *Inkongruenzsignal* (Rückmeldung) bezeichnet. Werden die angestrebten Ziele erreicht, entstehen positive Emotionen. Werden sie verfehlt, entstehen negative Emotionen (Inkongruenz). Annäherungs- und Vermeidungsinkongruenz sind spezifische Inkongruenzsignale. Wenn die stärkeren Vermeidungstendenzen die schwächer gebahnten Annäherungstendenzen hemmen und somit die Annäherungsziele unerfüllt bleiben, entsteht Annäherungsinkongruenz. Können die erwarteten negativen Erfahrungen tatsächlich nicht vermieden werden, spricht man von Vermeidungsinkongruenz. Sind beide Tendenzen gleichzeitig aktiviert und stimmen nicht überein, kommt es zu motivationalen Konflikten, sogenannter motivationaler Diskordanz.

Die *Diskordanz* meint „[...] die Nichtvereinbarkeit zweier oder mehrerer gleichzeitig aktivierter motivationaler Tendenzen [...]“ (Grawe, 2004, S. 190). Es handelt sich hierbei, wie auch bei der Inkongruenz, um aktivierte neuronale Erregungsmuster, die nicht übereinstimmen.

In der Konsistenztheorie von Grawe (2004) werden demnach zwei relevante Faktoren des psychischen Geschehens sichtbar. Zum einen ist das Streben nach Konsistenz und zum anderen die Herbeiführung von Kongruenz von großer Bedeutung. Der menschliche Organismus strebt danach, positive Wahrnehmungen hinsichtlich der motivationalen Ziele zu machen, wobei diese Ziele von den Grundbedürfnissen geleitet werden. Die motivationalen Ziele haben sich „[...] um sie herum entwickelt [...]“ (Grawe, 2004, S. 190) und unterscheiden sich zu den Grundbedürfnissen darin, dass sie sich auf konkrete Situationen beziehen und, je nach Lebenserfahrung, von Mensch zu Mensch variieren. Grundbedürfnisse hingegen sind bei jedem Menschen gleich.

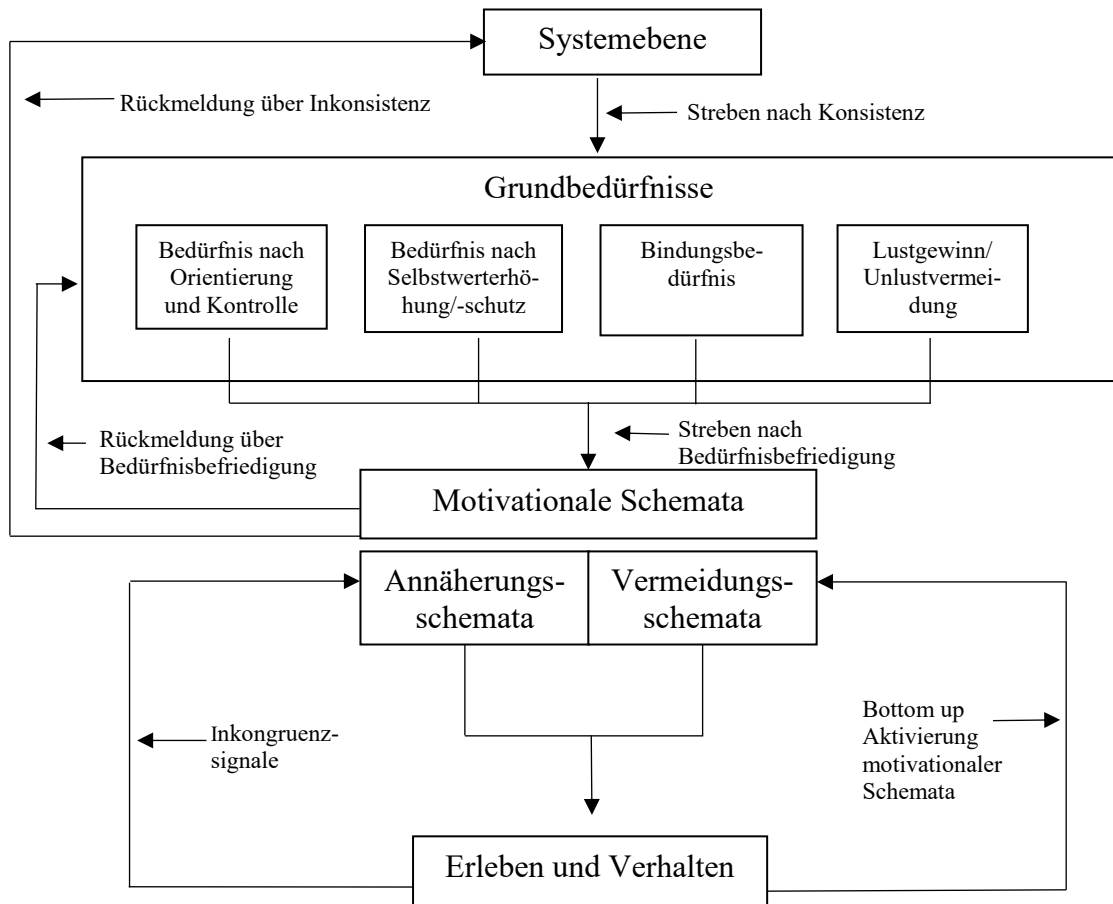


Abbildung 1: „Das konsistenztheoretische Modell des psychischen Geschehens“ (Grawe, 2004, S. 189)

2.2 Konsistenzverbesserung durch Ressourcenaktivierung

Im vorangegangenen Kapitel wurden die grundlegenden Begrifflichkeiten und Vorstellungen der Konsistenztheorie nach Grawe erläutert. Diese stellen die Basis für alle weiteren Ausführungen von Grawe dar. Im Folgenden soll nun näher betrachtet werden, wie Konsistenz durch das Aktivieren von Ressourcen hergestellt werden kann. Grawe (2000) untersuchte hierfür die Wirkfaktoren der Psychotherapie. Ganz entscheidend für die Wirksamkeit einer Psychotherapie ist demnach, inwieweit es den Therapeut*innen möglich ist, die Ressourcen der Klient*innen zu aktivieren. Er bezeichnet diesen Wirkfaktor als „Ressourcenaktivierung“.³

Unter dem Begriff „Ressourcen“ wird bei Grawe und Grawe-Gerber

„[...] jeder Aspekt des seelischen Geschehens und darüber hinaus der gesamten Lebenssituation eines Patienten aufgefaßt [sic!] [...], also z. B. motivationale Bereitschaften, Ziele, Wünsche, Interessen, Überzeugungen, Werthaltungen, Geschmack, Einstellungen, Wissen, Bildung, Fähigkeiten, Gewohnheiten, Interaktionsstile, physische Merkmale wie Aussehen, Kraft, Ausdauer, finanzielle Möglichkeiten sowie seine zwischenmenschlichen Beziehungen. Die Gesamtheit all dessen stellt, aus der Ressourcenperspektive betrachtet, den Möglichkeitsraum des Patienten dar, in dem er sich gegenwärtig bewegen kann oder, sein positives Potential, das ihm zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse zur Verfügung steht.“ (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, S. 66)

Das Einnehmen einer Ressourcenperspektive meint die Fähigkeiten, Stärken, Interessen etc. der Klient*innen zu fokussieren. Ergänzend zur Problemperspektive wird also auch nach all dem gefragt, was im Leben der Klient*innen positiv erlebt wird und somit als Motor für potenzielle Veränderungen dient. Grawe und Grawe-Gerber (1999) gehen davon aus, dass die Probleme der Klient*innen Bezugspunkt für das sind, WAS in einer Therapie verändert werden soll. Die Ressourcen sind jedoch ausschlaggebend dafür, WIE diese Probleme verändert werden können.

³ Neben der Ressourcenaktivierungstheorie von Grawe und Grawe-Gerber (1999) stellt das Anforderungs-Ressourcenmodell von Becker (1992) eine frühere, sehr bedeutsame Annahme über die Entstehung von seelischer und körperlicher Gesundheit dar. Der Fokus liegt hierbei nicht auf der Bedürfnisbefriedigung, sondern auf dem Verhältnis zwischen Anforderungen und vorhandenen Ressourcen. Psychische Gesundheit ist demnach davon abhängig, inwiefern es einem Menschen gelingt, die anstehenden Anforderungen mit den vorhandenen Ressourcen zu bewältigen. Während Becker (1992) darauf eingeht, dass beispielsweise eine Stärkung des Selbstwertgefühls Ziel präventiver Maßnahmen sein sollte, beschreibt Grawe in seinen Werken konkret, wie eine solche Stärkung im Therapieprozess (durch Ressourcenaktivierung) möglich ist.

Das Erleben und Verhalten eines jeden Menschen beruht auf den ihm verfügbaren „[...] Wahrnehmungs-, Handlungs- und emotionale[n] Reaktionsbereitschaften [...]“ (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, S. 66). Die problembehafteten Bereitschaften stellen, im Verhältnis zu allen existierenden, eigentlich nur einen sehr geringen Teil dar. Dennoch werden diese negativen Bereitschaften sehr häufig aktiviert. Menschen in gedrückter Stimmung aktivieren überwiegend problembehaftete Bereitschaften aus dem Gedächtnis, wie beispielsweise negative Erwartungen. Diese negativen Erwartungen wirken im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung und führen wiederum zu tatsächlich negativen Erfahrungen und somit erneut zu negativer Stimmung.⁴ Durch diese Erfahrung wird die Wahrscheinlichkeit, dass die negativen Bereitschaften aktiviert werden, erhöht und es kommt zu einem immer wiederkehrenden negativen Kreislauf, der sich schließlich nicht nur intrapsychisch, sondern auch interpersonell, zeigt. Die negativen Bereitschaften werden immer wieder aktiviert und somit aufrechterhalten. Auf Basis dieser theoretischen Annahmen haben Grawe und Grawe-Gerber (1999) einen in entgegengesetzter Richtung ablaufenden positiven Rückkopplungsprozess ausgeführt, der statt negativer Bereitschaften Wohlbefinden hervorruft.

Die Autoren gehen davon aus, dass jeder Mensch, egal ob psychisch krank oder gesund, Ressourcen besitzt. Diese Ressourcen sind jedoch aufgrund der dominierenden Probleme nicht immer zugänglich. Gelingt es den Therapeut*innen, die verschiedenen Ressourcen der Klient*innen aufzuspüren, werden diese sich in ihren positiven Seiten sehen und somit bedürfnisbefriedigende Wahrnehmungen machen können (Inkonsistenzreduktion). Kann die Klient*in sich beispielsweise im Sinne ihrer Ziele verhalten und erfährt, dass sie selbst ihr Leben und Wohlbefinden beeinflussen kann, macht sie positive Wahrnehmungen hinsichtlich ihres aktivierten Bedürfnisses nach Orientierung und Kontrolle. Diese positiven Wahrnehmungen führen zu positiven Gefühlen und steigern somit das Kontrollerleben. Die Klient*in erlebt mehr Wohlbefinden. Aufgrund der positiven Erfahrungen, die sie „[...] am eigenen Leib [...]“ (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, S. 68) gemacht hat, wird sie mit etwas mehr Mut und Vertrauen in die Therapie kommen. Diese positive Erwartung wirkt wieder in einer selbsterfüllenden Prophezeiung, bei der kleine Erfolgserlebnisse generiert werden. Diese positive kleine Veränderung wird sich in einer gehobenen Stimmung und erneuten positiven Zukunftserwartungen zeigen. Die festgestellten positiven Veränderungen werden so interpretiert, dass die Therapie wirksam ist. Dies fördert die Aufnahmebereitschaft und Kooperationsbereitschaft der Klient*innen hinsichtlich allem, was die

⁴ Dieser negative Rückkopplungsprozess, wie ihn Grawe und Grawe-Gerber (1999) beschreiben, ähnelt der Ressourcenerhalttheorie von Buchwald, Schwarzer und Hobfoll (2004). Demnach geht der Verlust von Ressourcen ebenfalls mit negativen Konsequenzen einher und führt zu weiteren Ressourcenverlusten. Ein Negativkreislauf wird in Gang gesetzt. Personale Ressourcen wie beispielsweise Selbstwirksamkeit, Selbstwert oder Optimismus haben hingegen positive Auswirkungen und können Ressourcenverluste kompensieren.

Therapeut*in an die Klient*in heranträgt. Die gemachten positiven Erfahrungen führen nicht nur zu einer verbesserten Stimmung und mehr Wohlbefinden, sondern fördern zudem in erheblichem Maße die Qualität der Therapiebeziehung. Die Bereitschaft seitens der Klient*innen, sich auch auf neue Erfahrungen in der Therapie einzulassen, steigt. Die positive Wirkung erhöht auch das Engagement der Therapeut*innen. Dies wirkt sich ebenfalls positiv auf die Therapiebeziehung aus. Die Klient*in fühlt sich sicher, die Therapeut*in fühlt sich kompetent und wertgeschätzt. Somit kommt es zu positiven Effekten auf beiden Seiten, die sich zum einen in einer engagierteren Haltung der Therapeut*in und einer mitwirkungsbereiteren Einstellung der Klient*in zeigen.

Dieser positive Rückkopplungsprozess ist auf alle vier Grundbedürfnisse transformierbar. Selbstwerterhöhende Wahrnehmungen und positives Kontrollerleben begünstigen die Abnahme von Inkongruenzen und führen somit zu Wohlbefinden (Grawe, 2000). Ein gesteigertes Wohlbefinden bedeutet zeitgleich eine Befriedigung des Bedürfnisses nach Lustgewinnung bzw. Unlustvermeidung. Aufgrund der positiven Erfahrungen, die die Klient*in im Kontext ressourcenaktivierender Interventionen erlebt, wird auch ihre Motivation hinsichtlich der zu bearbeitenden Probleme erhöht.⁵ Durch die kontinuierliche Ressourcenaktivierung und der damit einhergehenden Bedürfnisbefriedigung wird das Annäherungssystem (siehe S. 34) geprimt, wodurch eine Problembearbeitung wahrscheinlicher wird. Die positiven Emotionen und die Annäherungsbereitschaften dominieren gegenüber den negativen Gefühlen, die dadurch gehemmt werden.

Grawe (2000) fasst zusammen, welche positiven therapeutischen Funktionen hinsichtlich der Ressourcenaktivierung identifiziert werden können.

1. Steigerung des Wohlbefindens und eine verbesserte Problembewältigung.
2. Eine verbesserte Therapiebeziehung zwischen Klient*in und Therapeut*in.
3. Durch die Inkongruenzreduktion und dem daraus resultierenden verbesserten Zustand als auch der guten Therapiebeziehung wird die Klient*in eine höhere Aufnahmebereitschaft zeigen und somit offener und engagierter in der Therapie mitwirken.
4. Aufgrund der Aktivierung der Ressourcen (positive motivationale Schemata) können die bestehenden „[...] neuronalen Erregungsmuster besser gebahnt“

⁵ Ressourcenaktivierung, so Grawe (2000), kann sowohl inhaltlich als auch prozessual erfolgen. Unter einer inhaltlichen Ressourcenaktivierung wird der Prozess verstanden, bei dem die Ressourcen der Klient*in direkt thematisiert werden. Hierdurch entsteht eine Wohlbefindenssteigerung. Unter einer prozessualen Ressourcenaktivierung wird hingegen verstanden, wenn die Klient*in sich durch die ressourcenaktivierenden Interventionen positiv erlebt und sich im Sinne ihrer Intentionen verhalten kann und dadurch eine bessere Problembewältigung ermöglicht wird.

(Grawe, 2000, S. 554) werden. Durch die bessere Bahnung werden die wünschenswerten Erregungsmuster häufiger aktiviert, was wiederum dazu führt, dass diese positiven Muster mehr Raum im psychischen Geschehen einnehmen. Je häufiger diese positiven motivationalen Schemata aktiviert werden, desto seltener kommen die Störungsattraktoren und Vermeidungsschemata zum Vorschein. „Ressourcenaktivierung und Destabilisierung des Störungsattraktors arbeiten einander zu“ (Grawe, 2000, S. 554). Wenn der Störungsattraktor destabilisiert wird, erhalten die Ressourcen mehr Raum und können sich besser entfalten. Entgegengesetzt wird die Entfaltung der Störung gehemmt und die positiven motivationalen Schemata dominieren das Seelenleben der Klient*in.

5. Um negativ besetzte neuronale Erregungsmuster zu überschreiben, müssen diese zunächst aktiviert werden. Diese Aktivierung ist jedoch meist mit schmerzhaften Gefühlen assoziiert. Eine solche Aktualisierung der Probleme ist insbesondere dann sinnvoll, wenn dadurch bedeutsame Bewältigungserfahrungen ermöglicht werden. Um solche positiven Erfahrungen, also die Bewältigung von Problemen, möglichst angenehm zu gestalten, ist eine ressourcenorientierte Herangehensweise notwendig. Die Problembewältigung sollte in einem positiven Kontext (durch gezielte Ressourcenaktivierung) stattfinden, da dies die Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Problembewältigung erhöht. „Durch betonte Ressourcenaktivierung in solchen wichtigen therapeutischen Momenten kann der Therapeut fördern, dass der Patient die negativen Gefühle nicht einfach als etwas Unangenehmes erlebt, dem er ausgeliefert ist, sondern als etwas, dem er sich für das Erreichen seiner aktivierten Ziele aktiv stellen muss“ (Grawe, 2000, S. 555).

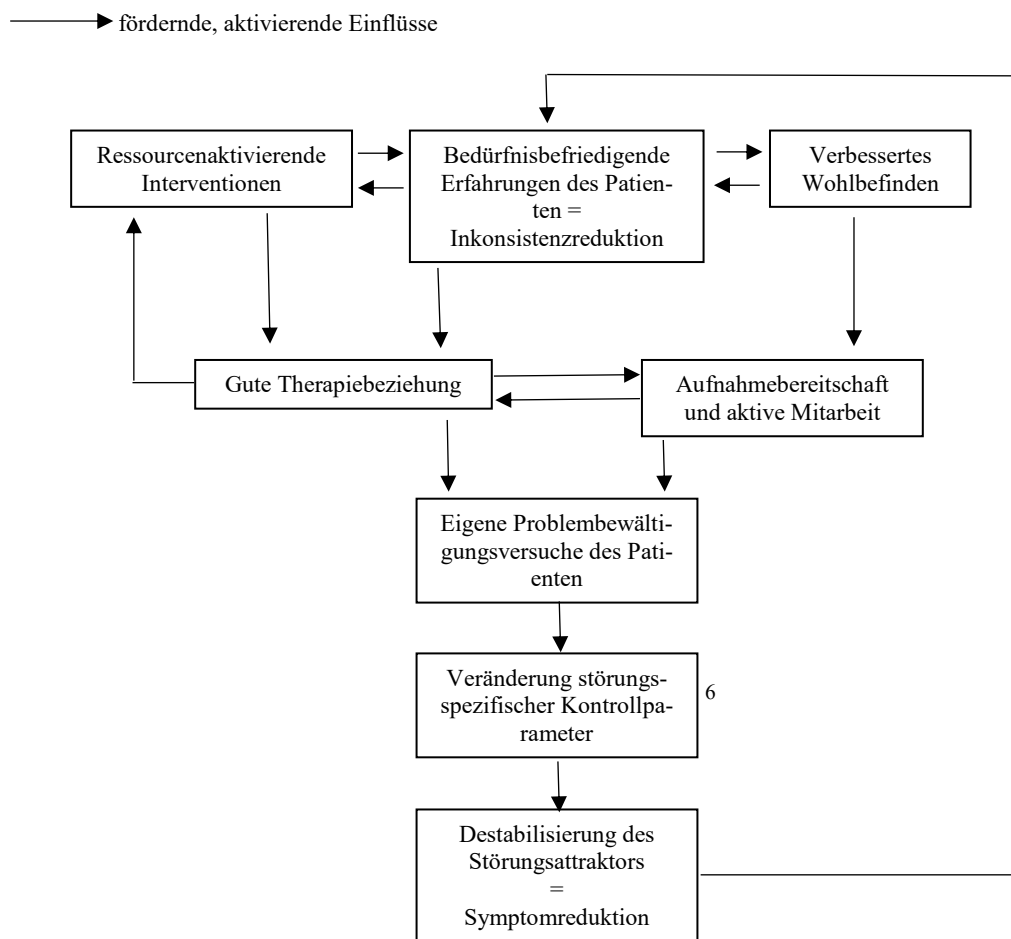


Abbildung 2: „Ressourcenaktivierung als positiver Rückkopplungsprozeß [sic!] zwischen therapeutischen Interventionen, Therapiebeziehung und Prozessen aufseiten des Patienten“ (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, S. 68)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Prozess der Ressourcenaktivierung zu bedürfnisbefriedigenden Wahrnehmungen hinsichtlich der Grundbedürfnisse und somit zu einer Steigerung des Wohlbefindens und einer Symptomreduktion führt. Aufgrund der guten empirischen Sicherung dieser Theorie (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Schulte, 1996) und der ausführlich dargestellten Wirkungsweise bieten diese Annahmen eine passende Basis für ressourcenorientiertes Vorgehen. Um eine konkrete Vorstellung davon zu erhalten, inwiefern sich die Bedürfnisbefriedigung praktisch realisieren lässt, wird dieses Vorgehen im folgenden Kapitel näher ausgeführt.

⁶ Kontrollparameter sind verschiedene Wahrnehmungen, Verhaltensweisen, emotionale oder auch kognitive Anteile eines Attraktors. Ist ein Störungsattraktor beispielsweise eine Agoraphobie, sind die verschiedenen Reaktionserwartungen, das erlebte Angstgefühl, die veränderte Körperhaltung und Mimik oder auch das Vermeidungsverhalten Komponenten, über die der Störungsattraktor, also die Agoraphobie, aktiviert wird (Grawe, 2000).

2.3 Konsistenzverbesserung und die vier Grundbedürfnisse

Psychische Störungen entwickeln sich nach Grawes Konsistenztheorie (Grawe, 2004) aufgrund einer misslungenen Inkonsistenzregulation. Ziel jeder Psychotherapie sollte deshalb die Verbesserung des Konsistenzerlebens (erfolgreiche Bedürfnisbefriedigung) sein, die mit gesteigertem Wohlbefinden und Symptomreduktionen einhergehen. Die Vielzahl verschiedener Inkonsistenzen, die ein Mensch in seinem psychischen Geschehen aufzeigt, können nicht allumfänglich in der Therapie erfasst werden. Als übergeordnete Inkonsistenz, so Grawe (2004), kann die motivationale Kongruenz gesehen werden, die ein Maß dafür angibt, inwiefern es dem Menschen möglich ist, seine motivationalen Ziele zu erreichen. Aufgabe in der Therapie ist es demnach, Unterstützung zur Realisierung der motivationalen Ziele anzubieten. Die Beseitigung der zahlreichen Inkongruenzquellen, die es dem Menschen bis dato nicht ermöglicht haben, seine Ziele selbstständig zu erreichen, stellen eine große Herausforderung in der Therapie dar. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die von Grawe (2004) ausgeführte Konsistenztheorie, die er in seinem Buch „Neuropsychotherapie“ vorstellt. Grawe (2004) sieht die Möglichkeit hinsichtlich einer Konsistenzverbesserung in drei „Perspektiven“, die eine Therapeut*in einnehmen kann. Aus den Perspektiven leiten sich wiederum therapeutische Schlussfolgerungen bezüglich der Interventionen ab. Diese drei Perspektiven sind:

- „1. Die *Störungsperspektive*, wie sie im DSM und in der ICD vorliegt, ergänzt um das Wissen zu den neuronalen Grundlagen der einzelnen psychischen Störungen.
2. Die *Prozessperspektive*: Welche Möglichkeiten gibt es, diesem Patienten im Therapieprozess konsistenz erhöhende Erfahrungen zu vermitteln? Solche Erfahrungen sollten über Konsistenzverbesserung, unabhängig von den anderen Ansatzstellen für Konsistenzverbesserung, eine unmittelbare positive Wirkung auf den Patienten haben.
3. Die *Inkonsistenzperspektive*: Wie sieht es mit dem Inkonsistenzniveau dieses Patienten aus? Welche Quellen von Inkonsistenz außer der oder den psychopathologischen Störungen sind erkennbar, über deren Veränderung eine Verbesserung der Konsistenz erreichbar wäre?“ (Grawe, 2004, S. 378, Hervorh. im Original)

Alle drei Perspektiven haben ihre Berechtigung und führen an sich zu verbessertem Konsistenzerleben. Im Folgenden wird explizit die zweite Perspektive dargestellt („Konsistenzverbesserung durch Erfahrungen im Therapieprozess“, Grawe, 2004, S. 381), da hierbei ausführlich auf den Prozess der Bedürfnisbefriedigung in der Psychotherapie eingegangen wird. Grawe (2004) sieht insbesondere bei den

in der Therapie erlebenden Erfahrungen die Möglichkeit, an den Ressourcen der Klient*innen anzuknüpfen und dadurch Bedürfnisbefriedigung zu erzielen. Zu Beginn einer Therapie können bei psychisch erkrankten Menschen meist alle vier Grundbedürfnisse als verletzt und nicht ausreichend befriedigt angesehen werden. Erhöhtes Inkongruenzerleben als auch vermehrte Vermeidungsinkongruenzen liegen vor. Im Folgenden soll dargestellt werden, inwiefern eine solche Bedürfnisbefriedigung im Therapieprozess nach Grawe stattfinden kann.

Befriedigung des Bedürfnisses nach Orientierung und Kontrolle

Aufgrund der hohen Aktivierung des Kontrollbedürfnisses im Zustand psychischer Erkrankung ist ein Mensch in dieser Situation besonders empfänglich für eben solche Erfahrungen, die dem Kontrollbedürfnis zuträglich sind. In der Therapie, so Grawe (2004), gibt es zahlreiche Möglichkeiten diesem Bedürfnis zu begegnen.

- Das Vorgehen stets transparent machen
- Wissen bezüglich der Erkrankung vermitteln
- Anleitung zu Möglichkeiten, die die Klient*in selbst hat, um die Symptomatik zu verbessern
- Einbezug der Klient*innen in die Schritte und Handlungen der Therapeut*in
- Auf die Vorschläge und Ideen der Klient*in eingehen
- Entscheidungsmöglichkeiten bieten
- Das Vorgehen so gestalten, dass die Klient*in das Gefühl hat, gut mitwirken zu können
- Kleine positive Erfolge ermöglichen

All diese Erfahrungen ermöglichen es der Klient*in zu mehr Kontrolle zu gelangen und das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle zu befriedigen. Das Inkongruenzerleben sinkt und positive Emotionen resultieren. Diese positiven Erfahrungen bahnen das Annäherungssystem⁷ vor und tragen dadurch zu mehr Engagement, Offenheit⁸ und Mitarbeit seitens der Klient*in bei. Bedürfnisbefriedigende Erfahrungen hinsichtlich des Kontrollerlebens führen demnach nicht nur zu einer Inkongruenzreduktion und den damit einhergehenden positiven Emotionen, sondern ermöglichen durch die erhöhte Mitwirkungsbereitschaft auch die Bearbeitung der vorliegenden Probleme und Defizite der Klient*in. Vermehrtes

⁷ Im Sinne des motivationalen Primings tragen positive Erfahrungen zur Aktivierung des Annäherungssystems bei, das wiederum mit positiven Emotionen einhergeht und negative Emotionen als auch Vermeidungsreaktionen reduziert. Genau entgegengesetzt tragen negative Erfahrungen zur Ausbildung des Vermeidungssystems bei und führen zu vermehrten negativen Emotionen (Grawe, 2004).

⁸ Eine offene Haltung bezüglich der Therapie ist einer der wesentlichen Prädiktoren für einen positiven Therapieerfolg (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994).

Kontrollerleben wird somit zum einen direkt durch eine Inkongruenzreduktion im Sinne bedürfnisbefriedigender Erfahrungen realisiert. Zum anderen werden Inkongruenzen indirekt reduziert, indem die Klient*in eine höhere Aufnahmebereitschaft und mehr Offenheit zeigt und somit eine bessere Bearbeitung der Probleme ermöglicht wird.

Befriedigung des Bedürfnisses nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz

Ähnlich der Wirkungsweise der Konsistenzverbesserung durch Kontrollerfahrungen erfolgt auch eine verbesserte Bedürfnisbefriedigung des Selbstwertgefühls. Eine psychische Erkrankung ist an sich für das Selbstwerterleben abträglich. Die Klient*in muss wiederkehrend ihre Defizite und Probleme darstellen, eine solche Situation ist folglich nicht selbstwerterhöhend. Die psychische Erkrankung wird häufig als persönliches Versagen angesehen, was wiederum zu einem Gefühl der Minderwertigkeit führt. In der Therapie gibt es, so Grawe (2004), zahlreiche Möglichkeiten, um das Selbstwerterleben der Klient*innen zu erhöhen:

- Die Klient*in in ihren Stärken und positiven Seiten wahrnehmen
- Die Klient*in in diesen positiven Seiten, ihren Ressourcen, darstellen lassen
- Interesse nicht nur an den Problemen, sondern insbesondere an den Fähig-/Fertigkeiten zeigen
- Austausch über Inhalte, die sowohl die Klient*in als auch die Therapeut*in interessieren (gleichrangige Stellung beider Gesprächspartner*innen)
- Fragen nach Bereichen, die nicht verändert werden sollen
- Erkundigung nach Zeiten, die positiv erlebt wurden (genaue Exploration dieser Zeiten)
- Nach bisher getätigten Lösungsversuchen fragen
- Anerkennung für die Stärke der Klient*in zeigen
- Die Klient*in durch eine positive Perspektive sehen und ihr hinsichtlich ihrer Ressourcen Anerkennung und Bewunderung (positive Rückmeldung) zeigen bzw. mitteilen.

Mittels dieser und zahlreicher weiterer Interventionen⁹ kann es gelingen, das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung zu befriedigen und bestehende Inkongruenzen zu reduzieren. Wichtig ist jedoch, möglichst viele solcher selbstwerterhöhenden Wahrnehmungen im Therapiesetting zu ermöglichen. Hierfür ist eine konkrete ressourcenorientierte Haltung und Vorgehensweise seitens der Therapeut*in notwendig. Diese zu realisieren, ist aufgrund der Präsenz der Erkrankung und Probleme, weshalb die Klient*in schließlich auch in die Behandlung kommt, oft

⁹ Seither wurden zahlreiche Werke zum Thema „Ressourcenorientierte Interventionen“ veröffentlicht, z. B. Flückiger und Wüsten (2015); Schemmel und Schaller (2003); Willutzki und Teismann (2013).

nicht einfach. Im Rahmen umfangreicher Untersuchungen konnte Grawe die Bedeutung ressourcenorientierter Vorgehensweisen im Therapieprozess mittels „Konsistenztheoretischer Mikroprozessanalysen“ (Gassmann & Grawe, 2006) herausstellen. Allgemein ist hierbei festzuhalten, dass ein aktiv ressourcenorientiertes Vorgehen der Therapeut*innen zu besseren Therapieergebnissen führt. Insbesondere das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle als auch das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz finden durch ressourcenaktivierende Interventionen eine erfolgreiche Befriedigung.

Befriedigung des Bedürfnisses nach Bindung

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen leiden häufig unter unsicheren Bindungsmustern. Die negativen Beziehungserfahrungen zeigen sich schließlich in den herausgebildeten motivationalen Schemata, die meist überwiegend Vermeidungsschemata aufweisen und, die in den betreffenden Situationen, aktiviert werden. Misstrauen und Vorsicht gegenüber der Therapeut*in werden sichtbar, wobei der Wunsch eine einfühlsame und verständnisvolle Person im Leben zu haben immer präsent ist, so Grawe (2004). Um bedürfnisbefriedigende Wahrnehmungen hinsichtlich des Bindungsbedürfnisses zu ermöglichen, ist es wichtig, den vorherrschenden Vermeidungsmodus seitens der Klient*in entgegenzuwirken und positive Emotionen herbeizuführen. Grawe (2004) fasst zusammen, dass folgende Eigenschaften einer Therapeut*in für eine gelingende Therapiebeziehung hilfreich sind:¹⁰

- Einfühlsam-empathisch
- Verständnisvoll und akzeptierend
- Für das Wohl des Patienten engagiert
- Vertrauenswürdig und zuverlässig
- Warm und unterstützend
- Kompetent

Diese Eigenschaften zeigt auch eine gute Bindungsperson auf. Aufgrund des starken Zusammenhangs zwischen positiven Therapieergebnissen und einer tragfähigen Therapiebeziehung kann geschlussfolgert werden, dass erfolgreiche Therapien auch mit einer Bedürfnisbefriedigung hinsichtlich des Bindungsbedürfnisses einhergehen. Es ist davon auszugehen, dass Therapiesitzungen dann als erfolgreich eingeschätzt werden, wenn eine positive Bindung zur Therapeut*in besteht. Eine Befriedigung des Bindungsbedürfnisses kann demnach zum einen direkt eine Inkongruenzreduktion herbeiführen und damit eine Verbesserung der

¹⁰ Er stützt diese Aussagen unter anderem auf die Forschungsergebnisse aus der Studie von Orlinsky et al. (1994).

Symptomatik erzeugen. Zum anderen ist festzuhalten, dass die Bedürfnisbefriedigung des Bindungsbedürfnisses erneut Annäherungspriming ermöglicht und dadurch die Bearbeitung der vorherrschenden Probleme erleichtert wird (ebd.).

Befriedigung des Bedürfnisses nach Lustgewinnung und Unlustvermeidung

Grawe (2004) geht davon aus, dass auch im Therapieprozess Konditionierungsprozesse stattfinden. Werden in der Therapie fortwährend negative Emotionen hervorgerufen, wird die Klient*in diese Gefühle mit der Therapie verbinden. Deshalb ist das Hervorrufen von positiven Emotionen im Therapieprozess von großer Bedeutung. Positive Emotionen können auf vielfältige Weise generiert werden (Grawe, 2004):

- Einsatz von Humor (gemeinsam in der Therapie lachen)
- Hypnose (hypnotische Zustände herbeiführen)
- Progressive Muskelentspannung
- Autogenes Training

Mit erlernten Entspannungstechniken ist es der Klient*in möglich, auch außerhalb der Therapie positive Emotionen herbeizuführen. Das Erleben positiver Gefühle entspricht dem Bedürfnis nach Lustgewinnung bzw. Unlustvermeidung und trägt somit zur Reduktion der Inkongruenz bei. Die Wirkungsweise für die Befriedigung des Lustbedürfnisses entspricht jener, die bereits oben ausgeführt wurde. Auch hierbei können sowohl direkte als auch indirekte positive Wirkungsprozesse angestoßen werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es zahlreiche Möglichkeiten in der Therapie gibt, die vier Grundbedürfnisse zu befriedigen und dadurch eine Konsistenzverbesserung zu ermöglichen. Neben der Identifizierung möglicher Inkongruenzquellen und den störungsorientierten Behandlungsmöglichkeiten bieten insbesondere die im Therapieprozess positiv erlebten Erfahrungen die Möglichkeit zur Bedürfnisbefriedigung. Sollten hierbei keine positiven Erfahrungen möglich sein, ist eine Konsistenzverbesserung durch die beiden anderen „Perspektiven“ (siehe S. 33) sehr unwahrscheinlich (Grawe, 2004).

Durch die Ressourcenaktivierung und eine positive Beziehungsgestaltung sollten positive Wahrnehmungen hinsichtlich der Grundbedürfnisse möglich sein (Grawe, 2004). Da die wichtigsten motivationalen Schemata eben die Grundbedürfnisse repräsentieren, sollte die Inkongruenz hinsichtlich dieser Ziele reduziert werden. Je weniger Inkongruenz erlebt wird, desto mehr Wohlbefinden zeigt sich, das wiederum dem Lustbedürfnis zuträglich ist. Dieser Prozess wird von Grawe als „[...] positiven Aufschaukelungsprozess“ (Grawe, 2004, S. 408) bezeichnet. Die erlebten positiven Erfahrungen aktivieren das Annäherungssystem. Abwehr und Vermeidung wird durch die erhöhte Präsenz des Annäherungsmodus

reduziert. Die Klient*in ist, wie bereits beschrieben, im Sinne des Annäherungsprimings offener und mitwirkungsbereiter, wodurch eine verbesserte Problembearbeitung ermöglicht wird. Störungsspezifische Interventionen können demnach nur dann wirksam werden, wenn die Klient*in sich in einem Annäherungsmodus befindet, der eben durch bedürfnisbefriedigende Erfahrungen hergestellt wird. Schlussfolgernd fasst Grawe (2004) zusammen, dass jede Therapeut*in sowohl problemspezifische als auch ressourcenorientierte bzw. ressourcenaktivierende Interventionen kennen und eine maßgeschneiderte Beziehungsgestaltung realisieren sollte. Denn alle Erfahrungen, die eine Klient*in in der Therapie macht, sind entscheidend für die Ausbildung der motivationalen Schemata.

3 Sozialpsychiatrie und die Zielgruppe chronisch psychisch Erkrankte

„Die Sozialpsychiatrie befasst sich mit den sozialen Einflussfaktoren auf die Entstehung und den Verlauf psychischer Erkrankungen sowie mit der langfristigen Betreuung und Behandlung chronischer und schwerer psychischer Erkrankungen“ (Rössler, 2012, S. 461). Die langfristigen Behandlungsmöglichkeiten werden bedarfsorientiert, gemeindenah und unter Einbezug der sozialen Lebenswelt gestaltet.

Die gemeindenahe Versorgung chronisch psychisch erkrankter Menschen begann in den 1960er Jahren. Mit der eintretenden Psychiatriereform und der Enthospitalisierung wurde das Ziel verfolgt, Langzeitstationen in psychiatrischen Krankenhäusern aufzulösen und die chronisch psychisch erkrankten Menschen wieder mehr ins gesellschaftliche Leben zu integrieren (Bitter, Etenfellner, Matschnig, Frottier & Frühwald, 2009). Sozialpsychiatrische Versorgungsangebote verfolgen dieses Ziel noch heute.

Die sozialpsychiatrische Versorgungslandschaft in Deutschland ist vielfältig. Zielvorstellungen und Namen der Unterstützungsangebote variieren von Bundesland zu Bundesland (Klecha & Borchardt, 2007). Entsprechend der verschiedenen Bedarfe der psychisch erkrankten Menschen weisen die Hilfsangebote unterschiedlich intensive Betreuung auf. Während stationäre Einrichtungen insbesondere Klient*innen mit großem Unterstützungsbedarf betreuen, gestaltet sich dieser Bedarf bei Betreuten von teilstationären oder ambulanten Angeboten meist geringer. Um die Integration der chronisch psychisch erkrankten Menschen zu fördern, sollen die Hilfen möglichst ambulant (gemeindenah) und personenzentriert erfolgen. Stationäre Hilfen sollen erst dann zum Einsatz kommen, wenn eine ambulante Behandlung nicht mehr ausreicht (Görres, 2013).

Zu den ambulanten Unterstützungsmaßnahmen zählen beispielsweise das „Ambulant betreute Wohnen“, die „Tagesstätte für psychische Gesundheit“, der „Sozialpsychiatrische Dienst“, die „Soziotherapie“, die „Psychiatrische Institutsambulanz“, die „Psychiatrische Tagesklinik“ etc. All diesen Maßnahmen ist eine personenzentrierte Unterstützung gemein, die eine bessere Teilhabe und eine selbstständigere Lebensweise der psychisch erkrankten Menschen ermöglichen soll. Dieses Ziel wird entsprechend dem Angebot auf unterschiedliche Art und Weise verfolgt. Neben der Unterstützung bei administrativen Aufgaben (Ämtergänge, Antragsstellungen etc.) werden auch alltagspraktische Tätigkeiten (wie Einkaufen, Putzen, Kochen etc.) geübt oder Möglichkeiten der Freizeitbeschäftigung gesucht (z. B. in der Tagesstätte für psychische Gesundheit). Weiterführende Unterstützung erfolgt außerdem in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Arbeitssuche (auch alternative Arbeitstätigkeiten wie beispielsweise die Anbindung an

ein Zuverdienstprojekt oder eine Werkstätte), Tagesstruktur, Krisenintervention etc. (Klecha & Borchardt, 2007). Aufgrund der Komplexität des Hilfebedarfs werden meist unterschiedliche Maßnahmen parallel wahrgenommen.

Wenngleich der Sprachduktus „die chronisch psychisch erkrankten Menschen“ verwendet wird, wird er den Menschen, die sich dahinter verbergen, streng genommen nicht gerecht. Auch diese Zielgruppe gestaltet sich sehr heterogen, wobei vielfältige Abstufungen hinsichtlich der Schwere und Chronizität der Erkrankung vorliegen. Diese Diversität wird beispielsweise in der Typisierung von Obert (2004) oder auch Bosshard, Ebert und Lazarus (2013b) dargestellt. Während zum Beispiel die „Systemsprenger“ oder „alte Langzeitpatienten“ umfangreichen Unterstützungsbedarf, regelmäßige Psychatrieaufenthalte und wenig Krankheitseinsicht zeigen, werden im sozialpsychiatrischen Setting auch Klient*innen mit guter Compliance und geringerem Unterstützungsbedarf behandelt („vorübergehende Nutzer“). So vielfältig die sozialpsychiatrischen Angebote gestaltet sind, so unterschiedlich sind auch deren Nutzer.

Adressat*innen sozialpsychiatrischer Arbeit werden aufgrund der Schwere der Erkrankung von der üblichen psychotherapeutischen Behandlung meist nicht erreicht (Freyberger, 2006). Hierfür seien Motivation, Freiwilligkeit sowie reflexive und sprachliche Kompetenzen notwendig (Ohling, 2015). Eigenschaften, die bei chronisch psychisch erkrankten Menschen oft nicht vorauszusetzen sind, sondern eher Ziele der Behandlung darstellen (Dörr, 2005). Auch Dörr betont, dass „[...] Sozialarbeiterinnen im sozial-psychiatrischen Arbeitsfeld mit besonders belasteten, benachteiligten und marginalisierten Personen zu tun [haben]“ (Dörr, 2005, S. 98) und sich aufgrund dessen deutlich von dem klassischen psychotherapeutischen Klientel unterscheiden. Die Zielgruppe der chronifiziert psychisch Erkrankten ist hauptsächlich Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit (Lazarus & Bosshard, 2005). Insbesondere die Klinische Sozialarbeit beschäftigt sich mit eben dieser Klientel. „Im Mittelpunkt stehen schwer belastete, beeinträchtigte, sozial-kommunikativ gestörte, gefährdete und/oder psychisch und somatisch – meist chronisch – kranke, behinderte und leidende Menschen“ (Pauls, 2011, S. 182). Die Behandlung chronisch psychisch kranker Menschen umfasst hierbei wesentlich mehr als eine reine temporäre Krisenintervention. Vielmehr geht es darum, soziale Unterstützung zu leisten, indem ein haltgebender Rahmen für das Leben des Einzelnen in seiner Lebenswelt geschaffen wird (Dörr, 2005).

Die Zielgruppe der Sozialpsychiatrie stellt chronisch psychisch erkrankte Menschen dar. Was aber wird unter dem Begriff „chronisch“ verstanden? „Chronifizierung [wird] häufig in Verbindung mit Therapieresistenz, schlechter Prognose, Symptomresistenz und Komorbidität gebracht; aus sozialer Sicht mit Stigmatisierung, Abgrenzung, Gefährdung der Allgemeinheit und sozialem Abstieg [...]“ (Valdes-Stauber, 2009, S. 566). Unter einem chronischen Krankheitsverlauf versteht

Dörr (2005) weiterhin eine langsame und langwierige Entwicklung der psychischen Erkrankung, die mit langen Psychiatrieerfahrungen einhergeht. Synonym wird auch der Begriff „Langzeitpatienten“ verwendet. Chronisch psychisch kranke Menschen leiden meist unter sozialer Isolation, zeigen Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung, nutzen in vielfacher Weise das Hilfesystem und sind regelmäßig stationär in psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht (Dörr, 2005; Klecha & Borchardt, 2007). Durch das Ineinandewirken von sozialer Isolation, finanziellen Schwierigkeiten oder auch Wohn- und Arbeitsproblemen wird eine Ausgrenzungsspirale in Gang gesetzt, die die Chronifizierung voranschreiten lässt, so Dörr (2005).

Das Ende des „[...] Phänomen[s] der Chronizität [...]“ (Clausen & Eichenbrenner, 2010, S. 74) wurde bereits mit der Psychiatrie-Enquête erwartet. Geleitet von der Idee, dass die bloße Entlassung der Langzeitpatient*innen in die Freiheit bzw. in ihre eigene Wohnung, Gesundheit mit sich bringt, erhofften sich viele auch die soziale Integration dieser Menschen in die Gesellschaft. Auch wenn Besserungen stattgefunden haben, so haben sich die Hoffnungen jedoch nicht in dem gedachten Maße erfüllt (ebd.). Um dem Phänomen der Chronifizierung präventiv entgegenzuwirken, fordert beispielsweise Freyberger (2006) den weiterführenden Ausbau der gemeindenahen Versorgung für psychisch erkrankte Menschen.

Der Begriff der „Chronizität“ oder „Chronifizierung“ inkludiert schnell eine vermeintliche „Unheilbarkeit“. Der Mythos der „Unheilbarkeit“ (Finzen, 2004) würde jedoch keineswegs der Realität entsprechen. Die damit vermittelte Hoffnungslosigkeit sei „[...] falsch und unakzeptabel [...]“ (Amering & Schmolke, 2012, S. 164). Vielmehr bestehe dann die Gefahr einer selbsterfüllenden Prophezeiung, die einen Kreislauf voller Taten- und Hoffnungslosigkeit in Gang setze und Symptomverschlechterung mit sich bringe (ebd.).¹¹ Wenngleich solche Phänomene insbesondere in den früheren psychiatrischen Anstalten zu beobachten waren, ist es nicht auszuschließen, dass ähnliche Erscheinungen in ambulanten Einrichtungen oder Institutionen noch heute vorkommen. Bereits 1995 gingen Schweitzer und Schumacher auf die Hürden der Aufweichung der bestehenden Chronifizierungskonzepte ein und betonten: „Chronisch psychisch krank zu sein, ist die Eintrittskarte, um mit freundlichen Sozialarbeiterinnen über private Sorgen sprechen und sich beim Ausfüllen des Sozialhilfeantrags helfen lassen zu dürfen“ (Schweitzer & Schumacher, 1995, S. 39). Wenn es gelinge, dass eine Besserung der Symptomatik mit weniger negativen Konsequenzen einhergehe, „[...] wird Psychiatrie zu einem außerordentlich endlichen Geschehen“ (Schweitzer & Schumacher, 1995, S. 301).

¹¹ Dieses Phänomen wurde bereits bei Ludwig und Farrelly (1966) unter dem Namen „Code der Chronizität“ deutlich. Die therapeutische Motivation nimmt ab, Disziplin und Ordnung stehen im Vordergrund, Veränderung wird weitestgehend abgelehnt. Patient*innen nehmen die Opferrolle ein und werden vollständig von anderen versorgt.

Wenngleich Konsens darüber besteht, dass die Sozialpsychiatrie meist mit chronisch psychisch kranken Menschen arbeite, so ist eine eindeutige Definition dieser Personengruppe bis dato noch unzureichend. „[...] [D]er Begriff ‚Chronifizierung‘ [ist] nicht einheitlich definiert [...]“ (Valdes-Stauber, 2009, S. 566), daher fehlen auch allgemein akzeptierte Kriterien (ebd.). Deutlich mehr Konsens besteht hinsichtlich des Begriffs der „schwer psychisch erkrankten Menschen“ (engl. severe mental illness -SMI). So wird in einem umfangreichen Bericht zur Häufigkeit schwerer psychischer Erkrankungen in Deutschland ein Überblick zu bestehenden Definitionen gegeben (Gühne & Riedel-Heller, 2015). Eine konsensfähige sowie in der DGPPN S3 Leitlinie aktuell verwendete Definition stellt die von Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi und Tansella (2000) dar:

Schwer psychisch erkrankt sind demnach Menschen, die

- 1.) an einer beliebigen psychischen Erkrankung leiden,
- 2.) mindestens zwei Jahre erkrankt sind bzw. mindestens zwei Jahre behandelt wurden und
- 3.) aufgrund der Erkrankung eine schwere psychosoziale Beeinträchtigung aufzeigen. Diese Beeinträchtigung ist beispielsweise mit dem „Global Assessment of Functioning“ (Sass, 2003) abzubilden.

Frühere Definitionsbemühungen fassten ausschließlich psychotische Erkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen unter dem Begriff „schwer psychisch erkrankt“ zusammen (National Institute of Mental Health, 1987). Ruggeri et al. (2000) erweiterten diese Definition und berücksichtigten jede psychische Erkrankung in ihren Untersuchungen zu schwer psychisch erkrankten Menschen. Untersuchungen von Lora, Bezzi und Erlicher (2007) zufolge sind jedoch Schizophrenien, affektive Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen am häufigsten in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen vertreten.

Das zwei-Jahres Kriterium wird in der Literatur überwiegend als allgemeingültiges Kriterium akzeptiert (Ruggeri et al., 2000; Schinnar, Rothbard, Kanter & Jung, 1990).

Zur Quantifizierung der psychosozialen Beeinträchtigung wird das „Global Assessment of Functioning“ empfohlen, wobei ein ermittelter GAF-Wert von ≤ 50 schwerwiegende Symptome und geringe Funktionsfähigkeit der Klient*in darstellt. Ein GAF-Wert von ≤ 70 zeigt milde Symptome sowie gewisse Schwierigkeiten in der Funktionsfähigkeit (Ruggeri et al., 2000).¹²

¹² Andere Studien verwenden für die Messung der Beeinträchtigung beispielsweise den Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) von Lieberz, Spies und Schepank (1998) wobei mindestens ein BSS Wert ≥ 5 vorliegen müsste oder den HoNOS schedule (Health of the Nation Outcome Scales – Wing, Beavor und Curtis, 1998; Lora, Bezzi und Erlicher, 2007) wobei mindestens eins der zehn HoNOS Items mit dem Punktwert 4 oder zwei Items mit dem Punktwert 3 beurteilt werden mussten, um eine „schwere“ Erkrankung zu identifizieren. Eine Studie, in welcher die

Die Definition von „schwerer psychischer Erkrankung“ von Ruggeri et al. (2000) wird auch von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde verwendet, wobei zusätzlich die umfassende Inanspruchnahme des Hilfesystems betont wird (DGPPN, 2013).¹³

Die von Ruggeri et al. (2000) postulierte Definition für die Zielgruppe der schwer psychisch erkrankten Menschen scheint weitestgehend verbreitet und akzeptiert. Wenngleich der Begriff „chronisch“ in dieser Formulierung in der Definition nicht auftaucht, so sprechen Ruggeri et al. (2000) auch von schweren, anhaltenden psychischen Erkrankungen. Die Zielgruppe der „chronisch“ psychisch erkrankten Menschen scheint demnach der genannten Definition zu entsprechen.¹⁴

Da der Begriff der „Chronizität/Chronifizierung“ insbesondere auf die jahrelange Psychiatrieerfahrung fokussiert, also somit den Aspekt der Dauer in den Vordergrund stellt, könnten Überlegungen in die Richtung getätigt werden, dass für die Zielgruppe der „chronisch“ psychisch kranken Menschen eine etwas höhere Erkrankungs- bzw. Behandlungsdauer, von beispielsweise 10 Jahren, als Definitivskriterium angesetzt würde. Studien, welche mit dieser Klientel durchgeführt wurden, zeigen beispielsweise eine Erkrankungs- bzw. Behandlungsdauer von durchschnittlich 11 Jahren (Dillo, Lampen, Neumann, Steinmüller & Wellmann, 2010; Richter, D., 2010) oder auch 17 Jahren (Brugha, Wing, Brewin, MacCarthy & Lesage, 1993).

Beeinträchtigung ebenfalls mit dem GAF-Wert von ≤ 50 gemessen wird, ist beispielsweise die von Parabiaghi, Bonetto, Ruggeri, Lasalvia und Leese (2006) oder von Gruyters, Scheytt, Hoffmann und Priebe (1997).

¹³ „Zielgruppe dieser Leitlinie sind Menschen mit einer dieser Diagnosen, welche über längere Zeit, d. h. über mindestens zwei Jahre, Krankheitssymptome aufweisen, die mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivität des täglichen Lebens und das soziale Funktionsniveau einhergehen sowie häufig mit einer intensiven Inanspruchnahme des Behandlungs- und psychosozialen Hilfesystems verbunden sind“ (DGPPN, 2013, S. 3).

¹⁴ Aufgrund der geringen Trennschärfe der Begriffe „schwer psychisch krank“ und „chronisch psychisch krank“ werden diese im Nachfolgenden synonym verwendet.

4 Ressourcenorientierte Gruppenprogramme – ein Überblick

Neben der klassischen Einzelbetreuung findet im sozialpsychiatrischen Setting immer häufiger auch Gruppenarbeit mit den psychisch erkrankten Klient*innen statt. Die Wirksamkeit von Gruppentherapie im therapeutischen Setting ist vielfach belegt (Fuhriman & Burlingame, 1994; Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Auch im Vergleich zur Einzeltherapie erweist sich die Gruppentherapie als ebenso effektive Behandlungsmethode (McRoberts, Burlingame & Hoag, 1998; Tschuschke, 1999). Nicht nur die zahlreichen positiven Behandlungseffekte, auch die Kosten-Nutzen-Aspekte (parallele Behandlung mehrerer Klient*innen) machen die Arbeit in der Gruppe zu einem attraktiven Behandlungsangebot.

Die Evaluation von Gruppentherapien hat bereits in den 60er Jahren begonnen (Mann, 1966). Auch wenn bereits damals Konsens darüber bestand, dass Gruppentherapien im Allgemeinen wirksam sind, mangelte es noch beträchtlich an methodischer Qualität (Strauß & Burlingame, 2018). Die methodischen Standards verbesserten sich mit der Zeit zunehmend und in den 80er Jahren wurden vermehrt auch kontrollierte Vergleichsstudien angewendet. Um therapeutische Effekte nachzuweisen, werden unterschiedliche Verfahren genutzt. Als absoluter Goldstandard wird die randomisiert-kontrollierte Studie betrachtet, die die Therapieforschung der letzten Jahre dominierte und gute interne Validität aufweist (ebd.). Mittlerweile existieren für beinahe jedes Störungsbild gut evaluierte und passende Gruppentherapieprogramme (siehe Mattke & Strauß, 2018 oder Tschuschke & Agazarian, 2001).

Thematisch liegt der Fokus der vorliegenden Studie auf der Arbeit mit und an den Ressourcen von psychisch erkrankten Menschen. Dass ressourcenorientiertes Arbeiten positive Behandlungseffekte zeigt, konnte unter anderem bereits in den umfangreichen Arbeiten um Grawe¹⁵ erarbeitet werden. Ressourcenarbeit wird bei allen Altersgruppen, ob Kinder (Hampel, 2007), Jugendliche (Metzmacher, 2002), Erwachsene mittleren Alters (Wild, B., Hausmanns, Hoevens, Herzog & Schlehofer, 2010) oder auch älteren Menschen (Ho, Yeung & Kwok, 2014) und in jeglichen Lebenslagen (als Arbeitsnehmerin - Koch, Hedlund, Rosenthal & Hillert, 2006, als Studierende - Seidl, Limberger & Ebner-Primer, 2016) angewendet.

In den 90er Jahren wurde der ressourcenorientierte Ansatz im Gruppensetting primär im Rahmen von Stressbewältigungsprogrammen (Kaluza, 1998; Schelp, Gravemeier & Maluck, 1997)¹⁶ verwirklicht. Vermittlung von Wissen bezüglich der Entstehung von Stress und den dadurch bedingten körperlichen Abläufen

¹⁵ Gassmann und Grawe (2004); Smith und Grawe (2003).

¹⁶ Weitere Stressbewältigungstrainings siehe Meichenbaum (1991) oder Bregelmann (1988).

standen hierbei im Vordergrund. Im Laufe der Zeit gewann jedoch die „Ressourcenorientierung“ an Beliebtheit und verbreitete sich nicht nur im therapeutischen Setting (Willutzki & Teismann, 2013), sondern auch in der Netzwerkarbeit (Nestmann, 2008) oder der Kinder- und Jugendhilfe (Möbius & Friedrich, 2010).

Während sich im deutschsprachigen Raum „Ressourcenorientierung“ primär in diversen Gesprächsführungstechniken sowie der Gestaltung bestimmter Diagnoseinstrumente zeigte (Flückiger & Wüsten, 2015; Schemmel & Schaller, 2003; Willutzki & Teismann, 2013), entwickelte die amerikanische Forschungsgruppe um Martin Seligman weiterführende wohlbefindenssteigernde Methoden, die der „Positiven Psychologie“ zuzuordnen sind. Auch in Deutschland gewann die „Positive Psychologie“ an Beliebtheit und lieferte zunehmend mehr Wirksamkeitsnachweise (Blickhan, 2015; Brohm et al., 2017; Brohm-Badry et al., 2018). Im Zuge der Etablierung dieser Strömung entwickelten sich zahlreiche Interventionsmöglichkeiten an verschiedensten Zielgruppen und in unterschiedlichen Settings: Online-Programme (Baez et al., 2017; Proyer, Gander, Wellenzohn & Ruch, 2016), Programme für HIV-Infizierte (Jinghua, 2015), Programme für ältere Menschen (Ho et al., 2014), Programme für Paare mit Schlaganfall (Terrill et al., 2018). Wenngleich der überwiegende Teil der Forschungsarbeiten im englischsprachigen Raum stattfand, so wurden in den letzten Jahren auch immer mehr positiv psychologisch fundierte Programme im deutschen Sprachraum (insbesondere in Österreich an der Universität Wien um Anton Laireiter) konzipiert (z. B. High-Level Wellness Workshops von Jerich, 2016, das „Glückscoaching“ von Laireiter, Mülitze, Schwaiger-Schrader, Siwek-Marcon & Taurini, 2017, das „Glücksseminar“ von Gaberszig & Laireiter, 2018 oder die Erprobung der „Positiven Psychotherapie“ von Furchtlehner, Schuster & Laireiter, 2019).

In diesem Kontext sollen im Folgenden ressourcenorientierte, wohlbefindenssteigernde Gruppenprogramme analysiert werden, die den Fokus eben nicht auf die Erkrankung und die Defizite, sondern auf die Stärken und Fähigkeiten der Klient*innen legen.

Im Rahmen einer umfassenden Literaturrecherche wurde gezielt nach Gruppenangeboten¹⁷ gesucht, die sich auf eine Steigerung des Wohlbefindens, auf den Auf- und Ausbau diverser personaler Ressourcen sowie auf eine allgemeine Verbesserung der psychischen Gesundheit beziehen. Die Literaturrecherche erfolgte

¹⁷ Einzeltherapien mit ähnlichen thematischen Schwerpunkten wie beispielsweise die Wohlbefindenstherapie nach Fava und Linden (2015); Fava, Ruini und Linden (2009) oder die positive Psychotherapie (Einzelsetting) von schwer depressiv erkrankte Menschen von Seligman, Rashid und Parks (2006) oder auch die kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen von Hautzinger (2013) wurden bei der Suche ausgeschlossen. Auch online Programme, die sich thematisch ähneln wurden aufgrund des fehlenden Gruppensettings nicht mit einbezogen, z. B. „The nine beautiful things – intervention“ von Proyer, Gander, Wellenzohn und Ruch (2016); Proyer, Gander, Wellenzohn und Ruch (2014) sowie paarbezogene Therapien wie beispielsweise die „Positive psychology-based Intervention für Paare nach einem Schlaganfall von Terrill et al. (2018).

in zahlreichen Psychologie-Datenbanken wie beispielsweise Psynindex, Psyninfo, Psynarticle, PubPsych und diversen Aufsatzdatenbanken im spezifischen Themengebiet (Journal of happiness, Journal of positive psychology, Psychiatry online Journal, PsyJournal etc.). Verwendete Keywords bezogen sich zunächst auf die wesentlichen Aspekte „Gruppe¹⁸“ und „Wohlbefinden¹⁹“. Als weiteres Kriterium wurde die Zielgruppe „psychisch krank“ hinzugefügt. Zudem sollten insbesondere multimodulare Konzepte analysiert werden, welche eine möglichst ganzheitliche Ressourcenförderung anstreben.

Im Folgenden soll ein Überblick über bereits bestehende ressourcenorientierte, wohlbefindenssteigernde Gruppenprogramme gegeben werden. Eine Vielzahl an Konzepten konnte gefunden werden. Diese unterscheiden sich nicht nur bezüglich thematischer Schwerpunktsetzungen, sondern insbesondere hinsichtlich der Zielgruppe, für die die einzelnen Programme konzipiert bzw. an denen sie evaluiert wurden. Um die Übersicht zu wahren, wird eine Kategorisierung der gefundenen Ergebnisse vorgenommen. Die Unterteilung erfolgt in Programme für „Menschen ohne psychiatrische Diagnose“ und „Psychisch Erkrankte“. Unter der Kategorie „Menschen ohne psychiatrische Diagnose“ werden Programme summiert, deren Zielgruppe keine psychische Erkrankung aufzeigen (z. B. ältere Menschen, somatisch Erkrankte, offene Zielgruppe etc.). Gruppenprogramme für „psychisch erkrankte Menschen“ wurden noch einmal unterteilt. So werden zum einen Konzepte sichtbar, die ausschließlich für eine spezifische Diagnosegruppe (z. B. Depressive) konzipiert wurden („homogene Gruppe bzgl. der Erkrankung“). Zum anderen finden sich Programme, die für eine heterogene Zielgruppe bezüglich der Erkrankung gedacht sind („heterogene Gruppe bzgl. der Erkrankung“; indikationsübergreifend). Besonderes Augenmerk bei der Recherche wird auf ein Gruppenprogramm speziell für schwer bzw. chronisch psychisch Erkrankte im Setting der Sozialpsychiatrie gelegt, da diese Zielgruppe im Fokus der vorliegenden Untersuchung steht.

¹⁸ Es wurde ebenfalls nach verwandten Begriffen wie beispielsweise Gruppentraining, -programm, -intervention, -workshop, -konzept recherchiert.

¹⁹ Es wurde zudem nach verwandten Begriffen wie beispielsweise Freude, Euthym, Ressourcen, Widerstandsressourcen, Resilienz, Salutogenese, Gesundheitsförderung, Positive Psychologie, positive Emotionen, Glück, Lebenszufriedenheit, Lebensqualität, seelische Gesundheit, Wellness sowie nach den spezifischen Themengebieten Genuss, Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Achtsamkeit, Entspannung, Selbstfürsorge, Stärken, Wertschätzung, Anerkennung, Mitmenschlichkeit, Altruismus, soziale Beziehungen, Dankbarkeit, Kontrollerleben gesucht.

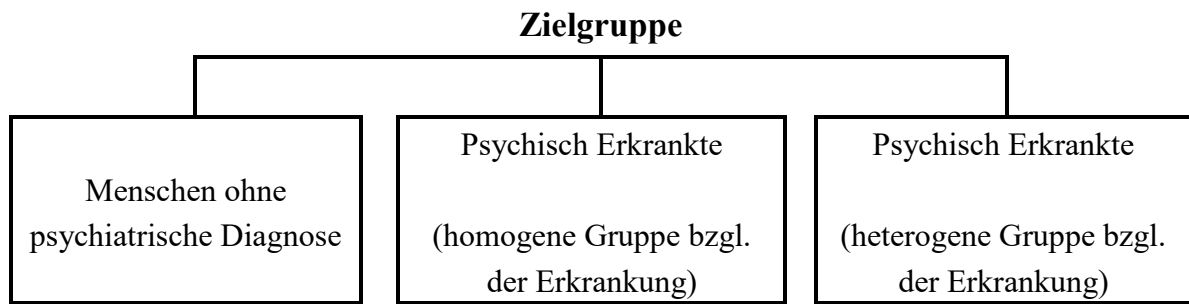


Abbildung 3: Zielgruppen ressourcenorientierter Gruppenprogramme

4.1 Zielgruppe: Menschen ohne psychiatrische Diagnose

Eine Vielzahl an ressourcenorientierten Gruppenprogrammen ist für „gesunde“, nicht psychisch erkrankte Menschen konzipiert. Aufgrund der Menge der gefundenen Programme wird hierbei kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Die Ergebnisse sollen jedoch zeigen, dass vor allem für die „Normalbevölkerung“ bzw. nicht psychisch Erkrankte solche ressourcenorientierten Programme vermehrt existieren. Die nachfolgenden Gruppenprogramme werden zur Übersichtlichkeit in tabellarischer Form dargestellt. Hierbei wird auf den Programmnamen, die Struktur des Programms, den bisherigen Evaluationsbemühungen sowie auf die Zielgruppe hingewiesen.

Es zeigt sich, dass sowohl deutsch- als auch englischsprachige Gruppenprogramme für nicht psychisch erkrankte Menschen zum Thema Wohlbefinden und Ressourcenorientierung existieren. Die Mehrzahl der Ergebnisse beziehen sich auf keine spezielle Zielgruppe. Es werden jedoch auch einige Programme sichtbar, die insbesondere auf die Gruppe der älteren Menschen abzielen. Strukturell sind die Programme sehr unterschiedlich aufgebaut. Die Konzepte umfassen zwischen sechs bis zehn Sitzungen. Teilweise erfolgt die Aufteilung nicht nach Sitzungen, sondern nach Bausteinen, die individuell angewendet werden können. Ebenso unterschiedlich fallen die Evaluationsbemühungen aus (siehe Tabelle 1 und Tabelle 2).

Tabelle 1: Übersicht zu ressourcenorientierten Gruppenprogrammen für nicht psychisch erkrankte Menschen (I/II)

Programmname	Struktur	Evaluation	Zielgruppe
Glückscoaching (Laireiter et al., 2017)	6 Sitzungen, á 3 Einheiten mit je 45 Minuten	Wartelistenkontrollgruppendesign, $N = 82$, Prä-, Post- und vier- bzw. siebenmonatige Follow-up-Messung	Normalbevölkerung
TFSR – Trainingsprogramm zur Förderung salutogener Ressourcen (Viehhauser, 2000)	10 Sitzungen, je zwei Stunden, wöchentliche Durchführung	Quasi-experimentelles Studiendesign, Prä-, Post-, viermonatige Follow-up-Messung, $N = 182$	Normalbevölkerung (Studierende, Hochschulangeestellte)
High-Level Wellness Workshop (Jerich, 2016)	10 Workshops, individuelle Durchführung	Keine Evaluation bekannt	Keine spezifische Zielgruppe
Salute!-Gesundheitsförderungsprogramm (Kaluza, 2011)	4 Module, mit je 4 Bausteinen, individuelle Zusammensetzung möglich ²⁰	Evaluation der Vorgängerversion (thematisch sehr ähnlich) an chronisch erkrankten Menschen (Kaluza, Klus, Krane & Pilz-Oertl, 2002) Unkontrolliertes Studiendesign, $N = 86$, Struktur-, Prozess- und Ergebnissevaluation, Prä-, Post-, achtwöchige Follow-up-Messung	Keine spezifische Zielgruppe
Lebenslust statt Alltagsfrust (Roth, W. L., Klusemann & Kudielka, 1997)	3 Abendsitzungen, je 3,5 Stunden	Kein kontrolliertes Design, vier Messzeitpunkte vor dem Training, drei während des Trainings, fünf an dazwischenliegenden Tagen, vier Messungen nach drei Wochen, $N = 8$	Keine spezifische Zielgruppe
Optimistisch den Stress meistern (Reschke & Schröder, 2010)	10 Sitzungen, je 90 – 120 Minuten, wöchentliche Durchführung	„Modulprüfung, Prüfung der Rohform des Kurses in zwei Gruppen, Feldversuch mit vier Gruppen, Nachbefragung, Evaluation des Stress-Kurz-Tests, Evaluation der Gruppenunterschiede, mit kontrollierter Wartegruppe, Evaluation von Kompaktkurs vs. Langzeitkurs“ (Reschke & Schröder, 2010, S. 39).	Grundlegend offen, Menschen in belastenden Situationen, Ausschluss: Indikation zur Psychotherapie
Das HEDE-Training (Franke, A. & Witte, 2009)	12 Sitzungen, je 2 Stunden, wöchentliche Durchführung	Keine Evaluation bekannt	Für alle Menschen, die ihre Gesundheit verbessern möchten (keine spezifische Indikation)

²⁰ Die Vorgängerversion des „Salute!-Gesundheitsprogramms“ bestand aus sieben Sitzungen, mit je zwei Stunden (wöchentliche Durchführung).

Tabelle 2: Übersicht zu ressourcenorientierten Gruppenprogrammen für nicht psychisch erkrankte Menschen (II/II)

Programmname	Struktur	Evaluation	Zielgruppe
Stark im Stress (Eckert & Tarnowski, 2017)	3 Module, je 3 Einzelsitzungen á 90 Minuten	Drei Evaluationsstudien mit Studierenden, Berufstätigen in Pflegeberufen und verschiedenen Berufsgruppen. Randomisiertes Wartekontrollgruppendesign in allen drei Studien. Die Evaluation fand jedoch nicht im Gruppensetting, sondern ausschließlich als dreiwöchige online-basierte Intervention statt.	Offene Zielgruppe (erprobt an Studierende, Berufstätige)
Positive psychology Intervention for older adults (Ho et al., 2014)	9 Sitzungen, je 1,5 Stunden, wöchentliche Durchführung	Unkontrolliertes Design, neun Gruppen, $N = 74$, Prä-, Posttest	Ältere Menschen in Pflegeheimen
Aktiv Gesundheit fördern – Seminareinheit „Schutzfaktoren“ ²² (Schäfer, Döll, Höffler & Mittag, 2000)	14 Bausteine, Baustein 1-13 umfasst zwei mal 45-60 Minuten, Baustein 14 umfasst 45 Minuten	Evaluation des kompletten Programms ²² (Ströbl & Reusch, 2005) $N = 753$, kontrolliertes Design, teilweise randomisierte Zuteilung, Datenerhebung Prä-, Post, drei- und zwölfmonatige Follow-up- Messung	Menschen in der medizinischen Rehabilitation
The Art of Happiness (Greenawalt, Orsegawin & Rathie, 2018)	8 Sitzungen, wöchentliche Durchführung, je 90 Minuten	Kontrolliertes, experimentelles Design, $N = 52$ (IG = 34, 18 = KG), Prä-, Postmessung	Ältere Menschen
Glücksseminar (Gaberszig & Laireiter, 2018)	6-wöchige Gruppenintervention, wöchentliche Durchführung	Quasi-experimentelles Design, Prä-, Post-, vierwöchige Follow-up-Messung, $N = 40$, (IG = 19, KG = 21)	Ältere Menschen in Seniorenheimen

²¹ Komplettes Programm besteht aus 5 Seminareinheiten, eine Seminareinheit beschäftigt sich mit dem Thema „Schutzfaktoren“ (nähere Darstellung dieser Seminareinheit, siehe Tabelle 2. Evaluation bezieht sich ausschließlich auf das komplette Programm.

²² Da sich die Evaluation ausschließlich auf das komplette Programm, bestehend aus fünf Seminareinheiten, bezieht, können keine konkreten Schlussfolgerungen bezüglich der Wirksamkeit der Seminareinheit „Schutzfaktoren“ gezogen werden.

Das „Glückscoaching“ (Laireiter et al., 2017) und die „Art of Happiness-Group“ (Greenawalt et al., 2018) zeigen randomisiert-kontrollierte Studiendesigns. Für die im deutschsprachigen Raum entwickelte „Glückscoaching-Intervention“ konnten zahlreiche positive Veränderungen in den Bereichen „Positive Emotionen“, „Depressivität“, „Zufriedenheit“, „Somatische Beschwerden“ beobachtet werden. Die „Art of Happiness-Group“ zeigte ebenso bedeutsame positive Veränderungen in den Variablen „wahrgenommener Stress“, „Müdigkeit“, „Ruhe“ etc. Es scheint, als würden diese positiv psychologisch ausgerichteten Interventionen sowohl im deutschen als auch englischen Sprachraum mit positiven Veränderungen bei nicht psychisch Erkrankten einhergehen.

Wenngleich keine randomisierte Aufteilung der Proband*innen stattfand, so sind auch die Ergebnisse der Untersuchungen mit quasi-experimentellen Studiendesign und Follow-up-Erhebung als relativ gesichert anzusehen. Ein solches Studiendesign ist sowohl in der Studie von Viehhauser (2000) für das „TFSR – Training zur Förderung salutogener Ressourcen“ sowie für das „Glücksseminar“ von Gaberszig und Laireiter (2018) erkennbar. Auch hier zeigen die Analysen deutlich positive Effekte. Mit der Teilnahme am „TFSR“ kommt es beispielsweise zu einer bedeutsamen Verbesserung der „seelischen Gesundheit“, der „Verstehbarkeit“, „Handhabbarkeit“, „Sinnhaftigkeit“, „emotionalen Befindlichkeit“ etc. Auch im Glücksseminar konnten positive Effekte beobachtet werden. Besonders verbesserte sich das „Wohlbefinden“ und „Glückserleben“ mit großen Effektstärken. Auffällig ist außerdem, dass in beiden Untersuchungen das „Alter“ als signifikanter Moderator identifiziert werden konnte. Mit zunehmendem Alter steigt auch der Trainingserfolg.

Eine besonders umfangreiche Evaluation mit großer Stichprobengröße fand bei der Programmreihe „Aktiv Gesundheit fördern“ (Schäfer et al., 2000) statt. Wenngleich nur eines der fünf Seminareinheiten eine primäre Ressourcenausrichtung aufzeigt, so ist dennoch darauf hinzuweisen, dass es zu Verbesserungen des körperlichen und psychischen Gesundheitszustands bei den Rehabilitant*innen kam.

Auch die relativ umfangreichen Untersuchungen zum Programm „Optimistisch den Stress meistern“ zeigen positive Effekte in den Bereichen „Entspannung“, „Alltagskompetenz“ und „Ansätze einer Verhaltensänderung“ (Reschke & Schröder, 2010).

Die Programme „Lebenslust statt Alltagsfrust“ (Roth, W. L. et al., 1997), „Salute-Was die Seele stark macht“ (Kaluza, 2011) oder „Positive Psychology Intervention for older adults“ (Ho et al., 2014) wurden im Rahmen kleiner Studien mit teilweise unkontrollierten Designs untersucht. Wenngleich auch bei diesen Forschungsarbeiten durchaus positive Effekte mit der Teilnahme an der Intervention verbunden sind, können diese nur bedingt auf die Interventionsteilnahme zurückgeführt werden.

Für die beiden weiteren im deutschsprachigen Raum bekannten Programme „Das HEDE-Training“ (Franke, A. & Witte, 2009) sowie die „High-Level Wellness Workshops“ (Jerich, 2016) sind bis dato keinerlei Wirksamkeitsnachweise bekannt. Insbesondere die „High-Level Wellness Workshops“ zeigen primär positiv psychologische Interventionen.

Bei Analyse der Programme zeigt sich, dass eine Vielzahl ressourcenorientierter Programme für nicht psychisch Erkrankte Menschen existieren. Teilweise sind diese insbesondere für ältere Menschen oder auch somatisch erkrankte Personen konzipiert. Mit der Teilnahme an den Trainings sind überwiegend bedeutsame positive Veränderungen verbunden. Ressourcenorientierte Gruppenprogramme scheinen sowohl im deutsch- als auch englischsprachigen Raum wirksam zu sein.

4.2 Zielgruppe: Psychisch Erkrankte (homogene Diagnosen)

Gruppentherapieprogramme werden als gängige Behandlungsmethode in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen eingesetzt. Für jedes Störungsbild liegen zahlreiche, gut evaluierte Gruppentrainings vor. Ein Überblick findet sich hierfür bei Marwitz (2016) oder auch bei Tschuschke und Agazarian (2001). Teilweise enthalten auch diese Programme ressourcenorientierte Bausteine mit dem Ziel, die psychische Gesundheit der Teilnehmenden zu fördern.

Der Fokus der vorliegenden Untersuchung liegt auf Gruppenkonzepten, die primär die Ressourcen und Stärken der Klient*innen fördern und insbesondere positiv konnotierte Themen behandeln. Die Recherche zeigt, dass es sowohl ressourcenorientierte Programme gibt, die für eine spezielle Diagnosegruppe (z. B. Depressive) aufbereitet wurden, als auch solche, die indikationsübergreifend gestaltet sind. Aufgrund dessen wird eine Unterteilung vorgenommen, wobei zunächst indikationshomogene, ressourcenorientierte Gruppenprogramme vorgestellt werden (siehe Tabelle 3 und Tabelle 4) um darauffolgend indikationsübergreifende Konzepte näher zu beleuchten (siehe Tabelle 5 und Tabelle 6).

Tabelle 3: Übersicht zu ressourcenorientierten Gruppenprogrammen für psychisch erkrankte Menschen (homogene Gruppe bzgl. der Erkrankung) (I/II)

Programmname	Struktur	Evaluation	Zielgruppe
Gruppentherapiemodul zur Stärkung des Selbstwerts (Jacob, Richter, Lambers, Bohus & Lieb, 2006)	6-stündiges Gruppentherapiemodul, 60-90 Minuten, wöchentliche Durchführung, Teilmodul einer DBT-Behandlung	Keine Evaluation bekannt	Ambulante und stationäre BPS-Patienten (stationäre Klient*innen nehmen an hoch strukturierten Psychotherapieprogramm teil, DBT)
Wellfocus PPT (Schrank et al., 2016)	11 Sitzungen, wöchentlich á 90 Minuten, 2 Gruppenleitungen	Randomisiert, kontrollierte single-centre Studie, N = 94, IG = Treatment +TAU; KG = TAU Prä- und Posterhebung	Menschen mit Psychose
Positive Living (PL) (Meyer, Johnson, Parks, Iwanski & Penn, 2012)	10 Sitzungen, á 1,5 Stunden + eine Auffrischungssitzung nach 6 Wochen	Prä-, Post-, dreimonatige Follow-up-Messung Keine Randomisierung, keine Kontrollgruppe, N = 16	Menschen mit Schizophrenie
Fertigkeitstraining in der Gruppe (Bohus, M., Wolf-Arehult & Kienast, 2013) ein Baustein der DBT-Behandlung	Wöchentlich stattfindende Gruppentermine zur DBT-Einzeltherapie, Dauer ca. 1,5 bis 2 Stunden, allgemeine Dauer ca. 1,5 Jahre, 8 Module, je Modul 4 bis 6 Wochen, jedes Modul wird in der Regel 2 Mal vermittelt	Wirksamkeit der DBT-Behandlung in zahlreichen Studien bestätigt Linehan et al. (2015) vergleicht DBT-Behandlung mit Skillsgruppe vs. DBT-Behandlung ohne Skillsgruppe im Rahmen einer randomisierten Einzelblindstudie, N = 99	Klient*innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Tabelle 4: Übersicht zu ressourcenorientierten Gruppenprogrammen für psychisch erkrankte Menschen (homogene Gruppe bzgl. der Erkrankung) (II/II)

Programmname	Struktur	Evaluation	Zielgruppe
Depression bewältigen (Herrle & Kühner, 1994)	12 Sitzungen, je 2 Stunden	<p>Evaluation der deutschen Version (Herrle, Kühner & Angermeyer, 1995): $N = 71$, Interventions- und parallelisierte Kontrollgruppe, Prä-, Post-, Follow-up-Messung (Messung von Langzeiteffekten nach zwei Jahren)</p> <p>Evaluation der englischen Version von Lewinsohn: Antonuccio, Lewinsohn und Steinmetz (1982): Prä-, Post-, einmonatige Follow-up-Messung, $N = 106$, unkontrolliertes Design</p> <p>Steinmetz, Lewinsohn und Antonuccio (1983): Prä-, Post-, sechsmonatige Follow-up-Messung, $N = 75$, unkontrolliertes Design</p> <p>Weitere Evaluationsbemühungen siehe Kühner, Herrle und Angermeyer (1995)</p>	Patienten mit Depressionen in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung
Positive Group (Harrison, Al-Khairulla & Kikoler, 2016)	5 Sitzungen, je 1 Stunde wöchentliche Durchführung	Unkontrolliertes Design, $N = 8$, Prä-, Post-, sechsmonatige Follow-up-Messung	Jugendliche Mädchen mit Essstörung
Group PPT (Seligman, Rashid & Parks, 2006)	6 Sitzungen, je 2 Stunden, wöchentliche Durchführung	$N = 40$ (IG = 19, KG = 21) (KG = kein Treatment), randomisierte Aufteilung, Prä-, Post, ein Jahres-Follow-up-Messung	Studierende mit einer leichten bis mittelgradigen Depression
Group PPT (Furchtlehner et al., 2019)	14 Sitzungen, wöchentliche Durchführung 2 Stunden	Randomisiert, kontrollierte Studie, Prä-, Post-, sechsmonatige Follow-up-Messung, $N = 92$; IG = Group PPT, KG = Kognitiv-behaviorale Therapie (group CBT)	Depressiv erkrankte Klient*innen

Die aufgeführten Tabellen (Tabelle 3 und Tabelle 4) geben einen Überblick über die gefundenen ressourcenorientierten Gruppenprogramme, die für eine homogene Gruppe psychisch erkrankter Menschen konzipiert bzw. an dieser Zielgruppe auch evaluiert wurden. Allen Konzepten ist eine primäre ressourcenorientierte Ausrichtung gemein. Strukturell handelt es sich um Kleingruppenangebote, die sich über mehrere Wochen (von 5 bis 14 Wochen) erstrecken. Die Evaluationsbemühungen fallen auch hier sehr unterschiedlich aus.

Bereits 1994 wurde mit dem Programm „Depression bewältigen“ von Herrle und Kühner ein wirksames Gruppenkonzept entwickelt, das die Ressourcen der Teilnehmenden in den Behandlungsfokus stellt. Im Laufe der Zeit entwickelten sich immer mehr Programme, die eben diesen thematischen Fokus setzen. Mit den Arbeiten von Seligman und seiner Arbeitsgruppe werden neben klassischen ressourcenorientierten Methoden auch immer mehr „positiv psychologische“ Interventionen eingesetzt (Furchtlehner et al., 2019; Meyer et al., 2012; Schrank et al., 2016; Seligman et al., 2006).

Am häufigsten konnten Programme ermittelt werden, die explizit für „Depressive“ konzipiert sind. Diese verhältnismäßig hohe Frequenz scheint nicht verwunderlich, da die Arbeit mit und an den Ressourcen der Klient*innen insbesondere bei einer depressiven Symptomatik sinnig erscheint und auch als fester Bestandteil kognitiver Therapien bei Depressionen gilt (Hautzinger, 2003). Die Evaluationen zeigen allesamt deutlich positive Wirksamkeitsnachweise der Programme bei dieser Zielgruppe. Die positiv psychologisch ausgerichtete „Gruppen-PPT“, die zum einen von Seligman et al. (2006) und zum anderen von Furchtlehner et al. (2019) an depressiv erkrankten Menschen untersucht wurde, zeigt eine bedeutsame Verbesserung der Depressivität, auch im Vergleich zur herkömmlichen kognitiv behavioralen Therapie.

Ebenso existieren bereits ressourcenorientierte Gruppenprogramme für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen. Die klassische DBT-Behandlung enthält mit dem „Skillstraining“ eine ressourcenorientierte Komponente. Zahlreiche Evaluationsarbeiten zum DBT deuten auf dessen Wirksamkeit hin. Als explizit ressourcensteigernder Baustein der DBT-Behandlung konnte das „Gruppentherapiemodul zur Stärkung des Selbstwerts“ (Jacob et al., 2006) für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen identifiziert werden. Wenngleich noch keine wissenschaftliche Evaluation des Programms bekannt ist, konnten durchaus positive Rückmeldungen der Teilnehmenden beobachtet werden. Ein klassisches positiv psychologisches Gruppenprogramm für die Zielgruppe der Menschen mit Persönlichkeitsstörungen konnte bislang nicht gefunden werden. Die vorliegenden Studien geben erste Hinweise in Richtung einer positiven Wirksamkeit. Es bedarf hierbei jedoch noch weiterführenden Forschungsbemühungen, um aussagekräftige Ergebnisse zu gewährleisten.

Zudem konnten auch vereinzelte Programme für psychotische Klient*innen, Schizophrene oder auch jugendliche Mädchen mit Essstörungen gefunden werden. Die randomisiert-kontrollierte Untersuchung an Menschen mit Psychosen zeigt ebenfalls positive Ergebnisse (verbessertes „Selbstwertgefühl“, „Wohlbefinden“, „Depressivität“), wenngleich ausschließlich kleine Effektstärken zu beobachten sind (Schrank et al., 2016). Aufgrund geringer Stichprobengrößen und unkontrolliertem Studiendesign sind die Ergebnisse an jugendlichen Mädchen mit Essstörungen (Harrison et al., 2016) sowie schizophren Erkrankten (Meyer et al., 2012) nur bedingt aussagekräftig. Es konnten jedoch auch hier positive Veränderungen in den Bereichen „psychologisches Wohlbefinden“, „Hoffnung“, „Genuss“, „Recovery“, „Selbstwertgefühl“ und „Symptomschwere“ gefunden werden (ebd.). Ebenso verbesserten sich die Konstrukte „Lebenszufriedenheit“ sowie „Freude“ bei den jugendlichen Mädchen mit Essstörungen (Harrison et al., 2016). Allgemein kann festgehalten werden, dass die Wirksamkeit von ressourcenorientierten Gruppenprogrammen bei Depressiven als gut gesichert eingestuft werden kann. Die vielversprechenden Ergebnisse der DBT-Behandlung deuten auch auf positive Effekte bei Klient*innen mit Persönlichkeitsstörungen hin. Wenngleich auch nur eine Studie zur Effektivitätsprüfung bei psychotischen Menschen vorliegt, liefert auch diese Untersuchung zuversichtliche Ergebnisse. Die Untersuchungen zu anders psychisch Erkrankten weisen mangelhafte Studiendesigns auf und liefern somit keine aussagekräftigen Ergebnisse.

4.3 Zielgruppe: Psychisch Erkrankte (heterogene Diagnosen)

Schließlich sollen neben den zielgruppenoffenen Konzepten sowie den Programmen für psychisch Erkrankte mit gleicher Diagnose auch solche ressourcenorientierten Gruppenprogramme vorgestellt werden, die für psychisch Erkrankte mit unterschiedlichen Diagnosen konzipiert wurden (siehe Tabelle 5 und Tabelle 6). Neben der heterogenen Zusammensetzung der Gruppenmitglieder wurde ebenfalls auf die Schwere der Erkrankung geachtet. Im Zentrum der Untersuchung stehen Gruppenprogramme für schwer bzw. chronisch psychisch erkrankte Menschen.

Im Rahmen der Literaturrecherche wurde schnell deutlich, dass für die Zielgruppe der chronisch psychisch erkrankten Menschen insbesondere ressourcenorientierte Programme existieren, die den Fokus auf eine Verbesserung des „körperlichen Wohlbefindens“ bzw. der „körperlichen Gesundheit“ legen. Beispiele hierfür sind die „Wellness Education Group Intervention – WEGI“ von van Metre, Chiappetta, Siedel, Fan und Mitchell (2011), das Programm „Meaningful Day“ von Brown, S. und Chan (2006) sowie das „Wellbeing Support Program – WSP“ von Eldridge, Dawber und Gray (2011). Hauptziele der Interventionen sind die Gewichtsreduktion bzw. die Verbesserung der körperlichen Gesundheit, wobei keine oder nur bedingt direkte Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit Verwendung finden.

Die Programme „Recovery-focused group intervention“ (Green, Janoff, Yarborough & Paulson, 2013) und „WRAP – Wellness Recovery Action Planing“ (Cook et al., 2012) sind ebenfalls explizit für schwer psychisch erkrankte Menschen konzipiert, umfassen neben der Förderung des Gesundheitsverhaltens jedoch auch Bausteine zur Verbesserung des Wohlbefindens und wurden aufgrund dessen in die nachfolgende Übersichtstabelle aufgenommen.

Tabelle 5: Übersicht zu ressourcenorientierten Gruppenprogrammen für psychisch erkrankte Menschen (heterogene Gruppe bzgl. der Erkrankung) (I/II)

Programmname	Struktur	Evaluation	Zielgruppe
Ressourcengruppe (Gerlach, Kulinna & Sack, 2009)	Halbstandardisiertes Programm, achtwöchiges Programm mit wöchentlich 2 Sitzungen, á 45 Minuten	Evaluation in Vorbereitung	Klient*innen in einer psychosomatischen Tagesklinik
WRAP (Wellness Recovery Action Planning) (Cook et al., 2012)	Acht Sitzungen, wöchentliche Durchführung, je 2,5 Stunden	Randomisiert, kontrolliertes Wartelistendesign (Datenerhebung vor Beginn und nach zwei und acht Monaten), $N = 519$	Klient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen
SPA-Programm (Röseler & Teuschel, 2014)	9 Sitzungen, á 60 Minuten, wöchentliche Durchführung, 2 Gruppenleitungen	Evaluation in Arbeit Bisherige Evaluation: $N = 24$ Prä- und Posterhebung, keine Kontrollgruppe, keine Randomisierung, keine Auswertung der Fragebögen ersichtlich bis auf: „Wie hilfreich war das Gruppenangebot“	Menschen ab 60 Jahren mit akuten psychischen Krisen (gerontopsychiatrische Abteilung)
Selbstwertgruppe (Krüger & Erm, 2010) Ausgebaute Version des „Gruppentherapiemoduls zur Stärkung des Selbstwerts“ (Jacob et al., 2006)	7 Einheiten, je 2 Stunden	Unkontrollierte, nicht randomisierte Untersuchung, $N = 10$, Prä-, Postmessung mit standardisierten Testverfahren	Tagesklinikpatient*innen
Easier-Living – mir zuliebe (Haberthür, Buchkremer, Storch & Soyka, 2017)	5 Wochen, je 2 Sitzungen mit á 90 Minuten, insgesamt 10 Module	Keine Evaluation bekannt	Programm für „postakute psychiatrische Patienten“ (Haberthür et al., 2017, S. 38), demnach Klient*innen mit affektiven, psychosomatischen oder Abhängigkeitserkrankungen
Recovery-focused group intervention (Green et al., 2013)	12-18 Sitzungen, wöchentliche Durchführung, je nach Testung wurde die Sitzungszahl variiert	Randomisiert, kontrolliertes Design (Wartekontrollgruppe, wobei KG Intervention ebenfalls erhält), $N = 30$	Schwer psychisch kranke Menschen

Tabelle 6: Übersicht zu ressourcenorientierten Gruppenprogrammen für psychisch erkrankte Menschen (heterogene Gruppe bzgl. der Erkrankung) (II/II)

Programm-	Struktur	Evaluation	Zielgruppe
Wellness Group Therapy Program (Perlman et al., 2010)	15 Sitzungen, wöchentliche Durchführung, á 75 Minuten	N = 83, kein kontrollier- tes Design, Prä-, Post- Messung	Veteranen mit komorbiden psychiatrischen und medizini- schen Erkrankungen
Stabilisierungs- gruppe (Boden & Feldt, 2009)	Uneingeschränkte Gruppenlaufzeit, poten- zielle Teilnahme bis zu 3 Jahren, 7 Haupt- themenblöcke	Keine Evaluation be- kannt	Klient*innen in Heimen, Wohngruppen oder zur ambu- lanten Betreuung, bisherige Durchführung in stationären psychiatrischen Settings

Tabelle 5 und Tabelle 6 zeigen die gefundenen Gruppenprogramme, die für eine heterogene Gruppe psychisch Erkrankter konzipiert wurden. Wenngleich bei nahezu allen genannten Zielgruppen davon auszugehen ist, dass es sich überwiegend um schwer psychisch erkrankte Menschen handelt, ist dieser Aspekt bei zwei Programmen („Recovery-focused group intervention“ und „WRAP – Wellness Recovery Action Planing“) auch explizit als solcher benannt. Strukturell sind auch diese Gruppenprogramme sehr unterschiedlich. Die „Recovery-focused group intervention“ sowie die „Wellness Group Therapy“ sind mit 12-18 als auch 15 Sitzungen relativ umfangreich angelegt. Die Stabilisierungsgruppe ist eine dauerhafte Gruppenintervention, die keine feste Sitzungsanzahl festschreibt. Die anderen Programme weisen mittlere Gruppensitzungsanzahlen von fünf bis acht wöchentlichen Sitzungen auf. Hinsichtlich der Evaluationsbemühungen liegen überwiegend unkontrollierte Studiendesigns oder auch vereinzelt keine Wirksamkeitsnachweise vor.

Als besonders gut evaluiert kann das „WRAP“ (Cook et al., 2012) eingestuft werden, das im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Wartekontrollstudie mit 519 Teilnehmenden untersucht wurde. Thematisch beschäftigt sich das Programm jedoch neben Themen wie „Entspannung“ und „sozialen Kontakten“ insbesondere mit körperlichen Aspekten wie „Schlaf“, „Medikamenteneinnahme“, „Frühwarnzeichen“ und „Copingstrategien“ sowie „gesunde Ernährung“. Wenngleich eine Förderung dieser Kompetenzen auch als ressourcensteigernd verstanden werden kann, ist dieses Programm nicht ausschließlich positiv ausgerichtet, wie es beispielsweise bei einem klassischen „positiv psychologischen“ Programm zutreffen würde. Mit der Teilnahme am „WRAP“ kommt es zu einer Abnahme an „depressiven Symptomen“, „Angstzuständen“ sowie einer Zunahme an „Zielorientierung“ und „Selbstvertrauen“.

Die Untersuchung zur „Recovery-focused group intervention“ (Green et al., 2013) umfasst zwar lediglich 30 Personen, weist jedoch ein randomisiert-kontrolliertes Design auf. Besonderheit bei diesem Programm stellen die Gruppenleitungen dar. Die Rolle der Leitung übernimmt zum einen eine professionelle Fachkraft und zum anderen ein „Peer Counselor“. Die Mischung aus geschulten „Gleichgesinnten“ und einer professionellen Gruppenleitung wurde als sehr wertvoll empfunden. Die verwendeten Materialien wurden ebenso von psychisch erkrankten Menschen mitgestaltet, sodass eine möglichst effektive Intervention für speziell diese Zielgruppe konzipiert werden konnte. Die beobachteten positiven Effekte im Bereich „psychische Gesundheit“, „Depressivität“, „Emotionalität“ etc. deuten auf die gewinnbringende Interventionsgestaltung hin. Die Studie verdeutlicht, dass psychisch Erkrankte trotz unterschiedlicher Diagnosen gemeinsam mit und an ihren Ressourcen arbeiten können und die Heterogenität der Gruppenzusammensetzung kein Hindernis darstellen muss.

Das „Wellness group therapy Program“ (Perlman et al., 2010) weist zwar eine relativ große Stichprobe von $N = 83$ auf, es fehlt jedoch eine Kontrollgruppe, sodass die Ergebnisse nicht zweifellos auf die Intervention zurückgeführt werden können. Die Ergebnisse sind auch hier überwiegend vielversprechend: Verbesserungen wurden in den Bereichen „Gesundheit“, „Vitalität“, „Soziale Funktionsfähigkeit“, „psychische Gesundheit“ etc. wahrgenommen.

Die „Ressourcengruppe“ (Gerlach et al., 2009), das Programm „Easier Living – mir zuliebe“ (Haberthür et al., 2017) sowie die „Stabilisierungsgruppe“ (Boden & Feldt, 2009) weisen keine Evaluationsbemühungen auf. Das „SPA-Programm“ (Röseler & Teuschel, 2014) als auch die „Selbstwertgruppe“ (Krüger & Erm, 2010) zeigen mangelhafte Studienbedingungen und geringe Stichprobenumfänge, sodass auch hier nur bedingt valide Ergebnisse generiert werden konnten.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass ressourcenorientierte Gruppenprogramme für indikationsübergreifende Gruppen existieren, diese jedoch überwiegend mangelhaft bzw. nicht evaluiert sind. Wissenschaftlich hochwertige Studienbedingungen zeigen lediglich die Studie zum „WRAP“ sowie zu der „Recovery-focused group intervention“. Wenngleich beide Programme erste Hinweise bezüglich einer positiven Wirksamkeit eines ressourcenorientierten Gruppenprogramms bei schwer psychisch Erkrankten geben, bleibt offen, ob diese Erkenntnisse auch auf eine deutsche Bevölkerungsstichprobe übertragbar sind. Außerdem ist fraglich, ob auch ein Gruppenprogramm, das primär positiv psychologische Interventionen beinhaltet (und nicht primär auf „Recovery“ abzielt) ebenso erfolgreich ist. Keines der gefundenen Konzepte beschreibt zudem, wie bzw. unter welchen Prämissen eine Anpassung an die Zielgruppe der schwer psychisch Erkrankten stattfand. Einzig bei der „Recovery-focused group intervention“ wird deutlich, dass auf eine niedrigschwellige Gestaltung des Programms besonderen Wert gelegt wurde. Eine theoriegeleitete und systematische Anpassung an die Klientel auf struktureller, inhaltlicher und Gruppenleiter-Ebene ist jedoch in keiner der Arbeiten zu finden.

Es lässt sich eine Forschungslücke insofern feststellen, dass bislang keine wissenschaftlich belastbare Evaluationsstudie vorliegt, die die Wirksamkeit einer ressourcenorientierten, primär wohlbefindenssteigernden Gruppenintervention an der Zielgruppe der schwer bzw. chronisch psychisch erkrankten Menschen im deutschsprachigen Raum untersucht. Zudem stellt der Bezug zur Ressourcenaktivierungstheorie und die Frage, inwiefern durch eine solche Gruppenintervention ein Beitrag zur Bedürfnisbefriedigung geleistet werden kann, einen neuen, bislang unerforschten Ansatz dar.

5 Ein Gruppenprogramm für chronisch psychisch Erkrankte - Adaptionenmaßnahmen

Chronisch psychisch erkrankte Menschen werden aus versorgungsmedizinischer Sicht häufig als „schwierige Patienten“ angesehen, die überwiegend „therapieresistent“ (Valdes-Stauber, 2009, S. 566) sind und wenig Behandlungstreue zeigen. Um eine möglichst effektive Intervention für diese Zielgruppe zu gestalten, erscheinen verschiedene Maßnahmen der Anpassung notwendig. Entsprechend dem Behandlungssetting und der Adressatengruppe resultieren unterschiedliche Konsequenzen für die Gestaltung eines neuen Gruppenprogramms. Freyberger und Spitzer (2018) geben bereits erste Hinweise darauf, welche Aspekte beispielsweise im psychiatrischen Setting zu beachten seien und betonen deren beträchtliche Auswirkungen auf die Gruppentherapie. Nicht nur personenbezogene Merkmale (wenig Motivation, breites Diagnosespektrum), sondern auch strukturelle Bedingungen (Größe der Einrichtung, Aufenthaltsdauer der Klient*innen) bergen zahlreiche Herausforderungen für die Arbeit in der Gruppe.

Um eine möglichst ganzheitliche Adaption an die Zielgruppe und das Setting zu verwirklichen, bedarf es einer umfassenden Analyse potenzieller Einflussfaktoren. Burlingame et al. (2004) stellten auf der Grundlage der bis dato vorliegenden Forschungsergebnisse ein Modell zusammen, das die wesentlichen Einflussfaktoren auf die Effektivität von Gruppentherapien darstellt. Die Autoren betonen hierbei fünf relevante Faktoren:

- 1.) die Patientenmerkmale
- 2.) die formale Veränderungstheorie
- 3.) die Gruppenleitung
- 4.) die Kleingruppenprozesse
- 5.) die Struktur und das Setting

Die folgende Abbildung 4 verdeutlicht die komplexen Zusammenhänge zwischen den einzelnen Faktoren.

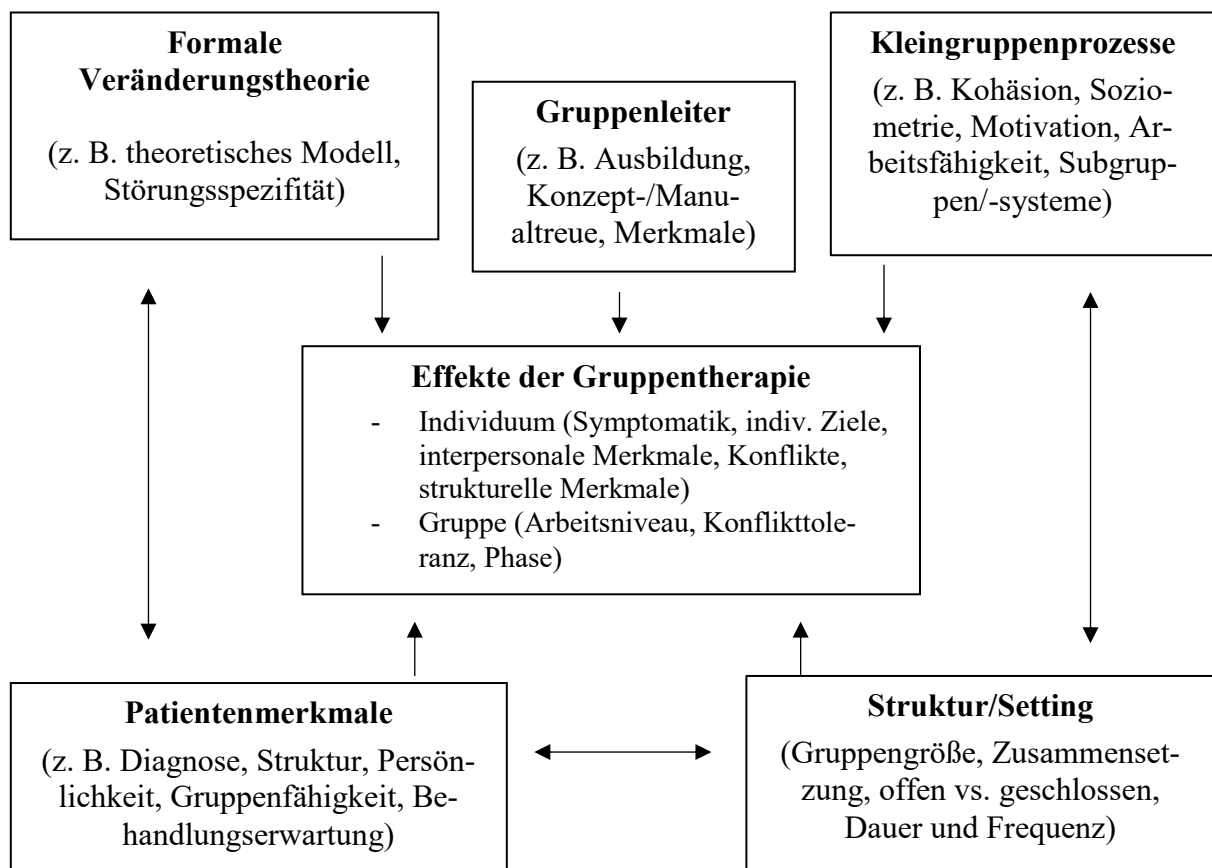


Abbildung 4: „Ergebnisse der Gruppenpsychotherapie: Modell der Einflussfaktoren“ nach Burlingame et al. (2004, zitiert nach Strauß & Burlingame, 2018, S. 196)

Aufgrund der Relevanz der fünf genannten Einflussfaktoren wird im Folgenden der Versuch unternommen, diese Einflussvariablen möglichst effektiv für das Setting der Sozialpsychiatrie und dessen Zielgruppe aufzubereiten. Es erfolgt somit eine umfassende, theoriegeleitete Adaption eines Gruppenprogramms an die ausgewählte Zielgruppe der chronisch psychisch erkrankten Menschen.

5.1 Formale Veränderungstheorie

Unter „formaler Veränderungstheorie“ verstehen Burlingame et al. (2004) die zugrunde liegende therapeutische Schule mit den dazugehörigen theoretischen Annahmen und Modellen. Der Faktor „formale Veränderungstheorie“ ist tendenziell als übergeordneter Aspekt zu betrachten, da die vorherrschende Therapieschule unter anderem die Ausgestaltung anderer Faktoren (Gruppenleitung, Struktur etc.) mitbestimmt.

Für die Zielgruppe der chronisch psychisch erkrankten Menschen scheint ein verhaltenstherapeutisch ausgerichtetes Programm besonders gewinnbringend. Für verhaltenstherapeutische Konzepte liegen nicht nur eine Vielzahl an Effektivitätsstudien vor (deutlich mehr als bei anders ausgerichteten Programmen, so Burlingame, 2010). Sie eignen sich auch insbesondere aufgrund ihres hohen Grades an Strukturiertheit für diese schwer belastete Klientel. Bereits Yalom (1983) als auch Marwitz (2016) verweisen darauf, dass vor allem schwer psychisch kranke Menschen von sehr stark strukturierten Programmen ihren Nutzen ziehen würden. Verhaltenstherapeutische Gruppentherapien beinhalten somit neben Frontalunterricht und Informationsvermittlung auch Kleingruppenarbeit, interaktive Übungen sowie Transferübungen und Hausaufgaben (Fiedler, 2005). Im Fokus verhaltenstherapeutischer Gruppen steht die Aneignung von Fertigkeiten und die damit verbundene Zielerreichung (Kämmerer, 2018). Ein Kompetenzzuwachs wird für das Gruppenprogramm in den verschiedenen Ressourcenbereichen (intensiv Genießen, Stärken erkennen und einsetzen können, Achtsamkeit praktizieren etc.) erwartet, mit dem Ziel die personalen Ressourcen wie beispielsweise das Selbstwertgefühl, das Kontrollerleben, die Selbstfürsorge etc. zu steigern.

Für das in dieser Arbeit zu entwickelnde Programm werden dementsprechend ein klar strukturierter Aufbau des Konzepts als auch der einzelnen Sitzungen präferiert. Im Nachfolgenden soll ein Überblick über die einzelnen Sitzungselemente gegeben werden, wobei bereits konkret Bezug zu dem ressourcensteigernden Gruppenprogramm der vorliegenden Studie genommen wird. Für einen halt- und strukturgebenden Rahmen sind alle Sitzungseinheiten strukturell gleich aufgebaut. Folgende Bausteine finden Anwendung im Programm:

a) Kennenlernübung

Chronisch psychisch erkrankte Menschen pflegen meist wenig soziale Kontakte und leben überwiegend sozial isoliert (Bosshard, Ebert & Lazarus, 2013a). Während es den einen Klient*innen besonders schwerfällt, zu anderen Menschen Vertrauen zu fassen (z. B. Depressiven; Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2016), sind andere Klient*innen hingegen immer auf der Suche nach neuen, intensiven Beziehungen mit der damit verbundenen Angst, verlassen zu

werden (z. B. Klient*innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, Boss-hard, Ebert & Lazarus, 2010a). Das Nähe-Distanz-Bedürfnis gestaltet sich je nach Person, und entsprechend der Erkrankung, oft sehr unterschiedlich. Aufgrund dessen kommt der Anfangsphase einer Gruppenarbeit besondere Bedeutung zu. Je nach Setting kennen sich die Teilnehmenden bereits oder sehen sich in der initialen Sitzung zum ersten Mal. Um einen ersten Kontakt zwischen den Teilnehmenden herzustellen und, um bestehende Hemmschwellen in Bezug auf andere Mitglieder abzubauen, bietet sich die Anwendung einer „Kennenlernübung“ (Alsleben & Weiss, 2013) an. Für diese erste Übung sollte ausreichend Zeit eingeplant werden. Sie sollte niedrigschwellig und intuitiv gestaltet sein, sodass eine angenehme Durchführung für alle Teilnehmenden ermöglicht wird.

Im Leben der chronisch psychisch Erkrankten liegt der Fokus oft auf der Erkrankung und den damit verbundenen negativen Erlebnissen. Um bereits zu Beginn eine positive Atmosphäre zu schaffen und einen ersten Kontakt zu den eigenen Ressourcen herzustellen, bezieht sich die „Kennenlernübung“ auf unterschiedliche Ressourcen der Teilnehmenden (z. B. positives Erlebnis der letzten Woche, Lieblingsessen, Bedeutung von Wohlbefinden etc.). Die Übung findet in Zweier-teams statt, sodass das Sprechen vor der Gruppe zunächst nicht erforderlich ist. Seitens der Gruppenleitung wird mehrfach betont, dass jede Teilnehmende nur die Informationen von sich preisgibt, die sie auch preisgeben möchte. Mit diesem Vorgehen wird eine individuelle Anpassung der Übung an die Bedürfnisse jeder Einzelnen angestrebt. Somit soll ein geeignetes Mittelmaß zwischen der Angst vor zu intensivem Kontakt und der Schaffung eines vertrauensvollen und kontaktfreudigen Rahmens realisiert werden.

b) Begrüßungsrunde

Als fester Bestandteil jeder Sitzung wird zu Beginn eine Begrüßungsrunde durchgeführt. In dieser Begrüßungsrunde werden folgende Aspekte behandelt:

- Aktuelle Befindlichkeit
- Drei positive Dinge der letzten Woche
- Erwartungen an die heutige Sitzung
- offene Fragen oder Anregungen bezüglich der vergangenen Sitzung

Bereits das Einbringen dieser Inhalte kann für einzelne Mitglieder eine Herausforderung darstellen (Alsleben & Weiss, 2013). Dementsprechend sensibel sollte mit den Mitgliedern in der Begrüßungsrunde umgegangen werden. Für die Begrüßungsrunde ist genügend Zeit einzuplanen. Der Fokus der Begrüßungsrunde wird bewusst auf positive Erlebnisinhalte gelegt, um möglichst initial eine angenehme Stimmung zu induzieren. Aufgrund der psychischen Erkrankung ist jedoch auch davon auszugehen, dass die Teilnehmenden nicht nur Angenehmes

erleben (Sipos & Schweiger, 2018). Falls Klient*innen das Bedürfnis haben bzw. äußern, diese negativen Erlebnisinhalte mit der Gruppe zu teilen, sollte auch darauf in angemessenem Umfang eingegangen werden. Dies ist wichtig, damit sich die Teilnehmenden ernst genommen und sich mit all ihren Emotionen und Anliegen akzeptiert fühlen. Die psychische Erkrankung und die damit einhergehenden Schwierigkeiten stehen und standen schließlich meist im Mittelpunkt des Lebens des Betroffenen. Gleichzeitig sollte bei der Befindlichkeitsrunde darauf geachtet werden, dass die negativen Emotionen oder Erlebnisinhalte nicht zu viel Raum einnehmen und die Stimmung damit drücken. Es besteht sonst die Gefahr einer Aneinanderreihung negativer Erlebnisse.

Zusätzlich zur Befindlichkeitsrunde wird ein Überblick über die Struktur und die Inhalte der aktuellen Sitzung gegeben. Dieser Ausblick gibt den Teilnehmenden einen Orientierungsrahmen für die bevorstehenden Stunden.

c) Besprechen der häuslichen Übung

Nachdem die Begrüßungsrunde beendet ist, wird die häusliche Übung der letzten Sitzung besprochen. Die Besprechung der Hausaufgabe ist beinahe genauso wichtig wie deren Durchführung (Herrle et al., 1995). Die Auseinandersetzung mit der gemachten Übung bietet Raum für intensive Reflexion. Mögliche Herausforderungen oder aufgetretene Schwierigkeiten können besprochen werden. Zudem können auch potenzielle Lösungswege mit der Klient*in oder auch kollektiv in der Gruppe gesucht werden. Möglicherweise sind bei anderen Teilnehmenden ähnliche Probleme aufgetreten. Hierbei kann ein Austausch sinnvoll und gewinnbringend sein. Eine intensive Nachbesprechung kann zudem hilfreich sein, um die Verantwortung für die Durchführung der Übungen zu stärken und somit den Transfer in den Alltag sicher zu stellen sowie Erfolgserlebnisse zu generieren. Fragen bei der Besprechung der Hausaufgabe können sich auf die Erfahrung mit der gemachten Übung, den erlebten Emotionen und Gedanken sowie den damit einhergegangenen Herausforderungen beziehen. Aufgrund der oft geringen Behandlungstreue schwer psychisch erkrankter Menschen (Valdes-Stauber, 2009) erscheint es wichtig, bereits kleine Anwendungsversuche positiv zu verstärken und somit die regelmäßige Durchführung der häuslichen Übung zu fördern. Auch die Reflexion von Emotionen stellt für schwer psychisch kranke Menschen eine große Herausforderung dar. Die oft erlebte innere Leere oder die vermehrte Anhedonie (Dilling et al., 2016) erschweren den Zugang zu eigenen Gefühlen. Die Teilnehmenden sollten deshalb auch bei der Besprechung der häuslichen Übung dazu angehalten werden, nur die Inhalte oder Emotionen zu teilen, die sie teilen möchten.

d) Theoretischer Input und Übungen

Aufgrund der oft geringen Aufmerksamkeitsspanne schwer psychisch kranker Menschen (Nowack, 2003; Süllwold & Huber, 1985) sollten die einzelnen Sitzungen ein gut dosiertes Maß an theoretischen Inputs beinhalten. Diese sind für die Zielgruppe leicht verständlich aufzubereiten, sodass sie von den Teilnehmenden angemessen rezipiert werden können. Ein unausgeglichenes Verhältnis zwischen theoretischen Inhalten (Zuhören) und selbstständiger Aktivität (Anwendung von Übungen) kann zu Unaufmerksamkeit führen und die Konzentrationsfähigkeit beeinträchtigen. Die vermittelnden Inhalte sowie die auszuführenden Übungen sind unter Berücksichtigung der Zielgruppe auszuwählen. Bezüglich der Themenzusammenstellung ist darauf zu achten, dass mögliche retraumatisierende Inhalte weitestgehend vermieden werden. Auf die Verwendung biografischer Übungen sollte aufgrund der häufig erlebten Schicksalsschläge der psychisch Erkrankten (Hautzinger, 2013) ebenso verzichtet werden.

Für eine bessere Verständlichkeit sind die theoretischen Inhalte und Übungen mit passenden Beispielen aus der Lebenswelt der Zielgruppe zu untermauern. Hierbei könnten beispielsweise die Alltagsstruktur, das vorhandene Netzwerk oder typische Freizeitaktivitäten aufgegriffen werden. Ebenso sinnvoll erscheint es, die Lebensbedingungen der Teilnehmenden zu kennen und bei der Konzeption zu beachten. Für die Gestaltung der (häuslichen) Übungen bedeutet dies beispielsweise, dass diese nicht mit finanziellen Aufwendungen verbunden sein sollten, da die finanziellen Mittel der schwer psychisch Erkrankten oft knapp sind (Clausen & Eichenbrenner, 2010). Weiterhin erscheint es sinnvoll, die Übungen schriftlich durchzuführen. Beim Schreiben, so Pennebaker (2010), können zusammenhanglose Elemente in eine sinnvolle Reihenfolge gebracht werden und zur Strukturierung und Organisation der Gedanken beitragen. Dies scheint insbesondere bei schwer psychisch kranken Menschen sinnvoll, wenn die Gedanken abschweifen, es zur Ablenkung kommt (Süllwold & Huber, 1985) oder vermehrte Negativsymptome (Affektverflachung, Aufmerksamkeitsstörungen, Alogie etc.; Andreasen & Olsen, 1982, sechs „A“ der Schizophrenie) bestehen.

Angesichts der Schwere der Erkrankung sollten im Hinblick auf die inhaltliche Ausgestaltung der Übungen möglichst niedrigschwellige Aufgaben realisiert werden. Die zu erreichenden Ziele sollten demnach klein gesteckt werden, sodass eine erfolgreiche Bewältigung wahrscheinlich ist (Sipos & Schweiger, 2018). Dies ist auch deshalb von großer Bedeutung, da die jahrelange Erkrankung oft mit ausgeprägter Hoffnungslosigkeit einhergeht und dieses geringe Kontrollerleben durch das Erreichen von gesteckten Zielen gesteigert werden kann (ebd.). Dies gilt auch für die Konzeption der Hausaufgaben. Aufgrund der sehr heterogenen Zusammenstellung der Gruppe bezüglich des Funktionsniveaus der Teilnehmenden sollten die Übungen hinsichtlich ihres Schweregrades und Umfangs steigerungsfähig sein. Somit können weniger stark beeinträchtigte Klient*innen

umfangreichere Aufgaben erledigen, während stärker beeinträchtigte Klient*innen sich auf die Basis-Übung konzentrieren.

Ein dosiertes Maß an theoretischem Input ist auch bei der Gestaltung der begleitenden PowerPoint-Folien zu berücksichtigen. Darauf sollten nur die wichtigsten Informationen zusammengefasst sein. Bilder oder Grafiken machen die Folien lebendig und sind oft eindrücklicher als reiner Text. Auch für die Arbeitsblätter gilt: Möglichst präzise, knapp und leicht verständlich. Es sollten klare Anweisungen erkennbar sein, sodass ein intuitives Vorgehen möglich ist. Allgemein ist bei der Gestaltung der Folien bzw. der Präsentation sowie den Arbeitsblättern auf eine möglichst reiz-arme Konzeption zu achten, damit Überforderung vermieden wird. Bei der verwendeten PowerPoint-Präsentation sollte auf verwirrende Animationen verzichtet werden.

e) Gruppenregeln

Dem Aufstellen von Gruppenregeln kommt bei der Konzeption des Gruppenkonzepts im sozialpsychiatrischen Setting eine wichtige Rolle zu. Aufgrund der vulnerablen Klientel sind Regeln wichtig, um Struktur und Sicherheit zu vermitteln. In der Anfangssitzung werden deshalb ausführlich die Gruppenregeln für die Zusammenarbeit interaktiv gesammelt bzw. von der Gruppenleitung ergänzt. Insbesondere bei Missachtung der Regeln können sie als Anker verwendet werden (Alsleben & Weiss, 2013).

Gruppenregeln werden in verhaltenstherapeutischen Gruppen in explizite und implizite Regeln unterschieden (Sipos & Schweiger, 2018). Explizite Gruppenregeln umfassen die Regeln, die von allen Teilnehmenden formuliert werden und somit auch bindend sind. Die Autoren empfehlen bei externalisierenden Klient*innen Regeln, die zur Strukturierung und Ordnung der Gruppe beitragen, wohingegen Klient*innen mit internalisierendem Verhalten Regeln benötigen, die dafür sorgen, dass Emotionen Ausdruck finden, Mut gezeigt und Angst reduziert wird. Aufgrund der indikationsübergreifenden Zielgruppe sind sowohl externalisierende als auch internalisierende Klient*innen vorhanden, sodass beide Aspekte Berücksichtigung finden müssen.

Allgemein relevante Regeln, wie beispielsweise das Einhalten der Schweigepflicht, Pünktlichkeit, Handy ausschalten, Absagen bei Nichtteilnahme, wertschätzender Umgang, Aufmerksamkeit beim Thema, keine Gewalt (verbal oder nonverbal), stellen Basis-Fertigkeiten für die Zusammenarbeit in der Gruppe dar.

Um die Offenheit der Teilnehmenden zu fördern, sollten auch Regeln diesbezüglich aufgestellt werden. Solche Regeln könnten beispielsweise wie folgt lauten: „Mitglieder der Gruppe werden nicht ausgelacht oder abgewertet, wenn sie etwas über sich berichten“ (Sipos & Schweiger, 2018, S. 59) oder „Fehler machen und Schwächen zeigen ist in der Gruppe erlaubt“ (Sipos & Schweiger, 2018, S. 59).

Auch sollte festgehalten werden, dass jede Teilnehmende selbst bestimmt, wann und was sie in die Gruppe einbringen möchte und dass Feedback durch die anderen Mitglieder erst dann erfolgt, wenn es erwünscht ist. In Gruppen, in denen verschiedene Klient*innen mit unterschiedlichen Funktionsniveaus zusammenkommen, sollte darauf hingewiesen werden, dass jede Teilnehmende das für sie Bestmögliche gibt und einbringt. An der Begrüßungs- und Abschlussrunde sollte sich jedoch möglichst jede beteiligen, um den Zusammenhalt der Gruppe zu stärken.

Sipos und Schweiger (2018) sprechen außerdem von den sogenannten impliziten Regeln, die nicht konkret aufgeschrieben werden, jedoch oft handlungslenkend für die Teilnehmenden sind. Solche Regeln können positiv oder auch negativ wirken. Die Gruppenleitung sollte diesbezüglich achtsam sein und wenn nötig intervenieren.

f) Häusliche Übung

Um den Transfer des Erlernten in den Alltag der Klient*innen zu gewährleisten, werden in jeder Sitzung häusliche Übungen aufgegeben, die außerhalb des Gruppenangebots durchgeführt werden. Die hohe Relevanz der häuslichen Übung sollte zu Beginn des Gruppenangebots vermittelt werden. Sie ist als fester Bestandteil der Sitzung zu sehen (Wunschel & Linden, 2015) und trägt wesentlich zum Behandlungsergebnis bei (Hautzinger, 2013). Die Wirksamkeit von Hausaufgaben in Gruppentherapien konnte in zahlreichen Studien belegt werden, so eine Metaanalyse zum Thema (Kazantzis, Deane & Ronan, 2000). Wenngleich die positiven Effekte von Hausaufgaben transparent gemacht wurden, sollte deren Durchführung kein Zwang für die Teilnehmenden darstellen, so Fiedler (2005). Er plädiert für den Aspekt der „Freiwilligkeit“ und nimmt somit Abstand von „verpflichtenden Hausaufgaben“.

Die Übungen für Zuhause sollten niedrigschwellig und für jede Teilnehmende leicht verständlich sein. Klare Anweisungen können hierbei hilfreich sein. Statt beispielsweise „einige Gründe“ sollte konkretisiert werden, in dem von „drei Gründen“ gesprochen wird (Hautzinger, 2013). Dies gibt eine klare Struktur und kann wiederum ein Gefühl von Sicherheit vermitteln. Die Transferübungen sollten abwechslungsreich gestaltet werden, sodass alle Teilnehmenden (unabhängig von deren Funktionsniveau) positive Erfahrungen machen können. Bestehen beispielsweise Schreibschwierigkeiten seitens der Teilnehmenden, sollte darauf hingewiesen werden, dass die äußere Form der Aufgabe keine Relevanz besitzt. Es sollte dennoch zur Durchführung ermutigt werden (Hautzinger, 2013). Neben der Umsetzung des Gelernten in den Alltag und der damit einhergehenden Rekapitulation der Inhalte, geht mit der erfolgreichen Bewältigung der Aufgaben

auch eine Selbstwirksamkeitssteigerung einher. Positive Erlebnisse werden geschaffen, angenehme Emotionen hervorgerufen und die Zuversicht für weitere bevorstehende Aufgaben steigt (Wunschel & Linden, 2015).

Außerdem ist seitens der Gruppenleitung zu betonen, dass es keine richtige oder falsche Lösung gibt, sondern die Transferübung eher experimentellen Charakter hat. Die notwendigen Materialien sind bereit zu stellen. Potenziell auftretende Probleme könnten bereits im Voraus antizipiert und Lösungsmöglichkeiten besprochen werden. Es sollte zudem konkret festgelegt werden, was, wann und wie durchgeführt wird. Eine klare Absprache des Durchführungszeitpunktes erhöht die Wahrscheinlichkeit der tatsächlichen Anwendung (z. B. Eintrag in den Terminkalender).

g) Abschlussrunde bzw. Abschlussphase

Zum Ende jeder Sitzung wird eine „Abschlussrunde“ initiiert. Diese Runde bietet den Teilnehmenden die Möglichkeit, offene Fragen zu stellen, Anmerkungen mitzuteilen oder allgemein Feedback zur Sitzung zu geben. Es kann darauf eingegangen werden, welche Aspekte gut gefallen haben, was sie sich anders gewünscht hätten oder welche Erwartungen für die kommenden Sitzungen bestehen. Die Gruppenleitung kann darauf hinweisen, dass ehrliches Feedback am hilfreichsten ist und falls Änderungswünsche bestehen, diese auch mitgeteilt werden sollten, um eben solche Veränderungen einleiten zu können. Zudem sollte betont werden, dass Teilnehmende, die ihre Fragen nicht im Gruppenplenum stellen möchten, diese auch im Zweiergespräch mit der Leitung thematisieren können.

Die Abschlussrunde ist insbesondere wichtig, um einerseits den aktuellen Befindlichkeitsstatus der Teilnehmenden zu erfragen, andererseits aber ggf. auch bei fehlender Verbalisation möglicherweise negative Befindlichkeiten zu erkennen und zu intervenieren. Emotionale Krisen können vielfältig getriggert werden und sind oft nicht vorhersehbar. Eine besondere Aufmerksamkeit hinsichtlich des Wohlergehens der einzelnen Gruppenmitglieder ist deshalb unumgänglich.

Nachdem die Abschlussrunde beendet ist, gibt die Gruppenleitung einen kurzen Ausblick auf die nächste Sitzung. Dieser Ausblick macht die Struktur und die Inhalte der kommenden Sitzung deutlich und bietet somit einen Orientierungspunkt und schafft transparente Strukturen.

h) Abschlussphase des Programms

Auch die Abschlussphase sollte unter Berücksichtigung der Klientel gestaltet sein. So sollte bedacht werden, dass eine Beendigung der Gruppe immer eine Heraus-

forderung sowohl für die Gruppenleitung als auch für die Teilnehmenden darstellt (Christ & Hoffmann-Richter, 1997). Insbesondere für vulnerable Klient*innen, die Schwierigkeiten im Nähe-Distanz-Verhalten zeigen, kann eine solche Beendigung sehr belastend wirken.

Die Gruppenleitung sollte den aktuellen Stand des Gruppenangebots während des Programms immer wieder transparent machen und die Anzahl der verbleibenden Sitzungen, vor allem wenn es sich dem Ende neigt, erwähnen. So ist die Begrenzung des Gruppenprogramms präsent und die Teilnehmenden werden auf die Beendigung vorbereitet. Es bietet sich beispielsweise an, in der vorletzten Sitzung darauf aufmerksam zu machen, dass das Programm nun zu Ende geht. Außerdem kann darauf hingewiesen werden, dass die Teilnehmenden gerne untereinander, falls noch nicht geschehen, Telefonnummern austauschen können, um weiterhin in Kontakt zu bleiben. Durch die Aussicht auf weitere Treffen mit anderen Teilnehmenden können die empfundenen Gefühle, die mit der „Beendigung“ einhergehen, ggf. abgemildert und die Chance auf soziale Kontakte positiv erlebt werden. Schmidt-Grunert (2009) betont außerdem, dass die Gruppenleitung im Falle der Beendigung beispielsweise auch auf die Teilnahme an anderen bestehenden Gruppenangeboten hinweisen kann.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die verschiedenen Bausteine des Gruppenkonzepts alle unter Berücksichtigung der heterogenen Bedarfe der Klientel gestaltet werden müssen. Als zentraler Punkt erscheint der Aspekt der Überforderung. Alle verwendeten Übungen und jeglicher theoretische Input sollten dem Funktionsniveau der Teilnehmenden entsprechen und niedrigschwellig konzipiert sein. Die konkrete Anwendung der beschriebenen Anpassungsvorschläge finden sich im Therapiemanual wieder.

5.2 Gruppenleitung

„[...] [P]sychisch schwerer gestörte Patientengruppen [benötigen] eine für sie ‚maßgeschneiderte‘ Form der Gruppentherapie [...], um von dieser profitieren zu können. Entsprechend liegt für diese Patientengruppe auch keine Kontraindikation für die Teilnahme an einer Gruppentherapie vor, sehr wohl besteht jedoch die Notwendigkeit einer differenziellen Indikation. Sollte es einer Institution oder einem Therapeuten nicht möglich sein, eine solche Gruppe anzubieten [...], dann sollte sich zumindest das Leiterverhalten an der Störungsdynamik orientieren und darauf geachtet werden, dass keiner negativen Gruppendynamik Vorschub geleistet wird.“ (Marwitz, 2016, S. 95)

Ein weiterer Faktor, der die Wirksamkeit von Gruppenangeboten mitbestimmt, ist die Gruppenleitung. Die Gruppenleitung hat eine wichtige und sehr komplexe Aufgabe inne. In sozialpsychiatrischen Gruppenangeboten liegt eine besondere Diversität der Klient*innen vor, die eines professionellen Umgangs bedarf. Im Folgenden sollen einige Handlungsempfehlungen zusammengefasst werden, die für den Umgang mit diesen vulnerablen, schwer psychisch erkrankten Menschen im Gruppensetting sinnvoll erscheinen.

Erfolgreiche Gruppenleitungen sind besonders unterstützend und wertschätzend, zeigen zudem besonders viel Akzeptanz, Echtheit und Anteilnahme. Außerdem bieten sie Erklärungsansätze für das Erleben und Verhalten der Klient*innen und vermitteln Verständnis für die Erlebnisinhalte. Ebenso gewinnbringend scheint es, wenn die Gruppenleitung moderat selbstsicher und beeindruckend wirkt. Sie motiviert zum Emotionsausdruck und bringt sich selbst in den Gruppenprozess mit ein. Eine erfolgreiche Gruppenleitung gibt außerdem in angemessenem Ausmaß Regeln, Anweisungen und Strukturen vor. Sie sollte zudem den Gruppenprozess steuern und ggf. intervenieren. So die Ergebnisse einer umfangreichen Studie von Lieberman, Miles und Yalom (1973). Diese Ergebnisse dienen bis heute als Basis für die Leitlinien der American Group Psychotherapy Association.

In diesen Leitlinien (AGPA) wird weiterhin empfohlen, kontinuierlich die Gruppenentwicklungen im Blick zu haben, sodass gezieltes und passgenaues Intervenieren möglich ist. Hierbei sei auf die verschiedenen Phasen von Gruppenprozessen verwiesen, die es im Gruppensetting zu beachten gilt. Tuckman und Jensen (1997) entwickelten ein Fünf-Phasen-Modell, das folgende Elemente beinhaltet: *Forming*, *Storming*, *Norming*, *Performing* und *Adjourning*. In der ersten Phase des *Formings* sollte die Leitung Vertrauen innerhalb der Gruppe herstellen, auf die Gemeinsamkeiten der Gruppe hinweisen und zur Aktivität anregen. Die *Storming*-Phase äußert sich häufig durch Themen wie Macht, Rivalitäten, Ängste oder

Konflikte. Hierbei ist es besonders wichtig, wieder Sicherheit und Kohäsion herzustellen und die anstehenden Konflikte zu lösen. Das Stadium des *Normings* kennzeichnet sich durch gegenseitiges Vertrauen und meist funktionierenden Gruppenstrukturen. Die Leitung sollte in dieser Phase möglichst unterstützend wirken. In der vierten Phase des *Performings* geht es darum, Arbeitsprozesse in Gang zu setzen, Unterschiede hervorzuheben und einen offenen Austausch zu ermöglichen. Feedback und Dialog sind hierbei wesentlich. *Adjourning* stellt den Prozess der Beendigung der Gruppe dar. Es sollte beachtet werden, dass Gruppenabschlüsse oft auch mit negativen Assoziationen verbunden sind und hierdurch eine Regression einzelner Mitglieder nicht ungewöhnlich ist (ebd.). Es gilt diese Phasen zu erkennen, zu verstehen und adäquat zu intervenieren.

Insbesondere der Endphase kommt im Gruppensetting eine bedeutsame Rolle zu (siehe auch S. 71 „Abschlussphase des Programms“). Es sollten keine Inhalte unausgesprochen oder unerledigt bleiben. Alle Ergebnisse werden noch einmal rekapituliert und verfestigt. Dinge, die unerledigt blieben, werden benannt und noch möglichst vor dem endgültigen Ende „erledigt“. Außerdem sollte die Zeit nach der Maßnahme angesprochen und antizipiert werden. Echtheit und Transparenz seitens der Leitung fördern einen offenen Austausch innerhalb der Gruppe (Joyce, McCallum, Piper & Ogrodniczuk, 2000).

Neben dem Kennen der genannten Phasen erscheint allgemein in der Arbeit mit einer chronisch schwer belasteten Klientel eine besondere Aufmerksamkeit hinsichtlich potenzieller Befindlichkeitsveränderungen notwendig (Marwitz, 2016). Eine engmaschige Beobachtung ermöglicht es, frühzeitig negative Verläufe zu erkennen und rechtzeitig zu handeln. Im Falle solch negativer Verläufe könnte beispielsweise die Pause genutzt werden, um die Stimmungsverschlechterungen zu thematisieren und möglicherweise weitere notwendige Schritte einzuleiten.

Insbesondere eher ruhige, oft depressiv erkrankte Teilnehmende sollten im Blick behalten werden. Diese oft „schweigenden“ Klient*innen könnten beispielsweise miteinbezogen werden, indem auch nonverbales Verhalten (Interesse, Zustimmung, Abneigung) gedeutet und verbalisiert wird. Zu beachten ist nach Yalom (2007) außerdem, nicht zu viel Druck auszuüben und dennoch die Isolation dieser Teilnehmenden in der Gruppe zu vermeiden. Ist das „Nichteinbringen“ anderen tiefergehenden Gründen geschuldet (z. B. mangelndes Interesse, Erschöpfung, Konflikten), so sind diese Gründe beispielsweise innerhalb einer „Blitzlichtrunde“ (Marwitz, 2016, S. 419) zu thematisieren. Ist die Nichtbeteiligung der Erschöpfung geschuldet, so bietet es sich an, eine Entspannungs- oder Achtsamkeitsübung einzubauen, um neue Energie für die weitere Arbeit zu bekommen (ebd.). Sollten möglicherweise Schamgefühle der Grund für die Nichtbeteiligung sein, so könnte die Gruppenleitung beispielsweise folgende Instruktionen geben: „Es ist gar nicht einfach, über diese Themen in der Gruppe zu sprechen“ (Hilgers, 2010, S. 123) oder „Es braucht ganz schön Mut, um sich über Themen, die Sie

auch verlegen machen, mitzuteilen“ (Hilgers, 2010, S. 123). Allgemein ist bei eher zurückhaltenden Klient*innen (aber auch allen anderen) darauf zu achten, positives Verhalten zu verstärken und zu loben und zur Mitarbeit zu motivieren (Lieberman et al., 1973).

Im Gegensatz zu eher ruhigen Klient*innen treten im Gruppensetting auch häufig Personen mit besonders ausgeprägtem Rededrang auf. Dem Rededrang des „Alleinunterhalters“ (Yalom, 2007, S. 435) sollte nicht mit einer unbedachten Unterbindung begegnet werden. Insbesondere deshalb nicht, weil dies auch die anderen Gruppenmitglieder erschrecken könnte, wenn sie sehen, wie Teilnehmende „[...] grob zum Schweigen [...]“ (Yalom, 2007, S. 435) gebracht werden. Viel sinniger erscheint es, die anderen Gruppenmitglieder mit einzubeziehen und der Betreffenden empathisches Feedback bezüglich ihrer Wirkung auf andere zu geben. Hierbei ist abzuwägen, inwieweit dieses Feedback tatsächlich im Gruppensetting, oder besser in einem vertraulichen Zweiergespräch, gegeben werden sollte (ebd.).

Weitere für die Gruppenleitung herausfordernde Situationen stellen Konflikte innerhalb der Gruppe dar. Wenngleich Fiedler (2005) konstatiert, dass Konflikte in verhaltenstherapeutischen Gruppen aufgrund des hohen Grades an Strukturiertheit eher selten vorkommen, so sind sie auch hier nicht vollständig vermeidbar. Fiedler (2005) empfiehlt ein einzelfallorientiertes Vorgehen, wobei eine individuelle Konfliktbearbeitung mit den Beteiligten ermöglicht wird. Wichtig hierbei ist es, keine Partei für einzelne Mitglieder zu ergreifen und in bedachter aber zugleich energischer Weise die Kontrolle über die Situation zu ergreifen. Marwitz (2016) empfiehlt hierzu: „Konflikte, die außerhalb der Gruppe ihren Ursprung haben, werden auch außerhalb der Gruppe geklärt“ (Marwitz, 2016, S. 440). Wenn die Konflikte jedoch im Verlauf der Gruppensitzung entstehen und eine negative Dynamik auf den Gruppenprozess haben, so sollten diese auch dort behandelt werden.

Ebenso herausfordernd wie der Umgang mit Konflikten im Gruppensetting sind plötzliche und intensive Emotionsausbrüche einzelner Teilnehmenden. Die Gründe für solche intensiven Emotionsausdrücke sind vielfältig. Die Gruppenleitung sollte bei der Bewältigung dieser Emotionen unterstützen und zeitgleich versuchen, die anderen Mitglieder zu beruhigen (Marwitz, 2016). Wenn passend, könnte die Gruppenleitung den Emotionsausdruck positiv konnotieren und darauf achten, dass die Gruppenmitglieder diesen Prozess wohlwollend mitgehen können (Marwitz, 2016). Agieren beispielsweise Klient*innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung unkontrolliert Emotionen aus, so ist möglicherweise auf erlernte Skills hinzuweisen, die eine Emotionsregulation ermöglichen. Marwitz (2016) schlägt vor, dass das Anwenden der Skills im Gruppensetting bereits im Voraus mit der betreffenden Person besprochen werden sollte. Sipos und Schweiger (2018) empfehlen weiterhin, dass die betreffenden Klient*innen bei

großen Spannungszuständen die Gruppensitzung verlassen und vor der Abschlussrunde wieder in die Gruppe zurückkehren sollten.

Eine ebenfalls große Herausforderung bei schwer psychisch erkrankten Menschen ist die meist hohe Abbruchrate bei Gruppenangeboten (Yalom, 2007) bzw. die allgemein geringe Behandlungstreue (Valdes-Stauber, 2009). Ein Abbruch im Gruppensetting ist im Vergleich zum Einzelsetting gravierender, da auch andere Klient*innen von dem Abbruch betroffen sind und dies demoralisierende Auswirkungen auf die Gruppe haben könnte. Es können Schuldgefühle, Ärger oder auch Wut entstehen – Gefühle, die in jedem Fall aufgefangen werden müssen. Im Falle eines plötzlichen Therapieabbruchs sollte die Gruppenleitung das Gespräch mit eben diesem Mitglied suchen und die Gründe für den Abbruch herausfinden. Um dem Unverständnis und möglichen Schuldzuweisungen der anderen Mitglieder zu begegnen, sollten diese Gründe, mit Einverständnis der betreffenden Person, der Gruppe selektiv mitgeteilt werden. Eine sorgfältige Bearbeitung eines Therapieabbruchs ist wichtig, da einzelne Therapieabbrüche immer auch weitere Abbrüche begünstigen können. Um ein plötzliches Ausscheiden einer Klient*in zu erleichtern, sollte bereits im Voraus abgeklärt werden, dass ein Abbruch immer angekündigt und die Gründe hierfür dargelegt werden sollten. Ist der Therapieabbruch einem strukturellen Grund geschuldet, wie beispielsweise einem Umzug oder ähnlichem, sind diese Gründe ebenfalls der Gruppe mitzuteilen. Anzeichen für einen Therapieabbruch können beispielsweise das Fehlen bei einzelnen Sitzungen oder auch das Zuspätkommen sein (Friedrich, B., 2013). In diesem Falle sollte bereits während des Programms ein Zweiergespräch mit der betreffenden Person gesucht und die Gründe sowie potenzielle Lösungsmöglichkeiten hierfür erforscht werden. Allgemein erscheint es sinnvoll, das Thema „Regelmäßige Teilnahme“ im Voraus zu verdeutlichen und den Nutzen von Pünktlichkeit und kontinuierlicher Teilnahme transparent zu machen.

Wenngleich nicht alltäglich, aber in der Arbeit mit schwer psychisch erkrankten Menschen nicht ausgeschlossen, ist der Suizid eines Gruppenmitglieds. Dies stellt eine große Belastung und Herausforderung sowohl für die Gruppenleitung als auch für die Mitglieder dar. Während die Leitung selbst den Verlust verarbeiten muss, sollte sie in einer solchen Situation auch besonders aufmerksam für die anderen Mitglieder sein, da ein vollzogener Suizid auch immer als Modell fungiert (Steinberg, 1999) und die suizidalen Gedanken vulnerabler Personen verstärken kann. Falls dies zu beobachten ist, müssen eine Risikoeinschätzung und adäquate Gegenmaßnahmen eingeleitet werden (Marwitz, 2016). Bevor die Leitung der Gruppe den Suizid eines Mitglieds mitteilt, ist im Voraus eine Intervention oder auch Supervision zu durchlaufen. Dies ist hilfreich, um sich auf die bevorstehende Gruppensitzung vorzubereiten. Wird der Suizid den Gruppenmitgliedern dann mitgeteilt, muss die Schweigepflicht der Leitung eingehalten werden. Die Teilnehmenden werden vermutlich viele Fragen haben, diesen sollte

Raum und Zeit gegeben werden. In dosiertem Maße sollte die Leitung auch von ihrer eigenen Betroffenheit berichten und ihre Gefühle bezüglich dieses Vorfalls mitteilen. In einer Feedbackrunde sollten alle Mitglieder die Möglichkeit haben, Gedanken und Gefühle, die im Zusammenhang mit dem Suizid des Mitglieds stehen, zu äußern. Die Gruppenmitglieder könnten auch darauf hingewiesen werden, dass sie sich auch privat noch einmal treffen und austauschen können, falls der Austausch in der Gruppe eher schleppend ausfällt. Es sollte auch darauf eingegangen werden, welche Konsequenzen dies für den weiteren Verlauf der Gruppe hat und welche offenen Fragen bestehen. Weiterhin sollte thematisiert werden, ob sich die Suizidgedanken der verbleibenden Teilnehmenden nun verstärkt haben, um wenn nötig, intervenieren zu können (ebd.). Abhängig vom Setting, sollten die Bezugsbetreuer*innen der Teilnehmenden informiert werden, um bei der Verarbeitung des Erlebten zu unterstützen.

Neben den genannten Schwierigkeiten stellt auch die Heterogenität der psychischen Erkrankungen eine große Herausforderung für die Leitung dar. Während es beispielsweise bei der Arbeit mit Depressiven auf die motivierende, verstärkende Arbeit ankommt, brauchen Klient*innen mit Persönlichkeitsstörungen vor allem klare Strukturen und Grenzen (weiterführende Ausführungen siehe Kapitel 5.5 „Patientenmerkmale“). Jede Erkrankung und jeder Mensch bedürfen eines individuellen Umgangs. Allgemein für diese vulnerable Klientel scheint jedoch ein klares, transparentes und strukturiertes Vorgehen seitens der Gruppenleitung sinnvoll, wobei kontinuierlich die Befindlichkeit der Gruppenmitglieder beobachtet und wahrgenommen wird. Durch das individuelle Eingehen der Gruppenleitung auf die unterschiedlichen Anforderungsniveaus der Teilnehmenden, kann ein für alle Mitglieder angenehmes Gruppensetting kreiert werden.

Die Gruppenarbeit mit einer schwer belasteten Klientel birgt viele Herausforderungen und bedarf eines professionellen, reflektierten Handelns. Die verschiedenen Erkrankungen und Individuen sowie die unterschiedlichen herausfordernden Gruppenbedingungen und –situationen machen die Gruppenarbeit mit chronisch psychisch Erkrankten zu einer komplexen Aufgabe für die Gruppenleitung. Ist die Gruppenleitung hinsichtlich dieser Herausforderungen jedoch geschult und auf mögliche Situationen vorbereitet und bringt zudem Erfahrung in der Arbeit mit der besagten Klientel mit, so kann das Gruppensetting seine Wirksamkeit entfalten und eine positive Gruppendynamik entstehen.

5.3 Strukturelle Bedingungen

Neben der Gruppenleitung und der formalen Veränderungstheorie wird die Wirksamkeit eines Gruppenprogramms, entsprechend der Theorie von Burlingame et al. (2004), auch durch die strukturellen und settingbezogenen Bedingungen determiniert.

Hinsichtlich der *strukturellen Gestaltung* eines Gruppenprogramms für die Zielgruppe der chronisch psychisch erkrankten Menschen eignet sich besonders ein hoher Grad an Strukturiertheit. „Für psychiatrisch schwerer gestörte Patienten sollten strukturierte Therapieangebote grundsätzlich gegenüber wenig strukturierten, einsichts-, affekt- und konfliktorientierten Verfahren bevorzugt werden“ (Fiedler, 2005, S. 289). Eine transparente und immer wiederkehrende Struktur erscheint für die besagte Zielgruppe sinnvoll. Bereits Untersuchungen von Dies (1994) zeigen auf, dass in Studien, in denen die Gruppenleitung strukturierter und direkter vorging, auch bessere Ergebnisse erzielt werden konnten, als bei jenen, die weniger strukturiert vorgingen. Für die Einhaltung der vorgegebenen Struktur dient meist ein standardisiertes Manual, das konkrete Anweisungen bezüglich der Sitzungsbausteine gibt. Die Inhalte und der Ablauf der Sitzungen sind von Beginn an festgelegt. Dies ist unter anderem der wesentliche Unterschied zu den zieloffenen Gruppen, bei denen die Ziele der Gruppenarbeit gemeinsam festgelegt werden (Marwitz, 2016). Wenngleich ein hoch standardisiertes Programm für schwer psychisch erkrankte Klient*innen besonders gewinnbringend erscheint, ist dennoch darauf zu achten, dass die teilnehmenden Klient*innen Raum für individuelle Anliegen haben.

Hinsichtlich des Gruppenformats zeigt sich ein *geschlossenes Gruppenformat* als geeignete Form für ein sozialpsychiatrisches Gruppenangebot mit einer schwer belasteten Klientel. Die geschlossene Gruppe zeichnet sich durch einen festen Mitgliederstamm aus, der im Verlauf des Angebots nicht variiert. Die geschlossene Gruppe ermöglicht deutlich effektiveres Arbeiten (Mattke & Schreiber-Willnow, 2004) und ist vor allem für Kurzzeitgruppen geeignet (Tschuschke, 2010). Der regelmäßige Wechsel von Klient*innen innerhalb der Gruppe, wie es bei offenen Gruppenformaten der Fall ist, erscheint für die besagte Zielgruppe nicht gewinnbringend und könnte überfordernd wirken.

Bezüglich der *Gruppengröße* ist zwischen Kleingruppen, die aus ca. fünf bis zwölf Mitgliedern bestehen, Mediangruppen, die ca. 12 bis 24 Teilnehmende und Großgruppen, die mehr als 25 Mitglieder umfassen, zu unterscheiden (König, O., 2012). Der größte Teil der Gruppenpsychotherapie findet innerhalb von Kleingruppenangeboten statt. Auch für das Setting der Sozialpsychiatrie erscheint eine kleine Gruppe angemessen. Fiedler (2005) schätzt eine Gruppengröße von ca. sieben bis acht Personen als sinnvoll ein und betont, dass insbesondere schwer psychisch kranke Menschen mit einer größeren Gruppengröße überfordert

wären. Diese Form der Gruppe ermögliche allen Teilnehmenden einen interaktiven Austausch miteinander, ohne dass die Kommunikation zu unübersichtlich würde (Marwitz, 2016). Untersuchungen deuten außerdem darauf hin, dass in Therapiegruppen, die aus mehr als neun Teilnehmenden bestehen, die Interaktion der Mitglieder abnehme (Francis, Clarkin & Morachi, 1980). Eine noch höhere Abnahme der Interaktion konnte bei einer Gruppengröße von mehr als 17 Teilnehmenden festgestellt werden. Die Gruppengröße sei jedoch immer auch von den Störungsbildern, der Therapieart und den einzelnen Mitgliedern abhängig. Eine Gruppengröße von weniger als vier Personen sei zu vermeiden, so Marwitz (2016), da sich der Druck für die einzelnen Mitglieder erhöhe, eigene Beiträge zu liefern, und zudem nur eingeschränkt gruppenspezifische Prozesse bzw. gegenseitige Anreize entstünden.

Hinsichtlich der Länge des Gruppenangebots wird eine *Dauer* von ca. 8-10 Wochen für die schwer belastete Klientel als sinnvoll eingestuft. Als komplementäres Gruppenangebot, das in ein multimodulares Behandlungsangebot eingebettet ist, können Programme mit ca. 6-10 Sitzungen gewinnbringend eingesetzt werden (Marwitz, 2016). Im Rahmen eines kürzeren Programms bestünde die Gefahr, zu wenig Inhalte zu vermitteln. Marwitz (2016) betont, dass bei weniger als sechs Sitzungen besonders im klinischen Arbeitsfeld die Gruppenangebote nicht mehr wirksam wären. Ein längeres Programm würde jedoch möglicherweise die Ausdauer der Klient*innen überstrapazieren und die Gefahr einer reduzierten Teilnahme bergen. Würde die Gruppentherapie als einzige Behandlungsmethode eingesetzt, so müsste für chronisch psychisch Erkrankte eine deutlich höhere Sitzungsanzahl von ca. 50-60 Sitzungen realisiert werden, um nachhaltige Effekte zu generieren (Yalom, 2007).

Die *Länge der einzelnen Sitzungen* sollte so gestaltet sein, dass die Mitglieder und die Gruppenleitung nicht überfordert werden (Marwitz, 2016). Eine gängige Dauer einer Sitzungsfrequenz umfasst bei Gruppenkonzepten meist eineinhalb bis zwei Stunden (Herrle et al., 1995; Kaluza, 2011; Koppenhöfer, 2016). Dies erscheint als angemessene Länge, da genug Raum und Zeit für die Vermittlung von neuen Inhalten geboten und die Aufmerksamkeitsspanne der Mitglieder und der Leitung nicht überstrapaziert wird. Die Dauer einer Sitzung sollte sich immer auch an den darin enthaltenen Inhalten orientieren. Wird beispielsweise viel theoretischer Input vermittelt, so sollten die Blöcke möglicherweise kürzer gestaltet werden. Um die Sitzung kurzweiliger zu konzipieren, ist immer auch eine Pause einzuplanen, in der die Teilnehmenden durchatmen und die Inhalte verarbeiten können.

5.4 Kleingruppenprozesse

Ein weiterer wesentlicher Aspekt, der die Wirksamkeit eines Gruppenprogramms mitbestimmt, ist der Faktor „Kleingruppenprozesse“. Diese im Gruppensetting ablaufenden Prozesse sind meist unabhängig von der therapeutischen Ausrichtung, den thematischen Schwerpunkten oder dem Verhalten der Gruppenleitung. Wenn Menschen sich in einer Gruppe zusammenfinden, entwickelt diese meist ihre ganz eigene Dynamik. Zunächst beschäftigten sich Corsini und Rosenberg (1955), später Yalom (1975, 2007) damit, welche Faktoren eine kurative Wirkung innerhalb der Gruppe entfalten. Diese Wirkfaktoren sind dem Einzelsetting vor-enthalten, da sie nur im Zusammensein mit anderen Menschen greifen.

Yalom (2007) stellt zwölf Wirkfaktoren der Gruppentherapie zusammen. Im Folgenden sollen unter Berücksichtigung der Zielgruppe der chronisch psychisch erkrankten Menschen Empfehlungen für die Konzeption eines Gruppenprogramms aufgestellt werden, die die relevanten Wirkfaktoren der Gruppentherapie einbeziehen. Es wird die Unterteilung von Marwitz (2016, S. 73) aufgegriffen, der diese Wirkfaktoren in „Instrumentelle Gruppenbedingungen“, „Spezifische Wirkfaktoren“ und „Allgemeine Wirkfaktoren“ gliedert.

Die *instrumentellen Gruppenbedingungen* werden als besonders relevant bewertet (Marwitz, 2016). Besonders positiv auf die Gruppenmitglieder wirkt sich ein guter Gruppenzusammenhalt („Kohäsivität“; Yalom, 2007) untereinander aus, wobei ein vertrauensvoller und offener Umgang von großer Bedeutung ist.

Um einen solchen positiven Gruppenzusammenhalt zu fördern, erscheint es sinnig, für die Anfangs- bzw. Kennenlernphase ausreichend Zeit einzuplanen und diese Phase mit Kennenlernübungen zu untermauern. Interaktive Übungen, bei denen sich die Teilnehmenden austauschen und einen ersten Kontakt zueinander herstellen können, sind für einen vertrauensvollen Rahmen unabdingbar. Außerdem sollte darauf geachtet werden, dass eine angenehme Atmosphäre geschaffen werden kann, in dem sich die Gruppenmitglieder wohl fühlen können. Auch für das leibliche Wohl sollte beispielsweise gesorgt sein (Getränke und Snacks bereitstellen). Aufgrund der psychischen Erkrankung bestehen jedoch unterschiedliche Nähe-Distanz Bedürfnisse der Klient*innen, sodass auf die einzelnen Bedürfnisse bei der Konzeption bzw. der Durchführung der Übungen geachtet werden muss. Auch hier ist die Rolle der Gruppenleitung gefragt, die passende Instruktionen gibt (nähere Ausführungen siehe Kapitel 5.1 „Formale Veränderungstheorie“ und Kapitel 5.2 „Gruppenleitung“).

Spezifische Wirkfaktoren, die sich insbesondere in verhaltenstherapeutischen Gruppen entfalten, beziehen sich auf das „Empfangen und geben von Feedback“, dem „Modelllernen“, dem „altruistischen Handeln“ sowie dem Faktor „Anleitungen geben“ (Yalom, 2007).

Für ein Gruppenprogramm für chronisch psychisch erkrankte Menschen bedeutet dies zunächst, einen wertschätzenden Umgang untereinander herzustellen bzw. zu fördern und somit, im Sinne der Ressourcenorientierung, insbesondere positive Rückmeldungen zu initiieren. Aufgrund der hohen Vulnerabilität der Klientel muss zunächst ein vertrauensvolles, wertschätzendes Miteinander geschaffen werden, damit die Teilnehmenden das erhaltene Feedback auch annehmen können. Das Selbst- und Fremdbild psychisch Erkrankter differiert meist stark, sodass bei unangebrachtem Feedback möglicherweise mit Abwehr reagiert wird (Marwitz, 2016). Deshalb erscheint es sinnig, Feedbackrunden erst in einem fortgeschrittenen Stadium des Gruppenprogramms einzubauen, sodass bereits ein gewisses Maß an Vertrauen zwischen den Mitgliedern vorhanden ist.

„Modelllernen“ könnte gefördert werden, indem durch die Anwendung der Übungen eine kognitive Umstrukturierung im Sinne eines Perspektivwechsels eingeleitet wird. Übergeordnetes Ziel des Programms stellt die Einnahme einer Ressourcenperspektive dar, wobei insbesondere die Stärken und Fähigkeiten des Menschen im Fokus stehen. Diese Sichtweise der Gruppenleitung oder auch anderer Mitglieder kann als Modell fungieren und andere Teilnehmende zu dieser Denkweise anregen. Wird zudem beobachtet, dass diese Perspektiveneinnahme positive Konsequenzen wie beispielsweise ein Zugewinn an Wohlbefinden und Selbstwertgefühl bedeutet, kann dies die Wahrscheinlichkeit, das Verhalten selbst zu zeigen, erhöhen. Insbesondere in Fertigkeitentrainings wie beispielsweise dem Skillstraining von Hinsch und Pfingsten (2007) spielt der Faktor „Beobachtungs- und Modelllernen“ eine wesentliche Grundlage für den Trainingserfolg.

Als ebenso hilfreich erwies sich das „Geben von Anleitungen und Instruktionen“ bezüglich bestimmter Verhaltensweisen. Für die schwer belastete Klientel bedeutet dies möglichst niedrigschwellige, intuitive Anregungen zu geben, die leicht verständlich und klar vermittelt werden sollten. Die Instruktionen müssen hierbei detailliert und spezifisch sein, sodass für alle Teilnehmenden ein klarer Auftrag besteht. Zudem bietet es sich an, die Anleitungen weniger als Ratschläge zu formulieren, sondern vielmehr als mögliche Anregung mitzuteilen. Eine zielführende didaktische Aufbereitung der Anleitungen ist demnach von wesentlicher Bedeutung. In dem Gruppenprogramm sollten somit Räume geschaffen werden, in denen die Leitung den Teilnehmenden konkrete Anregungen zur individuellen Ressourcenförderung geben kann. Im Vergleich zu anderen Wirkfaktoren hat sich das Geben von Anleitungen jedoch als weniger relevant herausgestellt (Marwitz, 2016).

„Altruismus“ wird als weiterer Wirkfaktor, wenngleich als weniger bedeutsam als andere, von Yalom (2007) aufgeführt. Prosoziales Verhalten gegenüber anderen zu zeigen, kann das eigene Selbstwertgefühl steigern und geht mit Wohlbefinden und dem Gefühl der Nähe einher. Im entwickelten Gruppenprogramm sollten

dennach Möglichkeiten geschaffen werden, in denen die Teilnehmenden die anderen Mitglieder unterstützen und Hilfe anbieten können. Da für die oft isolierte Klientel „Unterstützung empfangen“ vermutlich geläufiger ist, als selbst Unterstützung zu geben, sind diese Übungen möglichst niedrigschwellig zu konzipieren, sodass eine erfolgreiche Bewältigung wahrscheinlich ist.

Als *allgemeine Wirkfaktoren* werden die „Universalität des Leidens“, die „Einsicht“ sowie die „Katharsis“ und das „Einflößen von Hoffnung“ gesehen (Yalom, 2007).²⁰

Aufgrund der primären ressourcenorientierten Ausrichtung des Programms findet der Aspekt der „Universalität des Leidens“ im zu entwickelnden Gruppenprogramm weniger Anwendung. Vielmehr geht es darum, gemeinschaftlich Wohlbefinden zu erzeugen und Freude zu empfinden. Kehrt man den Wirkfaktor ins Gegenteil, so könnte es möglicherweise positive Auswirkungen haben, andere Gruppenmitglieder in guter Stimmung zu sehen. Das Mitteilen positiver Emotionen und die freudige Reaktion des Gegenübers verstärkt die eigenen positiven Gefühle, so Untersuchungen von Gable, Impett, Reis und Asher (2004).

„Einsicht“ könnte verwirklicht werden, indem die psychisch Erkrankten mehr Zugang zu ihren Ressourcen finden und zunehmend mehr verstehen, welche eigenen Stärken und Fähigkeiten sie selbst besitzen und wie sie ihr Wohlbefinden beeinflussen können (auslösende Faktoren für Wohlbefinden). Einsicht wird durch die Gruppenleitung oder auch die anderen Teilnehmenden angeregt (Yalom, 2007). Aufgrund der schweren psychischen Belastung leiden die Klient*innen meist stark unter Ressourcenverlusten. Es sollte deshalb vermieden werden, dass Klient*innen die „Einsicht“ erhalten, keine Ressourcen zu haben. Eine solche Einsicht würde einen Ressourcenmangel suggerieren und kontraproduktiv wirken. Die Übungen sollten deshalb möglichst viele Beispiele enthalten, die auf die Zielgruppe abgestimmt sind. So wird jeder Teilnehmenden zuverlässig die Möglichkeit gegeben, persönliche Ressourcen zu finden.

Der Wirkfaktor „Hoffnung wecken“ beschreibt eine positive Erwartungshaltung hinsichtlich des Trainingserfolgs. Insbesondere die Gruppenleitung sollte demnach von der Wirksamkeit des Gruppenprogramms überzeugt sein und diese positive Haltung den Mitgliedern übermitteln. Zeigen sich im Gruppensetting dann tatsächlich positive Veränderungen beispielsweise bei einzelnen Gruppenmitgliedern, so wird die Hoffnung bezüglich einer eigenen positiven Veränderung bei anderen Mitgliedern gestärkt. Eine gute Schulung der Gruppenleitung ist demnach von großer Bedeutung, um eine positive Erwartungshaltung zu erzeugen.

²⁰ Weitere allgemeine Wirkfaktoren stellen die „Rekapitulation der Primärfamilie“ sowie die „Existenziellen Faktoren“ Marwitz (2016, S. 73) dar, die jedoch aufgrund der geringen Entfaltung in dem zu entwickelnden Gruppenprogramm im Nachfolgenden nicht näher erläutert werden.

Ebenso wichtig erscheint jedoch eine zielgruppenspezifische Anpassung der verwendeten Übungen, sodass positive Veränderungen eintreten und neue Hoffnung induziert wird.

„Katharsis“ meint die Möglichkeit, Emotionen ausdrücken und zulassen zu können sowie sich selbst zu öffnen. Wenngleich hierbei meist negative Emotionen wie Wut, Ärger etc. gemeint sind, kann dieser Wirkfaktor auch auf Gegenteiliges übertragen werden. Das Gruppenprogramm sollte demnach einen Rahmen schaffen, in dem die Teilnehmenden ihre Emotionen (insbesondere positive Emotionen), die mit den Übungen hervorgerufen werden sollen, ausdrücken können. Grundlage ist auch hierfür ein vertrauensvoller, wertschätzender Rahmen, sodass sich die Teilnehmenden öffnen können. Für die spezifische Klientel der schwer psychisch Erkrankten ist eine solche Öffnung meist sehr herausfordernd und mit vielen Hürden verbunden. Ein empathischer und fürsorglicher Umgang seitens der Gruppenleitung, aber auch der Gruppenmitglieder, kann diesen Öffnungsprozess fördern und somit positive Erlebnisse bei den Teilnehmenden ermöglichen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die unterschiedlichen Wirkfaktoren auf vielfältige Weise in ein Gruppenprogramm eingebaut und für die Zielgruppe der chronisch psychisch Erkrankten aufbereitet werden können. Als grundlegende Prämisse erscheint die Schaffung eines angenehmen und sicheren Rahmens. Fühlen sich die Teilnehmenden wohl und erleben das Programm als positiv, können auch positive gruppenspezifische Prozesse in Gang gesetzt werden.

5.5 Patientenmerkmale

Als weitere Einflussfaktoren sind die verschiedenen Merkmale und Eigenschaften der zu behandelnden Klientel anzuführen. Entsprechend der Diagnose, den soziodemografischen Variablen sowie den stabilen oder variablen Persönlichkeitseigenschaften, differiert auch die Wirksamkeit einer Gruppenteilnahme (Piper, 1994). Für die Konzeption eines sozialpsychiatrischen Gruppenprogramms spielt insbesondere die Heterogenität der Erkrankungen eine bedeutsame Rolle. Inwiefern sich die Eigenschaften der chronisch psychisch erkrankten Menschen äußern und welche Konsequenzen sich diesbezüglich für die Konzeption eines Gruppenprogramms ergeben, ist Inhalt des nachfolgenden Kapitels.

Marwitz (2016) betont, dass insbesondere schwer psychisch erkrankte Menschen eines maßgeschneiderten Gruppenangebots bedürfen, um eine möglichst hohe Effektivität zu generieren. Die Gruppenleitung sollte sich möglichst an der Störungsdynamik der Klient*innen orientieren und eine negative Gruppendynamik vermeiden (siehe hierfür Kapitel 5.2 „Gruppenleitung“). Die Vorteile heterogen zusammengestellter Gruppen liegen beispielsweise in der Möglichkeit, sich von anderen Mitgliedern Verhaltensweisen abzuschauen und daran zu lernen. So zeigten Untersuchungen von Ang und Hughes (2001), dass antisoziale Jugendliche in einem sozialen Kompetenztraining von prosozialen Jugendlichen lernten und bessere Ergebnisse erzielten als in einer homogenen Gruppe. Auch Yalom (2007) betont, dass heterogene Gruppen eine große Bandbreite an Lernmöglichkeiten zur Verfügung stellen.

Ungeeignet für die Teilnahme an einem ambulanten Gruppenangebot, so fasst Yalom (2007) auf Basis zahlreicher Untersuchungen zusammen, erscheinen Klient*innen, die „hirnverletzt, paranoid, hypochondrisch, drogen- oder alkoholsüchtig, akut psychotisch oder soziopathisch sind“ (Yalom, 2007, S. 266). Klient*innen mit einer der genannten Diagnosen sind deshalb von der Teilnahme auszuschließen.

Die Eigenschaften der Klientel gestalten sich sehr heterogen, sodass in keiner Weise von „der einen“ Zielgruppe gesprochen werden kann. Die drei Hauptdiagnosen im sozialpsychiatrischen Setting stellen die „Affektiven Störungen“, „Schizophrenien“ sowie „Persönlichkeitsstörungen“ dar (Lora et al., 2007). Allen gemein ist eine meist langanhaltende, chronische psychische Erkrankung, die mit hoher Vulnerabilität und großen Ressourcenverlusten einhergeht (siehe Kapitel 3 „Sozialpsychiatrie und die Zielgruppe chronisch psychisch Erkrankte“). Im Nachfolgenden sollen die drei häufigsten psychischen Erkrankungen mit ihren Symptomen beispielhaft dargestellt werden, um anschließend die wesentlichen Behandlungsschritte für die Gruppenleitung zusammenzufassen. In einem weiteren Schritt sollen die lebensweltlichen Bedingungen der Klientel analysiert werden, um auch diese adäquat in das Gruppenprogramm einzubauen.

Depressiv Erkrankte reagieren häufig besonders verletzlich auf Stressoren, leiden unter Antriebslosigkeit, innerer Leere und sind oft trennungssensibel (Hautzinger, 2003). Sie sind selten aktiv und haben wenig Kontakte. Soziale Interaktionen gestalten sich meist problematisch. Sie äußern wenig positive und angenehme Emotionen gegenüber anderen und erhalten demnach auch seltener positive Resonanz. Auch die negative Haltung gegenüber ihrer Umwelt und den wenigen positiven oder wertschätzenden Äußerungen anderen gegenüber tragen zur Ablehnung depressiv Erkrankter bei. Depressive Episoden gehen meist mit dem Gefühl der Nutzlosigkeit, Interessensverlusten, innerer Unruhe, Suizidgedanken und einem geringen Selbstwertgefühl einher. Bei einer bipolaren Störung (Bossard et al., 2013a) kommen ständige Stimmungsschwankungen und Veränderungen der Gefühlslage dazu. Manische Phasen zeichnen sich hingegen durch Größenwahn, gemindertem Schlafbedürfnis, Rededrang und ein überhöhtes Selbstwertgefühl aus (ebd.).

Im Gruppensetting erscheint es deshalb sinnvoll, besonders empathisch auf die depressiv Erkrankten einzugehen und sie zur Mitarbeit zu motivieren. Gleichermaßen ist es jedoch ebenso wichtig, die Teilnehmenden nicht zu überfordern und eine geringere Mitwirkungsbereitschaft zu akzeptieren. Würden diese Bedürfnisse von der Leitung übergangen, bestünde die Gefahr eines Abbruchs der Gruppenbehandlung. Hilfreich erscheint zudem das vorzeitige Einholen einiger Informationen der Klient*innen. Dies ermöglicht es der Gruppenleitung, die Klient*innen explizit auf ihre Stärken und Fähigkeiten, ihre Ressourcen, hinzuweisen. Erfolgreich bewältigte Aufgaben sollten besondere Anerkennung finden und im Verlauf des Programms immer wieder erwähnt werden. Die Gruppenleitung unterstützt somit die depressiv erkrankten Teilnehmenden dabei, ihren Fokus auf die gelingenden Anteile zu legen und fördert das Selbstvertrauen für zukünftige Aufgabenstellungen.

Ebenfalls häufig im sozialpsychiatrischen Setting werden Menschen mit einer *Persönlichkeitsstörung*, insbesondere mit einer *Borderline-Persönlichkeitsstörung*, behandelt (Bossard et al., 2013a). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung äußert sich beispielsweise durch mangelnde Impulskontrolle und unzureichender Bedürfnisbefriedigung. Ebenso kann es zu Abweichungen im Erleben und Verhalten, zu Fehlinterpretationen von Ereignissen oder zu einem verzerrten Selbstbild kommen. Häufig mangelt es auch an einem angemessenen Ausdruck von Emotionen sowie dem adäquaten Umgang mit anderen Menschen. Die Störung äußert sich überwiegend durch Probleme im zwischenmenschlichen Kontakt. Durch die Impulsivität und das Ausagieren von Emotionen, ohne Beachtung der Konsequenzen, gestalten sich soziale Beziehungen immer wieder schwierig, sodass Konflikte entstehen (Dilling & Freyberger, 2006). Weiterhin sind Ängste des Verlassen-Werdens und Stimmungsschwankungen zu beobachten. Um die inne-

ren Spannungszustände zu reduzieren, bleiben selbstverletzende Verhaltensweisen häufig nicht aus (Bosshard et al., 2013a). Zu beachten ist außerdem, dass Menschen mit Persönlichkeitsstörungen meist aus Familien stammen, die geprägt sind von mangelnder Empathie, zahlreichen Konflikten, schwankender Zuwendung, ausgeprägten Kommunikationsdefiziten etc. (Ruiz-Sancho & Gundersen, 2000). Die negativen Erfahrungen, die diese Klientel oft erlebt hat und die damit verbundenen Gefühle und Ängste, werden in die Beziehung zur Behandelnden oder auch zu anderen Menschen mit hineingebracht. Die Behandelnden werden in „gut“ und „böse“ gespalten. Diese Übertragungsphänomene lösen bei den Behandelnden oft Gegenübertragungen aus. Das Integrieren von unterschiedlichen Bewertungen ist nur schwer möglich. Somit können Gegenübertragungsgefühle wie Abneigung, Ohnmachtsgefühle oder auch Allmachtsvorstellungen seitens der Behandelnden entstehen (Bosshard et al., 2013a).

Im Umgang mit Borderline-Klient*innen ist es deshalb wichtig, haltgebende Bedingungen und Strukturen zu schaffen. Transparenz erscheint hierbei besonders relevant. Äußere Struktur ermöglicht auch die Verinnerlichung von Struktur für das eigene Leben. Klare Regeln und Absprachen erleichtern meist die Zusammenarbeit. Hierzu gehören ebenso klare Konsequenzen bei Regelverstößen. Klarheit sollte auch in Bezug auf die Grenzen der Mitarbeitenden herrschen (Bosshard et al., 2010a). Eindeutige und vorher besprochene Gruppenregeln erscheinen für Borderline-Klient*innen im Gruppensetting unabdingbar. Ein immer wiederkehrender Ablauf sowie transparente Strukturen sind von großer Bedeutung. Es sollte bereits im Voraus bzw. ggf. auch im Rahmen der Gruppenregeln geklärt werden, welche Konsequenzen bei Unpünktlichkeit bzw. häufiger Nichtteilnahme folgen. Erfolgt die Gruppendurchführung durch zwei Gruppenleitungen, so ist auf mögliche Spaltungen durch Borderline-Klient*innen zu achten. Die Leitungen sollten demnach ihr Vorgehen kontinuierlich reflektieren und sich an Absprachen halten. Potenzielle Idealisierungen oder Abneigungen seitens der Klient*innen müssen thematisiert und besprochen werden. Dies gilt nicht nur für die Gruppenleitungen, sondern ist auch in Bezug auf andere Gruppenmitglieder zu beachten. Spaltet sich die Gruppe, so sollte interveniert werden. Dies erscheint notwendig, um Konflikte zu vermeiden (siehe weitere Ausführungen in Kapitel 5.2 „Gruppenleitung“).

Ebenso stellen *schizophren erkrankte Menschen* eine sehr vulnerable Personengruppe im sozialpsychiatrischen Setting dar. Hierbei ist zu beachten, dass es schnell zu Überforderung, Wahrnehmungsschwierigkeiten oder Verzerrungen, Durcheinanderkommen von Gefühlen und Gedanken, Gedankenablenkungen, Reizüberflutungen oder auch mangelnder Unterscheidbarkeit kommen kann. Folgen sind Gefühlsschwankungen, Anhedonie und sozialer Rückzug (Süllwold & Huber, 1985). Sie leiden häufig unter der Angst vor zu viel Nähe und einer gleichzeitigen Isolation von anderen. Die Ambivalenz zwischen dem Bedürfnis

nach Kontakt und der Angst, dass zu viel Nähe gefährlich sein könnte, bringt große Herausforderungen in der Behandlung mit sich (Bosshard et al., 2013a). Weiterhin ist die Stresstoleranz von Schizophrenen oft sehr niedrig, sodass bereits das Ansprechen von Wünschen oder Gefühlen Stress auslösen kann. Auch kann das Erleben von Glückserfahrungen zu intensiv sein, weil dies Emotionen sind, die überfordernd wirken können (Bosshard et al., 2013a).

Aufgrund der hohen Vulnerabilität und der oft geringen Aufmerksamkeitsspanne ist im Gruppensetting besonders auf ein adäquates Anforderungsniveau zu achten. Die zu bewältigenden Aufgaben müssen dementsprechend niedrigschwellig gestaltet und möglichst klar und verständlich formuliert sein, sodass eine Reizüberflutung sowie Verzerrungen der Wahrnehmung vermieden bzw. reduziert werden. Die Heterogenität der Klientel bringt unabdingbar auch eine Heterogenität der Funktionsfähigkeiten der Teilnehmenden mit sich. Insbesondere schizophrene Erkrankte sollten deshalb immer wieder darauf hingewiesen werden, die Aufgaben in einem für sie angemessenen Maß und Tempo zu bewältigen. Die Diversität, die beispielsweise Schizophrene und Borderline- Klient*innen mit sich bringen, sollte im Gruppensetting, beispielsweise bei der Einteilung der Mitglieder bei Gruppen- oder Partnerübungen, kontinuierlich bedacht werden.

Unabhängig von der Art der Diagnose gestalten sich die Lebensbedingungen der schwer psychisch erkrankten Klient*innen oft sehr ähnlich. Um weiterführende Anpassungsmaßnahmen für die Konzeption eines Gruppenprogramms zu entwickeln, werden im Folgenden häufig auftretende Lebensbedingungen der Zielgruppe analysiert. Wenngleich keine direkten Adaptionsmaßnahmen vorgeschlagen werden, so ist es insbesondere für die Gestaltung der Inhalte und zu verwendenden Beispiele im Gruppenprogramm von Bedeutung, wie sich das Leben der chronisch psychisch Erkrankten gestaltet.

Wenn die Menschen nicht stationär untergebracht sind, so ist die *eigene Wohnung* meist der wichtigste Rückzugsort und bietet Sicherheit und Schutz. Die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit führt häufig zu einem geringen sozioökonomischen Status, sodass die Klient*innen meist nur wenig finanzielle Mittel zur Verfügung haben. Viele sind aufgrund der Erkrankung bereits frühzeitig berentet. Häufig besteht ein erhöhtes Bedürfnis nach Nikotin, Kaffee oder auch Cannabis und Alkohol. Diese Bedürfnisse müssen ebenso finanziert werden, wie die Heizungs-, Lebensmittel- oder Stromkosten. Ein Café-Besuch oder ein Kinoabend kann dann durchaus zu einer finanziellen Herausforderung werden (Clausen & Eichenbrenner, 2010). Viele der Betroffenen arbeiten beispielsweise in einem Zuverdienstprojekt (Adler, L., 2007), in einer Werkstätte für Menschen mit Behinderung (WfbM) oder gehen einem Ein-Euro-Job nach (Clausen & Eichenbrenner, 2010). Diese Arbeitsmöglichkeiten bieten einen geschützten, barrierefreien Rahmen für chronisch psychisch Kranke.

Auch die *sozialen Kontakte* schwer psychisch Erkrankter gestalten sich meist schwierig. Die Beziehungen zu Mitmenschen sind häufig aufgrund der Erkrankung, die nicht selten mit mangelnden sozialen Kompetenzen einhergeht, jedoch auch wegen der vorrangig immer noch negativen Reaktionen der sozialen Umwelt, gestört (Meise & Hinterhuber, 2012). Studien (Angermeyer, 1995; Haberfellner & Rittmannsberger, 1995) zeigen, dass soziale Kontakte vorwiegend zu Gleichgesinnten (Menschen, die ebenfalls psychisch erkrankt sind) oder zu professionellen Helfenden bestehen. Chronisch psychisch kranke Menschen leben meist in einem „psychiatrischen Ghetto“, aus dem sie nur schwer herauskommen. „WfbM, betreutes Wohnen, Selbsthilfegruppe: das war und ist heute noch mein Ghetto“ (Laupichler, 2007, S. 32).

Die *Alltags- bzw. Freizeitgestaltung* chronisch psychisch kranker Menschen wird oft durch den Besuch der einzelnen psychiatrischen Versorgungsinstanzen und deren Ablauf bestimmt. Aufgrund der Erkrankung gehen oft Ideen zur sinnvollen oder sinnstiftenden Alltags- und Freizeitgestaltung verloren. Tageszentren für seelische Gesundheit bieten beispielsweise unterschiedliche Maßnahmen zur Tagesgestaltung an. Es können ergotherapeutische Maßnahmen, psychologische oder strukturierende Angebote wahrgenommen werden (Meise & Hinterhuber, 2012).

Weiterhin ist das Leben chronisch psychisch kranker Menschen nicht selten von *suizidalen Phasen und stationären Aufenthalten* geprägt. Durch die Auswirkungen der jahrelangen psychischen Störung können Selbsttötungsabsichten entwickelt werden. Betroffene geraten an die Grenzen ihrer Kräfte und wissen nicht mehr weiter (Zimmermann, 2017). Vermehrte stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Krankenhäusern und das regelmäßige Erleben schwerer Krisen ist Bestandteil im Leben der chronisch psychisch Erkrankten (Klecha & Borhardt, 2007; Obert, 2004).

Auch *Selbst- bzw. Fremdstigmatisierung* spielen eine wesentliche Rolle in der Lebenswelt der betreffenden Personen. Aufgrund der psychischen Erkrankung und der Ausgrenzung durch die Gesellschaft kann ihre Identität beschädigt werden, so die Autoren Meise und Hinterhuber (2012) oder Gärtner (1999). „Ihre Erkrankung wird häufig als unheilbar erachtet. Angst und Ablehnung führen zu Diskriminierung, verursachen Rückzug und Isolation und beeinträchtigen das Selbstwertgefühl der Betroffenen. Das Stigma behindert auch ihr Hilfesuchverhalten, die rechtzeitige Behandlung und Compliance“ (Meise & Hinterhuber, 2012, S. 484).

Die Lebensbedingungen der schwer belasteten Menschen sind bei der Konzeption des Gruppenprogramms zu berücksichtigen. So sollte beispielsweise darauf geachtet werden, dass die verwendeten Übungen nicht mit finanziellem Aufwand verbunden sind. Werden „Positive Aktivitäten“ angesprochen, könnte beispielhaft auf den Besuch einer Nähgruppe oder dem Kartenspielen im Gemeinschaftsraum

der Tagesstätte verwiesen werden. Werden die Teilnehmenden nach ihren „Ressourcen“ gefragt, so stellt z. B. das Durchhalten einer schweren Krise eine große Ressource dar. In Bezug auf die sozialen Ressourcen ist außerdem zu bedenken, dass die Teilnehmenden, wie verdeutlicht, oft ein geringes soziales Netzwerk haben bzw. dieses meist aus Gleichgesinnten oder professionellen Helfenden besteht. So könnte die klassische „Netzwerkkarte“ (Friedrich, S., 2010a) möglicherweise um die Kategorie „professionelle Helfende“ ergänzt werden. Bei der Konzeption sollten die Lebensbedingungen allzeit präsent sein. Jede Übung und jeder vermittelte Inhalt sollte Bezug zur Zielgruppe nehmen.

6 Ein neues Gruppenprogramm: Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde ein neues Gruppenprogramm, genannt Ressourcenaufbauprogramm R.A.P., entwickelt. Dieses ressourcenorientierte Programm umfasst acht Sitzungen (à zwei Stunden) und wird wöchentlich durchgeführt. Die Gruppenintervention ist multimodular aufgebaut, sodass verschiedene Themen behandelt werden. Jede der acht Sitzungen behandelt ein spezifisches Thema, das in Zusammenhang mit Wohlbefinden steht. Die Themen stellen zugleich die Ressourcen dar, die es zu fördern gilt (z. B. Genussfähigkeit, Selbstfürsorge, Dankbarkeit etc.). Alle verwendeten Übungen sind speziell für die Zielgruppe der chronisch psychisch erkrankten Menschen aufbereitet. Das Programm ist so konzipiert, dass möglichst alle Klient*innen im Setting der Sozialpsychiatrie davon profitieren können. Nicht nur die Inhalte und Übungen sind an die Lebenswelt der Teilnehmenden angepasst. Auch das Gruppenleiterverhalten und die strukturellen Bedingungen sind spezifisch auf die Bedarfe der sozialpsychiatrischen Klientel abgestimmt. Alle in Kapitel 5 ausgeführten Adaptionen fanden Berücksichtigung bei der Konzeption des Gruppenprogramms. Eine Beispielsitzung findet sich im Anhang (siehe Anhang „Sitzung 1 des Ressourcenaufbauprogramms R.A.P.“, S. 354). Im Nachfolgenden soll das neu entwickelte Gruppenprogramm kurz dargestellt werden.

6.1 Überblick und Lehrinhalte

Tabelle 7: Überblick zu den acht Sitzungen des Ressourcenaufbauprogramms R.A.P.

Themen	Übungen	Häusliche Übungen
1. Einführung und Ressourcenblick	<ul style="list-style-type: none"> • Kennenlernübung • Gruppenregeln • Ressourceninterview 	Ausfüllen der Liste „Angenehme Aktivitäten“
2. Wohlbefinden und positive Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> • Planung angenehmer Aktivitäten • Hindernisse besprechen, die bei der Durchführung auftreten können • Meine kurzfristigen Glückmacher • Meine positive Emotion 	Durchführung der geplanten positiven Aktivität
3. Genuss im Alltag	<ul style="list-style-type: none"> • Genussregeln erarbeiten • Teemeditation • Wo bin ich genussfähig? • Achtsamkeitsübung: Atemübung 	Vor dem Zubettgehen drei Dinge überlegen, die heute schön waren
4. Dankbarkeit und das Positive	<ul style="list-style-type: none"> • Achtsamkeitsübung: Duschen • Für was ich dankbar bin • Dankesbrief verfassen • Das mag ich an mir und meinem Leben 	Zeit nehmen, um das Gefühl der Dankbarkeit aufleben zu lassen
5. Eigene Stärken erkennen und nutzen	<ul style="list-style-type: none"> • Achtsamkeitsübung: Gehmeditation • Meine persönliche Stärke • Stärken in den Alltag einsetzen 	Eine gefundene Stärke in der kommenden Woche umsetzen
6. Wertschätzung üben	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppendiskussion: Was meint Wertschätzung? • Reframing-Übung • Netzwerkkarte erstellen 	Einer ausgewählten Person ein Kompliment aussprechen
7. Hilfsbereitschaft und Mitmenschlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Gedankenblume: Mitmenschlichkeit, Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit • Hilfe annehmen • Positiver Kontakt zu anderen 	In der kommenden Woche eine kleine „gute Tat“ umsetzen
8. Zusammenfassung und Abschluss	<ul style="list-style-type: none"> • Achtsamkeitsübung: Schokolade genießen • Mein Wohlbefinden • Wertschätzungsduche 	---

6.1.1 Sitzung 1: Einführung und Ressourcenblick

Lehrziele der Sitzung

Die erste Sitzung dient der allgemeinen inhaltlichen Einführung in das Gruppenkonzept, der Schaffung eines positiven Rahmens sowie der Herstellung eines ersten Kontakts zwischen den Teilnehmenden untereinander. Mittels einer niedrigschwelligen Kennenlernübung haben die Teilnehmenden nicht nur die Möglichkeit die anderen Gruppenmitglieder kennenzulernen, sondern erhalten durch die ressourcenorientierte Ausrichtung der Übung einen ersten Einblick in das Thema. Um einen haltgebenden Rahmen und eine gemeinsame Basis zu schaffen, werden relevante Gruppenregeln erarbeitet. Inhaltlich wird das Thema „Ressourcen- und Stärkenorientierung“ aufgegriffen, welches an einer praktischen und interaktiven Übung „Ressourceninterview“ verdeutlicht wird. Diese Übung dient dazu, den Teilnehmenden zu zeigen, dass jeder Mensch zahlreiche Ressourcen hat, diese jedoch oft nicht als solche wahrgenommen werden. Hierbei wird eine kognitive Umstrukturierung angestrebt, wobei ein Perspektivwechsel – von der Problem- zur Ressourcenorientierung- erfolgen soll. Zur Vorbereitung auf die zweite Sitzung wird im Rahmen der „Häuslichen Übung“ eine Liste positiver Aktivitäten (Hautzinger, 2013; Viehhauser, 2000) ausgegeben, welche die Teilnehmenden zum Nachdenken über angenehme Aktivitäten anregt.

Kurzübersicht zum Sitzungsverlauf

- Begrüßung durch die Gruppenleitung (7 Minuten)
- Begrüßungsrunde (7 Minuten)
- Vorstellung des Ablaufs und der Sitzungsthemen (10 Minuten)
- Kennenlernen der Teilnehmenden (20 Minuten)
- Erarbeiten der Gruppenregeln (15 Minuten)
- **Pause (5 - 10 Minuten)**
- Theoretischer Input: Was meint Stärken- und Ressourcenorientierung? (5 Minuten)
- Vorstellung der Ressourcenarten (10 Minuten)
- Praktische Übung: Ressourceninterview (20 Minuten)
- Häusliche Übung bis zur nächsten Sitzung (5 Minuten)
- Abschlussrunde (10 Minuten)
- Ausblick auf die nächste Sitzung (3 Minuten)

6.1.2 Sitzung 2: Wohlbefinden und positive Aktivitäten

Lehrziele der Sitzung

Ziel der zweiten Sitzung ist zunächst die Auseinandersetzung mit verschiedenen positiven Aktivitäten und den damit verbundenen positiven Emotionen wie Freude, Spaß, Heiterkeit etc. Auf Basis der ausgefüllten Liste „Angenehme Aktivitäten“ (Hautzinger, 2013; Viehhauser, 2000) sollen positive Aktivitäten für die kommende Woche geplant werden. Die Gründe für eine Vernachlässigung positiver Aktivitäten im Alltag sind vielfältig. Aufgrund dessen werden potenzielle Herausforderungen, die der Umsetzung der Aktivität im Wege stehen, reflektiert und Lösungen diesbezüglich aufgespürt (Hautzinger, 2003). Ergänzend werden hierzu bei den Teilnehmenden vorherrschende Gebote oder Verbote thematisiert, die ebenfalls eine erfolgreiche Bewältigung behindern könnten (Koppenhöfer, 2016). Um die Wahrscheinlichkeit einer tatsächlichen Umsetzung zu erhöhen, wird ein konkreter Durchführungsplan erstellt. Mit der Übung „kurzfristige Glücksmacher“ (Engelmann, 2012) werden Aktivitäten oder Zustände erarbeitet, die positive Gefühle hervorrufen. Um weiterhin positive Emotionen erlebbar zu machen und ins Bewusstsein zu holen, wird im Verlauf der Sitzung konkret das Thema „Positive Emotionen“ (Fredrickson, 2011) aufgegriffen. Hierbei wird der Bezug zu einer vertrauten positiven Emotion hergestellt und die damit verbundenen Erfahrungen reflektiert.

Kurzübersicht zum Sitzungsverlauf

- Begrüßungsrunde/Überblick zu Sitzung 2 (7 Minuten)
- Besprechung der häuslichen Übung (7 Minuten)
- Praktische Übung: Planung angenehmer Aktivitäten (15 Minuten)
- Interaktive Übung: Hindernisse beseitigen und Lösungen finden (15 Minuten)
- Theoretischer Input und Austausch: Gebote und Verbote (10 Minuten)
- Übung „Meine kurzfristigen Glücksmacher“ (10 Minuten)
- **Pause (5 – 10 Minuten)**
- Sammlung positiver Emotionen (10 Minuten)
- Praktische Übung: Meine positive Emotion (10 Minuten)
- Häusliche Übung bis zur nächsten Sitzung (3 Minuten)
- Abschlussrunde (10 Minuten)
- Ausblick auf die nächste Sitzung (3 Minuten)

6.1.3 Sitzung 3: Genuss im Alltag

Lehrziele der Sitzung

Die dritte Sitzung beschäftigt sich mit den Themen Genuss, Genussfähigkeit und Achtsamkeit im Alltag. Die Sitzung knüpft thematisch an die zweite Sitzung an. Nachdem die Teilnehmenden bereits Kontakt zu ihren positiven Aktivitäten und Emotionen herstellen konnten, wird nun versucht, mittels Sinneserfahrungen die Genussfähigkeit (Koppenhöfer, 2016) zu steigern. Das bewusste und intensive Wahrnehmen angenehmer Sinnesempfindungen und positiver Aktivitäten steht hierbei im Vordergrund. Es wird eine praktische Genussübung durchgeführt, bei der mit allen Sinnen Tee getrunken wird. Als weiterführendes Thema wird auf die Methode der „Achtsamkeit“ (Kabat-Zinn, 1990) eingegangen. Erweiternd zu den bewussten Sinneserfahrungen liegt der Fokus bei der Achtsamkeit auch auf kognitiven Prozessen. Das Thema Achtsamkeit wird mit der Übung „Achtsames Atmen“ verdeutlicht. Nachdem in der dritten Sitzung der erste Kontakt zu Achtsamkeitsübungen hergestellt wird, werden im Verlauf des Gruppenkonzepts immer wieder verschiedene Achtsamkeitsübungen mit Imaginationselementen angewendet.

Kurzübersicht zum Sitzungsverlauf

- Begrüßungsrunde/Überblick zu Sitzung 3 (7 Minuten)
- Besprechung der häuslichen Übung (10 Minuten)
- Theoretischer Input zum Thema Genuss (5 Minuten)
- Erarbeiten der Genussregeln (10 Minuten)
- Sinnes-Sammlung (4 Minuten)
- Teemeditation (10 Minuten)
- Praktische Übung: Wo bin ich genussfähig? (12 Minuten)
- **Pause (5 - 10 Minuten)**
- Einführung in das Thema Achtsamkeit/Geschichte des Zen-Mönches (7 Minuten)
- Theoretische Erklärung: Achtsamkeit (7 Minuten)
- Praktische Übung: Atemübung (7 Minuten)
- Häusliche Übung bis zur nächsten Sitzung (5 Minuten)
- Abschlussrunde (10 Minuten)
- Ausblick auf die nächste Sitzung (3 Minuten)

6.1.4 Sitzung 4: Dankbarkeit und das Positive

Lehrziele der Sitzung

Die Sitzung beginnt mit einer Achtsamkeitsübung zum Thema „Duschen“. Außerdem greift die vierte Sitzung zum einen das Thema „Dankbarkeit“ auf. Zum anderen liegt der Fokus auf der Bewusstmachung positiver Anteile im eigenen Leben. Das Thema Dankbarkeit wird zunächst theoretisch bearbeitet, um dann durch praktische Übungen erlebbar gemacht zu werden. Hierzu wird reflektiert, für was man im Leben dankbar ist (Lyubomirsky & Neubauer, 2008). Außerdem wird ein Brief an eine Person verfasst, der man schon immer einmal danken wollte (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005). Im weiteren Verlauf der Sitzung wird aufgegriffen, was die Teilnehmenden gerne an sich und ihrem Leben mögen. Als psychisch erkrankte Person stehen oft die Defizite und Symptome im Vordergrund, die positiven Erlebnisse des Lebens und die positiven Seiten der Person geraten häufig in Vergessenheit. Die Sitzung zielt deshalb darauf ab, ein Bewusstsein für das zu schaffen, was im Leben gut läuft bzw. gut gelaufen ist, was bisher erreicht wurde und welche positiven Eigenschaften erkennbar sind. Neben einer Steigerung des Selbstwertgefühls wird ebenso ein Zuwachs an Wohlbefinden erwartet.

Kurzübersicht zum Sitzungsverlauf

- Begrüßungsrunde/Überblick zu Sitzung 4 (7 Minuten)
- Besprechung der häuslichen Übung (10 Minuten)
- Achtsamkeitsübung: Achtsames Duschen (15 Minuten)
- Theoretischer Input zum Thema Dankbarkeit (5 Minuten)
- Praktische und interaktive Übung: Für was ich dankbar bin (15 Minuten)
- Praktische Übung: Dankesbrief (25 Minuten)
- **Pause (5 – 10 Minuten)**
- Theoretischer Input zum Thema: Das Positive an mir und meinem Leben (5 Minuten)
- Praktische Übung: Das mag ich an mir und meinem Leben (20 Minuten)
- Häusliche Übung bis zur nächsten Sitzung (10 Minuten)
- Abschlussrunde (10 Minuten)
- Ausblick auf die nächste Sitzung (3 Minuten)

6.1.5 Sitzung 5: Eigene Stärken erkennen und nutzen

Lehrziele der Sitzung

Der Einstieg in die fünfte Sitzung erfolgt durch die Achtsamkeitsübung „Achtsam Gehen“. Hauptthema der Sitzung stellen die individuellen Stärken der Teilnehmenden dar. Ziel der Sitzung ist die Auseinandersetzung mit den eigenen Stärken und Fertigkeiten sowie deren Integration in den Alltag. Es wird zunächst ein theoretischer Input vermittelt, bei dem das Thema Stärken und Schwächen aufgegriffen wird. Außerdem werden Anregungen bezüglich potenzieller Stärken (Peterson & Seligman, 2004) gegeben, wobei die Teilnehmenden ihre eigenen Stärken reflektieren. Um Wohlbefinden zu steigern, scheint es besonders hilfreich, die eigenen Stärken zu nutzen und in den Alltag einzubauen (Seligman et al., 2005). Aufgrund dessen wird zusätzlich eine konkrete Planung vorgenommen, wie die Stärke in Zukunft in den Alltag integriert werden könnte.

Kurzübersicht zum Sitzungsverlauf

- Begrüßungsrunde/Überblick zu Sitzung 5 (7 Minuten)
- Besprechung der häuslichen Übung (10 Minuten)
- Achtsamkeitsübung: Gehmeditation (5 Minuten)
- Theoretische Einführung: Stärken und Schwächen (5 Minuten)
- Interaktive Übung in der Gruppe: Stärkensammlung (12 Minuten)
- Praktische Übung: Meine persönlichen Stärken (15 Minuten)
- **Pause (5 – 10 Minuten)**
- Praktische und interaktive Übung: Stärken in den Alltag einsetzen (30 Minuten)
- Häusliche Übung bis zur nächsten Sitzung (7 Minuten)
- Abschlussrunde (10 Minuten)
- Ausblick auf die nächste Sitzung (3 Minuten)

6.1.6 Sitzung 6: Wertschätzung üben

Lehrziele der Sitzung

Die sechste Sitzung beschäftigt sich mit dem Thema soziale Ressourcen und Wertschätzung. Übergeordnetes Ziel ist es, mittels eines wertschätzenden Umgangs soziale Kontakte zu generieren und Wohlbefinden zu steigern. Die Teilnehmenden erfahren hierbei, warum es wichtig ist, soziale Beziehungen zu haben und wie sie diese durch Wertschätzung pflegen bzw. aufbauen können (Auhagen, 2008b; Lyubomirsky & Neubauer, 2008). Um andere Menschen wertschätzen zu können, erscheint es hilfreich, sowohl die Stärken als auch Schwächen der Person zu sehen. Der Mensch sollte demnach ganzheitlich betrachtet werden. Schwächen können zudem auch aus einer anderen Perspektive betrachtet werden, sodass diese vermeintlichen Schwächen auch positive Seiten haben. In diesem Kontext wird die Methode des „Reframings“ (Schlippe & Schweitzer, 2002) vorgestellt und anhand einer praktischen und interaktiven Übung veranschaulicht. Die Teilnehmenden lernen hierdurch, eine neue und ergänzende Perspektive einzunehmen. Diese Perspektive kann das Aufbringen von Wertschätzung erleichtern und sich somit positiv auf die sozialen Ressourcen der Person auswirken. Anhand einer Netzwerkkarte (Friedrich, S., 2010a) werden die bestehenden sozialen Kontakte gesammelt, um dann anschließend die positiven Aspekte einer Person herauszuarbeiten. Mittels der Aneignung positiver zwischenmenschlicher Kompetenzen zielt die Sitzung kurzfristig darauf ab, positive Erfahrungen mit anderen Menschen zu machen, um langfristig positive soziale Beziehungen aufzubauen.

Kurzübersicht zum Sitzungsverlauf

- Begrüßungsrunde/Überblick zu Sitzung 6 (7 Minuten)
- Besprechung der häuslichen Übung (10 Minuten)
- Theoretische Einführung: Soziale Ressourcen (7 Minuten)
- Frage an die Gruppe zum Thema Wertschätzung (7 Minuten)
- Theoretischer Input zum Thema Stärken und Schwächen (7 Minuten)
- Interaktive Übung: Reframing (25 Minuten)
- **Pause (5 - 10 Minuten)**
- Praktische Übung: Erstellen einer Netzwerkkarte (20 Minuten)
- Theoretischer Input: Komplimente und Wertschätzung vermitteln (7 Minuten)
- Häusliche Übung bis zur nächsten Sitzung (5 Minuten)
- Abschlussrunde (10 Minuten)
- Ausblick auf die nächste Sitzung (3 Minuten)

6.1.7 Sitzung 7: Hilfsbereitschaft, Mitmenschlichkeit und Freundlichkeit

Lehrziele der Sitzung

Die siebte Sitzung beschäftigt sich mit dem Thema Hilfsbereitschaft, Mitmenschlichkeit und Freundlichkeit. Der Zusammenhang von Wohlbefinden und Mitmenschlichkeit, Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft wird sowohl theoretisch als auch praktisch verdeutlicht. Ein mitmenschliches und hilfsbereites Verhalten, also anderen Menschen etwas Gutes tun, kann sich positiv auf das Wohlbefinden auswirken und Freude sowohl beim Sender als auch Empfänger auslösen (Auhagen, 2008a; Lyubomirsky & Neubauer, 2008). Die Teilnehmenden lernen, was ein solches mitmenschliches Verhalten ausmacht und wie es in den Alltag integriert werden kann. Oft handelt es sich hierbei um Kleinigkeiten, die jedoch große Wirkung haben. Die Klient*innen setzen sich damit auseinander, wie es ist, nicht nur Hilfe zu geben bzw. Gutes zu tun, sondern auch, inwiefern es ihnen gelingt, Hilfe anzunehmen (Engelmann, 2012). Im zweiten Teil der Sitzung wird außerdem das Thema „positiver Kontakt/positive Kommunikation“ (Auhagen, 2006) aufgegriffen, wobei die Teilnehmenden ihr Bewusstsein hinsichtlich eines positiven Gesprächs und eines positiven Umgangs mit ihren Mitmenschen schulen können. In einer abschließenden Übung sollen erneut konkrete Aktivitäten in Bezug auf mitmenschliches und hilfsberechtigtes Handeln geplant werden, die selbstständig umgesetzt werden (Lyubomirsky & Neubauer, 2008). Übergeordnetes Ziel der siebten Sitzung ist es demnach, Wohlbefinden durch positive Beziehungen bzw. positive Erfahrungen mit anderen Menschen herzustellen.

Kurzübersicht zum Sitzungsverlauf

- Begrüßungsrunde/Überblick zu Sitzung 7 (7 Minuten)
- Besprechung der letzten häuslichen Übung (10 Minuten)
- Praktische Übung: Gedankenblume „Hilfsbereitschaft/Mitmenschlichkeit/Freundlichkeit“ (10 Minuten)
- Theoretischer Input zum Thema: Hilfsbereitschaft, Mitmenschlichkeit, Freundlichkeit (10 Minuten)
- Praktische und interaktive Übung: Mitmenschlichkeit und Freundlichkeit (20 Minuten)
- **Pause (5 – 10 Minuten)**
- Praktische Übung: Hilfe annehmen (10 Minuten)
- Interaktive Übung: Positiver Kontakt zu anderen (20 Minuten)
- Häusliche Übung bis zur nächsten Sitzung (15 Minuten)
- Abschlussrunde (10 Minuten)
- Ausblick auf die nächste Sitzung (3 Minuten)

6.1.8 Sitzung 8: Zusammenfassung und Abschluss

Lehrziele der Sitzung

Die achte und somit letzte Sitzung des Ressourcenaufbauprogramms fasst alle behandelten Themen noch einmal zusammen und ermöglicht ein gemütliches Beisammensein sowie einen entspannten Abschluss des Gruppenangebots. Nachdem die Sitzung mit einer achtsamen Genussübung begonnen hat, werden alle Themen, Methoden und häuslichen Übungen des Konzepts zusammengetragen. Die Teilnehmenden haben die Möglichkeit, die für sie passendsten Übungen und Methoden aus dem Konzept zu identifizieren und in der Übung „Mein Wohlbefinden“ zusammenzufassen. Dabei sollen alle für sie relevanten Methoden, die als wohlbefindenssteigernd empfunden wurden, integriert werden. Als Abschluss wird eine Übung durchgeführt, bei der alle Gruppenmitglieder die Möglichkeit haben, den jeweils anderen Teilnehmenden zu sagen, was sie an den anderen gut fanden und positiv wertschätzen möchten. Dies ermöglicht einen positiven und angenehmen Abschluss des Ressourcenaufbauprogramms.

Kurzübersicht zum Sitzungsverlauf

- Begrüßungsrunde/Überblick zu Sitzung 8 (7 Minuten)
- Besprechung der letzten häuslichen Übung (7 Minuten)
- Achtsamkeitsübung: „Schokolade genießen“ (10 Minuten)
- Zusammenfassung der Inhalte (7 Minuten)
- Praktische Übung: Mein Wohlbefinden (10 Minuten)
- **Pause (5 -10 Minuten)**
- Interaktive Übung: Wertschätzungsdusche (20 Minuten)
- Rückmeldung und gemütliches Beisammensein (15 Minuten)
- Verabschiedung (5 Minuten)

7 Ressourcenaktivierungstheorie und das Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.

Das Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. ist ein Gruppenkonzept für psychisch erkrankte Menschen zur Steigerung des Wohlbefindens. Auf Basis der Ressourcenaktivierungstheorie von Grawe und Grawe-Gerber (1999) (siehe Kapitel 2 „Konsistenztheoretische Überlegungen“) wird in diesem Gruppenkonzept eine Steigerung des Wohlbefindens durch eine verbesserte Bedürfnisbefriedigung angestrebt. Den theoretischen Annahmen zufolge, können bei psychisch erkrankten Menschen drei der vier Grundbedürfnisse als verletzt eingestuft werden. Diese Einschätzung begründet die Notwendigkeit einer Ressourcensteigerung insbesondere bei psychisch erkrankten Menschen. Die Grundbedürfnisse sieht Grawe in dem Bedürfnis nach:

- Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz
- Orientierung und Kontrolle
- sozialen Bindungen
- Lustgewinnung und Unlustvermeidung

Im Folgenden soll dargestellt werden, wie der Prozess der Ressourcensteigerung im konzipierten Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. erfolgt. Eine Ressourcensteigerung wird in dieser Arbeit gleich einer Bedürfnisbefriedigung verstanden, wobei die vier Grundbedürfnisse unter anderem die übergeordneten zu fördernden Ressourcen darstellen. Hinsichtlich der Grundbedürfnisse wird eine möglichst stringente Ableitung der theoretischen Annahmen in die Praxis des Gruppenkonzepts angestrebt. Zur besseren Übersichtlichkeit werden im Folgenden die theoretischen Überlegungen getrennt für die vier Grundbedürfnisse betrachtet. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass sich die ablaufenden Prozesse wechselseitig bedingen.

a) Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle

Die Tatsache, eigene Probleme und Herausforderungen nicht selbstständig lösen zu können und sich deshalb Hilfe zu holen, stellt eine Verletzung des Kontrollerlebens dar. „Alles, was ihm in Aussicht stellt, die Kontrolle wiederzuerlangen, ist geeignet, sein Wohlbefinden zu verbessern“ (Grawe, 2000, S. 534). Kontrolle, so der Autor, wird dann empfunden, wenn man im Sinne der eigenen Ziele handeln und aktiv sein kann. Durch die Aktivierung der Ressourcen der Klient*innen werden positive Wahrnehmungen hinsichtlich des Bedürfnisses nach Orientierung und Kontrolle ermöglicht. Die Klient*in muss merken, dass sie selbst etwas tun kann, um die Dinge zu beeinflussen. Hierfür sind klare Strukturen und transparentes Vorgehen von Bedeutung, da diese Bedingungen freies und aktives Han-

deln ermöglichen. Die Bewältigung von Aufgaben und das Verstehen eines Prozesses können für das Kontrollbedürfnis förderlich sein. Bedürfnisbefriedigende Wahrnehmungen bezüglich des Kontrollerlebens führen dementsprechend zu Wohlbefinden und positiven Emotionen (ebd.).

Die klaren und transparenten Rahmenbedingungen des Programms können dem Kontrollerleben zuträglich sein, indem sie ein aktives und freies Handeln seitens der Teilnehmenden ermöglichen. Der Ablauf jeder Sitzung wird zum einen in der vorherigen Einheit als auch initial zu jedem Sitzungsbeginn erläutert. Auch die Niedrigschwelligkeit der Übungen und Hausaufgaben und die damit verbundene erfolgreiche Bewältigung von Aufgaben können förderlich wirken. Die Teilnehmenden lernen, dass auch sie Dinge durch aktives Zutun beeinflussen und herbeiführen können. Durch die konkrete Planung der Übungen (Verschriftlichung der Planung einer Aktivität, Planung eines Genussmoments oder dem Einsetzen einer Stärke) wird die Wahrscheinlichkeit der tatsächlichen Umsetzung erhöht. Zudem werden die Übungen in unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden angeboten, wobei jede Übung entsprechend dem Funktionsniveau ausgeübt werden kann. Mittels der Übungen zu den verschiedenen Themengebieten (bewusst genießen, Stärken einsetzen, Komplimente geben und erhalten etc.) werden positive Emotionen generiert, deren Verursachung bei den Teilnehmenden selbst liegt. Die Teilnehmenden merken, dass sie ihr Wohlbefinden durch die Übungen selbst beeinflussen bzw. steigern können und, dass diese positive Wirkung auf sie selbst zurückzuführen ist. Die verschiedenen Übungen zielen auf die Bewusstmachung bisheriger Erfolge und allgemein positiver Erfahrungen ab. Durch die gezielte Aufmerksamkeitslenkung werden diese positiv konnotierten Erfahrungen hervorgerufen und die Teilnehmenden erleben sich als kompetent und aktiv. Im Kontext dieser Aufgaben werden immer wieder die eigenen Anteile der Person herausgearbeitet, die zu dem positiven Ereignis geführt haben (z. B. Übung „Ressourceninterview“, Übung „Stärkennutzung“ etc.), sodass die Eigenverantwortlichkeit gestärkt und das Kontrollerleben gefördert wird.

b) Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz

„Psychisch gestört zu sein, stellt eine Kränkung des Selbstwertgefühls dar“ (Grawe, 2000, S. 539). Das Gefühl des persönlichen Versagens, das mit einer psychischen Erkrankung einhergeht, stellt eine Inkongruenz zu dem Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung dar. Die Klient*in berichtet in der Regel überwiegend von ihren Problemen und Defiziten, sodass der Fokus in der Behandlung eben auf diesen Anteilen der Person liegt. Eine ressourcenorientierte Vorgehensweise ermöglicht überwiegend selbstwerterhöhende Wahrnehmungen. „Wenn die Therapeutin dem Patienten Gelegenheit gibt, sich in der Psychotherapie von seinen Stärken und positiven Seiten zu zeigen und sich in ihnen von ihr beachtet zu erleben, verschafft sie ihm damit selbstwerterhöhende Wahrnehmungen, für die

er in dieser Situation besonders bedürftig ist“ (Grawe, 2000, S. 539). Um Selbstwerterhöhung zu erzielen, ist es demnach wichtig, die Klient*in in ihren Stärken zu sehen und diese bewusst wahrzunehmen. Die Klient*in sollte als interessanter Mensch wahrgenommen werden, deren Eigenschaften, Erfahrungen, Hobbies etc. (Ressourcen) interessieren und im Rahmen der Therapie Entfaltung finden. Ein solcher Prozess wird als prozessuale Ressourcenaktivierung verstanden. Die Klient*in erlebt sich in ihren positiven Seiten und als kompetenter Mensch.

Aufgrund der primär ressourcenorientierten Ausrichtung des Programms wird in beinahe jeder verwendeten Übung eine Erhöhung des Selbstwertgefühls angestrebt. Während zu Beginn des Programms ein erster Kontakt zum Thema „Eigene Ressourcen“ (materielle, soziale, infrastrukturelle, personale Ressourcen; Streich & Lüttringhaus, 2004) hergestellt wird, werden diese Ressourcen im Verlauf des Konzepts mit jeder Sitzungseinheit konkretisiert. Die Teilnehmenden erforschen verborgene bzw. in der Vergangenheit genutzte Ressourcen sowie aktuell für sie relevante. Es werden eigene Stärken und angenehme Aktivitäten (Hobbies, Interessen etc.) aufgespürt und entfaltet. Die positiven Seiten der Teilnehmenden bezüglich ihres Charakters, ihres Körpers, ihrer Erfahrungen und ihres Lebens werden herausgearbeitet, wodurch allgemein selbstwerterhöhende Wahrnehmungen beabsichtigt werden. Eine Übung zum Thema „Reframing“ zeigt, wie vermeintlich negative Eigenschaften ins Positive umgedeutet werden können, wobei die Teilnehmenden zu einem wohlwollenden und freundlichen Umgang mit sich selbst angeregt werden. Mittels der Auseinandersetzung mit dem Thema „Wertschätzung“ wird vermittelt, wie ehrliches und positives Feedback gegeben und angenommen werden kann. Die Übung „Wertschätzungsduche“ in der Abschlussitzung ermöglicht es beispielsweise allen Teilnehmenden positives Feedback an die Gruppenmitglieder zu geben, wodurch selbstwerterhöhende Wahrnehmungen realisiert werden sollen.

c) Bedürfnis nach sozialer Bindung

Als drittes Grundbedürfnis nach Grawe ist das Bindungsbedürfnis zu nennen.²¹ Positive Beziehungserfahrungen in der Psychotherapie, so die Theorie, sollen den Klient*innen Kraft geben, auch in der Außenwelt eben solche positiven Beziehungserfahrungen zu erleben. Eine „Verbesserung des Wohlbefindens durch positive Beziehungserfahrungen“ (Grawe, 2000, S. 537) ist jedoch nicht ausschließlich durch die Therapiebeziehung möglich, sondern kann ebenso gut in der realen Welt der Klient*innen angestrebt werden. Die Forschung der letzten Jahre konnte

²¹ Grawe stützt sich auf die Ausführungen von Bowlby (1969); (1995), der ebenfalls davon ausgeht, dass Menschen mit dem angeborenen Bedürfnis nach sozialen Beziehungen geboren werden.

eindeutig zeigen, wie wichtig positive Beziehungen bzw. soziale Unterstützungsmöglichkeiten sind und welche positiven Auswirkungen diese auf das Wohlbefinden haben (Berkman & Syme, 1979; Uchino, Bowen, Carlisle & Birmingham, 2012). Die Möglichkeiten, in einer Psychotherapie positive Wahrnehmungen hinsichtlich des Bindungsbedürfnisses zu machen, werden demnach nicht nur in einer guten und tragfähigen Therapiebeziehung gesehen, sondern beziehen sich vorwiegend auf die Vorbereitung der Klient*innen, positive Beziehungserfahrungen in der Außenwelt zu erleben.

Zunächst ist anzumerken, dass das Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. bereits durch die Gruppenstruktur an sich soziale Kontakte fördert. Jedoch auch inhaltlich beschäftigt sich das R.A.P. konkret mit dem Aufbau positiver zwischenmenschlicher Kompetenzen und dem Generieren von Wohlbefinden in sozialen Beziehungen. Es wird eine wertschätzende Haltung gegenüber der eigenen Person und anderen Menschen vermittelt. Das Zeigen von Wertschätzung kann positive soziale Kontakte aufbauen und dadurch Wohlbefinden herstellen. Eine solche wertschätzende Haltung wird ermöglicht, indem der Mensch ganzheitlich, sowohl in seinen Stärken als auch Schwächen, wahrgenommen wird. Im Rahmen der siebten Sitzung wird das Thema Mitmenschlichkeit, Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit behandelt. Gutes tun und Mitmenschlichkeit und Freundlichkeit zu zeigen fördert nicht nur soziale Kontakte, sondern insbesondere die Befindlichkeit. Sowohl „Geben“ als auch „Nehmen“ können positive Emotionen hervorrufen und wohlbefindenssteigernd wirken (Auhagen, 2003; Lyubomirsky, Schkade & Sheldon, 2005). Die Teilnehmenden lernen verschiedene zwischenmenschliche Fertigkeiten, wie sich solch ein positiver Kontakt gestalten und in den Alltag integrieren lässt. Eine Befriedigung des Grundbedürfnisses nach Bindung wird demnach nicht durch eine optimale Therapiebeziehung, wie es Grawe postuliert, angestrebt, sondern erfolgt in der Vermittlung zwischenmenschlicher Kompetenzen in den Bereichen Wertschätzung und Mitmenschlichkeit.

d) Bedürfnis nach Lustgewinnung und Unlustvermeidung

Abschließend soll auf das Grundbedürfnis nach Lustgewinnung und Unlustvermeidung als Ziel des Ressourcenaufbauprogramms eingegangen werden. Dieses Bedürfnis stellt das Bestreben dar, positive Emotionen und Erfahrungen herbeizuführen und negative, schmerzhaft Erfahrungen zu vermeiden. Im Kontext der Ressourcenaktivierungstheorie nach Grawe ist die Befriedigung des Lustbedürfnisses unter anderem das Resultat der Bedürfnisbefriedigung der anderen Grundbedürfnisse. Grawe (2000) sieht in dem Prozess der Ressourcenaktivierung die Möglichkeit, selbstwerterhöhende Wahrnehmungen, Kontrollerfahrungen und positive Beziehungserfahrungen zu machen und dadurch eine Reduktion vorherrschender Inkongruenzen zu erzielen. Die Abnahme der Inkongruenzen geht direkt mit einer Steigerung des Wohlbefindens einher. Die Verbesserung des

Wohlbefindens wird mit einer Erfüllung des Lustbedürfnisses gleichgesetzt. „Insofern ist dieses Grundbedürfnis ein pervasives Bedürfnis, welches das ganze seelische Geschehen durchdringt“ (Grawe, 2000, S. 395). Die Herbeiführung von Freude und die Vermeidung negativer Gefühle ist ein so grundsätzliches Bedürfnis des Menschen, dass nahezu jede Erklärung des menschlichen Verhaltens auf eben diese Prämisse zurückgeführt werden kann.

Die Befriedigung von Grundbedürfnissen geht mit vermehrten positiven Emotionen einher. Beinahe jede verwendete Übung im Ressourcenaufbauprogramm zielt darauf ab, positive Emotionen bei den Teilnehmenden zu generieren und negative Gefühle abzubauen. Durch den primären Ressourcen- und Stärkenfokus, der sich bei den vielfältigen Methoden und Themen zeigt, wird Raum für die Entfaltung zahlreicher positiver Emotionen wie Freude, Stolz, Mut etc. gegeben. Mittels praktischer Übungen werden die positiven Emotionen direkt erlebbar und zugänglich gemacht. Nicht nur die erfolgreiche Bewältigung einer Aufgabe, auch die positive Erinnerung an Vergangenes oder die unmittelbar erfahrene Wertschätzung von anderen Gruppenmitgliedern, sollen positive Gefühle hervorrufen.

e) Wohlbefinden und Symptomreduktionen

Allgemein gehen mit einer verbesserten Bedürfnisbefriedigung Wohlbefinden und Symptomreduktionen einher, so Grawes Theorie (Grawe, 2000). Es wird eine möglichst ganzheitliche Wohlbefindenssteigerung angestrebt, bei der es das emotionale, kognitive und körperliche Wohlbefinden zu fördern gilt. Wenngleich eine Aufgliederung dieser drei Wohlbefindensdimensionen bezüglich der verwendeten Übungen Überschneidungen birgt, so soll dennoch ein skizzenhafter Überblick diesbezüglich gegeben werden. Es ist festzuhalten, dass die Übungen und Methoden, die zur Steigerung des Selbstwertgefühls und des Kontrollerlebens Verwendung fanden, primär das kognitive Wohlbefinden fördern sollen, da insbesondere kognitive Umstrukturierungsprozesse angeregt wurden und dies die allgemeine Zufriedenheit beeinflussen sollte. Ein Zuwachs an emotionalem Wohlbefinden, also eine verbesserte aktuelle Stimmung, wird durch jede verwendete ressourcensteigernde Methode angestrebt. Insbesondere das Geben und Empfangen von Wertschätzung, das Ausführen positiver Aktivitäten oder das Empfinden und Zeigen von Dankbarkeit zielt auf das Erleben positiver Emotionen und ein verbessertes emotionales Wohlbefinden ab. Eine Steigerung des körperlichen Wohlbefindens wird insbesondere durch die Aneignung von Achtsamkeit und Genussfähigkeiten angestrebt, da mit diesen Methoden primär der körperliche Zustand beeinflusst werden soll. Eine Steigerung der drei Wohlbefindens-Dimensionen findet somit auf vielfältige Weise Anwendung im Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.

Mit der Verbesserung der Bedürfnisbefriedigung und dem Zuwachs an Wohlbefinden wird außerdem eine Abnahme an Krankheitssymptomen erwartet. Wenn gleich durch das Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. nicht direkt an den verschiedenen Symptomen der psychisch erkrankten Menschen gearbeitet wird, so kann dennoch indirekt durch den einleitenden Perspektivwechsel mit der Zeit die Symptomatik verflachen und die Erkrankung besser bewältigt werden.

Allgemein kann festgehalten werden, dass mit dem entwickelten Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. ein Gruppenkonzept in die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen Eingang findet, welches mit unterschiedlichen stärkenorientierten Übungen und Methoden das Wohlbefinden von unter Ressourcenverlusten leidenden Personen, steigern soll. Neben einer Verbesserung des Selbstwerts und des Kontrollerlebens sollen auch positive zwischenmenschliche Kontakte sowie positive Emotionen generiert werden.

8 Zusammenfassung und Schlussfolgerung aus den theoretischen Grundlagen

Die Klientel der Sozialpsychiatrie, chronisch psychisch erkrankte Menschen, leidet meist unter großen Ressourcenverlusten. Die Zielgruppe zeichnet sich insbesondere durch lange und überwiegend schwere Krankheitsverläufe aus. Aufgrund der psychischen Erkrankung gelingt es immer weniger, die eigenen Grundbedürfnisse zu befriedigen.

Im Rahmen der Ressourcenaktivierungstheorie (Grawe & Grawe-Gerber, 1999) wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch Ressourcen hat. Diese sind jedoch durch die Dominanz der psychischen Erkrankung nicht immer zugänglich. Mit dem Einsatz ressourcenaktivierender Interventionen kann es gelingen, die vorhandenen oder neuen Ressourcen zu entdecken und zu aktivieren. Eine solche Aktivierung geht mit einer verbesserten Bedürfnisbefriedigung sowie einem gesteigerten Wohlbefinden und einer Reduktion von Symptomen einher.

Neben ressourcenorientierten Methoden im Einzelsetting, erfreuen sich auch Gruppenprogramme, die sich an den Stärken und Fähigkeiten der Menschen orientieren, immer größerer Beliebtheit. Solche stärkenorientierten Programme wurden bisher nicht nur für „gesunde“ nicht psychisch Erkrankte, sondern auch vereinzelt für klinische Populationen konzipiert und teilweise evaluiert. Der überwiegende Teil der analysierten Programme für psychisch Erkrankte ist für eine diagnosehomogene Gruppe aufbereitet. Demnach werden beispielsweise Gruppenangebote für ausschließlich Depressive oder Schizophrene sichtbar. Bis dato wurde ein Mangel an Gruppeninterventionen festgestellt, die explizit für eine heterogene Gruppe (indikationsübergreifend) angepasst wurden. Es konnten außerdem nur zwei Programme gefunden werden, die auch die Zielgruppe der schwer psychisch kranken Menschen ansprechen. Auch wenn beide Studien Hinweise in Richtung einer positiven Wirksamkeit geben, so bleibt zum einen offen, inwiefern ein explizit an diese Zielgruppe angepasstes Gruppenprogramm bei chronisch psychisch Erkrankten wirkt. Da beide Vergleichsprogramme ausschließlich im amerikanischen Raum entwickelt und evaluiert wurden, bleibt zum anderen abzuwarten, wie eine Evaluation im deutschsprachigen Raum ausfällt.

Primäres Ziel der Studie war es deshalb, ein ressourcenorientiertes Gruppenprogramm explizit für die Zielgruppe der chronisch psychisch erkrankten Menschen zu entwickeln, wobei verschiedene Diagnosegruppen angesprochen werden sollten. Die Entwicklung des Gruppenprogramms erfolgte unter Berücksichtigung zahlreicher relevanter Faktoren, die die Wirksamkeit einer Gruppentherapie beeinflussen. Das Modell von Burlingame et al. (2004) erschien als Basis für potenzielle Adaptionsmaßnahmen als besonders geeignet. Es werden fünf Hauptkomponenten sichtbar, die Einfluss auf die Wirksamkeit von Gruppentherapie nehmen. Neben der Person der Gruppenleitung spielen auch strukturelle Aspekte,

gruppendynamische Faktoren sowie die Patientenmerkmale und die dahinterstehende Veränderungstheorie eine bedeutsame Rolle. Auf der Grundlage dieses Modells konnten relevante Anpassungsmaßnahmen für die Zielgruppe und das Setting der Sozialpsychiatrie vorgenommen werden. So wurden beispielsweise die verwendeten Übungen der Heterogenität der Klientel angepasst, Empfehlungen für die Gruppenleitung für den Umgang mit der schwer belasteten Klientel im Gruppensetting gegeben und die strukturellen Gegebenheiten möglichst niedrigschwellig konzipiert.

Es entstand demnach ein neu entwickeltes Gruppenprogramm (Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.), bestehend aus acht Sitzungen (à zwei Stunden). Die enthaltenen Übungen und Methoden zielen darauf ab, die verschiedenen personalen Ressourcen der Teilnehmenden zu steigern. Durch die Teilnahme an dieser ressourcenorientierten Intervention wird ein Auf- und Ausbau verschiedener Ressourcen angestrebt, sodass eine verbesserte Grundbedürfnisbefriedigung resultiert und die Teilnehmenden mehr Wohlbefinden erleben.

Neben der theoretischen Entwicklung und Fundierung des Gruppenprogramms soll im Rahmen der vorliegenden Arbeit außerdem die Wirksamkeit des Ressourcenaufbauprogramms R.A.P. an der Zielgruppe der chronisch psychisch Erkrankten untersucht werden. Im nachfolgenden Kapitel werden die relevanten Fragestellungen der Studie näher erläutert.

EMPIRISCHER TEIL

9 Fragestellung und Hypothesen

In der vorliegenden Studie wurde die Wirksamkeit eines Gruppenprogramms (Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.), an chronisch psychisch kranken Menschen in sozialpsychiatrischen Einrichtungen in Bayern untersucht. Mit dieser Gruppenintervention wurde das Ziel verfolgt, die verschiedenen personalen Ressourcen der Klient*innen zu steigern und das Wohlbefinden zu verbessern. Wenn auch bereits Gruppenprogramme mit diesen thematischen Schwerpunkten existieren, so mangelte es bis dato an Interventionen, die explizit für die Zielgruppe der chronisch psychisch erkrankten Menschen angepasst wurden. Zudem war keine Studie im deutschsprachigen Raum bekannt, die ein qualitativ hochwertiges Studiendesign vorwies, aus dem Schlussfolgerungen hinsichtlich der Wirksamkeit eines solchen Trainings für chronisch psychisch erkrankte Menschen möglich waren.

Auf der Grundlage der Ressourcenaktivierungstheorie von Grawe (siehe Kapitel 2 „Konsistenztheoretische Überlegungen“) wird theoretisch angenommen, dass die Aktivierung von Ressourcen zu einer verbesserten Grundbedürfnisbefriedigung²² führt und bei psychisch erkrankten Menschen Wohlbefinden und Symptomreduktionen erzeugen. Basierend auf diesen Annahmen wurde die Auswahl der personalen Ressourcen getroffen (siehe Abbildung 7, S. 127).

Die Forschungsfragen lauten:

1. Steigert das entwickelte Gruppenprogramm (Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.) die *personalen Ressourcen* chronisch psychisch erkrankter Menschen?
2. Welche *Faktoren beeinflussen* den Trainingserfolg der Teilnehmenden?

Um die direkte Wirksamkeit des Trainings zu untersuchen, werden gerichtete Veränderungshypothesen aufgestellt (Döring & Bortz, 2016e). Die potenziellen Einflussvariablen werden auf Basis ungerichteter sowie gerichteter Zusammenhangs- bzw. Unterschiedshypothesen geprüft.

²² Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz, Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle, Bedürfnis nach Lustgewinnung und Unlustvermeidung, Bedürfnis nach sozialer Bindung

9.1 Hypothesen zu den personalen Ressourcen

Die Ressourcenaktivierungstheorie von Grawe und Grawe-Gerber (1999) gibt Hinweise darauf, dass ressourcenaktivierende Interventionen zur Befriedigung der vier Grundbedürfnisse (Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz, Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle, Bedürfnis nach Lustgewinnung und Unlustvermeidung, Bedürfnis nach sozialer Bindung) beitragen und somit Wohlbefinden und eine Reduktion der Symptome erzeugen. Im Sinne dieser theoretischen Annahmen soll zum einen geprüft werden, inwiefern es zu verbesserten Werten in den vier Grundbedürfnissen (H1.1, H1.2, H1.3, H1.4) kommt, die zugleich als eigenständige personale Ressourcen gesehen werden. In einem weiteren Schritt ist zu prüfen, ob bzw. in welchem Ausmaß eine Steigerung des Wohlbefindens (H1.5) und eine Minderung der Symptome (H1.6) festzustellen sind. Um das Konstrukt „Wohlbefinden“ möglichst ganzheitlich zu erheben, werden sowohl emotionale sowie kognitive und körperliche Aspekte des Wohlbefindens erfasst. Die Symptomreduktion bezieht sich primär auf depressive Symptome. Um weiterhin zu erfahren, ob die Teilnahme am Ressourcenaufbauprogramm auch mit einer gesteigerten Selbstfürsorge einhergeht, wird auch die Veränderung dieser Variable geprüft (H1.7).

a) Hypothese zum Selbstwertgefühl

Kann durch die Teilnahme an dem Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. eine Verbesserung des Selbstwertgefühls erreicht werden und somit das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz befriedigt werden?

H_{1.1}: Die Teilnahme an dem Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. führt zu einem verbesserten *Selbstwertgefühl*. Proband*innen, die an dem R.A.P. teilnehmen, zeigen verbesserte Werte über die Messzeitpunkte und im Vergleich zur Kontrollgruppe auf.

b) Hypothese zur internalen und externalen Kontrollüberzeugung

Führt die Teilnahme am R.A.P. dazu, das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle zu befriedigen, indem die Teilnehmenden der Überzeugung sind, ihr Wohlbefinden selbst in der Hand zu haben (hohe interne Kontrollüberzeugung, geringe externe Kontrollüberzeugung)?

H_{1.2}: Durch die Teilnahme an dem Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. wird die *interne Kontrollüberzeugung* verbessert und die *externale Kontrollüberzeugung* vermindert. Proband*innen, die an dem R.A.P. teilnehmen, zeigen verbesserte Werte über die Messzeitpunkte und im Vergleich zur Kontrollgruppe auf.

c) Hypothese zu positiven und negativen Emotionen

Erleben Teilnehmende des Ressourcenaufbauprogramms R.A.P. mehr positive und weniger negative Emotionen und gelingt es somit das Bedürfnis nach Lustgewinnung und Unlustvermeidung zu befriedigen?

H_{1.3}: Die Teilnahme an dem Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. führt dazu, mehr *positive* und weniger *negative Emotionen* zu erleben. Proband*innen, die an dem R.A.P. teilnehmen, zeigen verbesserte Werte über die Messzeitpunkte und im Vergleich zur Kontrollgruppe auf.

d) Hypothese zum positiven zwischenmenschlichen Kontakt (Liebesfähigkeit)

Trägt das Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. dazu bei, die „Liebesfähigkeit“ der Proband*innen zu erhöhen? Liebesfähigkeit wird im Sinne von wertschätzendem Umgang, Güte und Herzlichkeit verstanden und ist als Basis für die Befriedigung des Grundbedürfnisses nach sozialer Bindung zu sehen.

H_{1.4}: Proband*innen, die an dem Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. teilnehmen, können mehr „*Liebesfähigkeit*“ (Becker, 1989) zeigen und praktizieren. Sie zeigen verbesserte Werte über die Messzeitpunkte und im Vergleich zur Kontrollgruppe auf.

e) Hypothese zum Wohlbefinden

Wird das kognitive, körperliche und emotionale Wohlbefinden der Proband*innen durch die Teilnahme an dem Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. gesteigert?

H_{1.5}: Die Teilnahme am Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. führt zu einem verbesserten *Wohlbefinden* im *emotionalen, kognitiven* und *körperlichen* Bereich. Proband*innen, die an dem R.A.P. teilnehmen, zeigen verbesserte Werte über die Messzeitpunkte und im Vergleich zur Kontrollgruppe auf.

f) Hypothese zur Symptomschwere (Depressivität)

Verbessern sich die depressiven Symptome der Teilnehmenden mit der Teilnahme an dem Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.?

H_{1.6}: Proband*innen, die an dem Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. teilnehmen, zeigen verbesserte Werte hinsichtlich *depressiver Symptome*. Sie weisen verbesserte Werte über die Messzeitpunkte und im Vergleich zur Kontrollgruppe auf.

g) Hypothese zur Selbstfürsorge

Das Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. zielt darauf ab, verschiedene personale Ressourcen zu steigern. Neben den genannten Ressourcen soll das R.A.P. auch

dazu beitragen, wohlwollend und fürsorglich mit sich selbst umzugehen. Eine Verbesserung der Selbstfürsorge ist insbesondere Ziel der „euthymen Therapie“ nach Lutz (2012). Diese Behandlungsinhalte (wie beispielsweise „Genuss erleben“ und „Sich Gutes tun“ sowie „Gutes annehmen können“) finden auch Anwendung im entwickelten Trainingsprogramm. Aufgrund der guten Passung des Konstrukts zu den angestrebten Veränderungen im Ressourcenaufbauprogramm soll folgende Frage beantwortet werden.

Trägt die Teilnahme an dem Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. dazu bei, sich selbst Gutes zu tun und Gutes annehmen zu können (Selbstfürsorge)?

H_{1.7}: Proband*innen, die an dem Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. teilnehmen, zeigen verbesserte Werte hinsichtlich ihrer *Selbstfürsorge*. Sie weisen verbesserte Werte über die Messzeitpunkte und im Vergleich zur Kontrollgruppe auf.

9.2 Hypothesen zu den potenziellen Einflussfaktoren

Die Wirksamkeit ressourcenorientierter Gruppenprogramme kann von zahlreichen Faktoren beeinflusst werden. Welche Faktoren die Wirksamkeit des entwickelten Gruppenprogramms mitbestimmen, soll durch die im folgenden aufgestellten Hypothesen geprüft werden.

Krankheitsbezogene Einflussfaktoren

Ziel der Studie war es, das Gruppenprogramm an die heterogene Zielgruppe der Sozialpsychiatrie möglichst gewinnbringend anzupassen. Wenn auch insbesondere chronisch psychisch erkrankte Menschen die Zielgruppe des R.A.P.s darstellen, so unterscheiden sich auch diese Klient*innen hinsichtlich ihrer psychosozialen Funktionsfähigkeit und dem Schweregrad ihrer Erkrankung. Alle Teilnehmenden sollten, unabhängig von dem Schweregrad ihrer Erkrankung sowie ihrem Funktionsniveau (GAF-Wert; Sass, 2003), von dem Gruppenprogramm profitieren. Ob und inwiefern das entwickelte Programm den Anspruch erfüllt, alle Klient*innen im sozialpsychiatrischen Setting zu erreichen, soll mit der nachfolgenden Hypothese geprüft werden. Theoretisch wird demnach angenommen, dass das Funktionsniveau und der Schweregrad der Erkrankung (GAF-Wert) keinen bedeutsamen Einfluss auf den Trainingserfolg haben und das Programm somit für eine große Bandbreite an psychisch Erkrankten wirksam ist.

H_{2.1}: Das *Funktionsniveau und der Schweregrad der Erkrankung* (GAF-Wert) haben keinen Einfluss auf den Trainingserfolg der Teilnehmenden.

Klient*innen sozialpsychiatrischer Maßnahmen leiden meist Jahrzehnte unter der Erkrankung und haben einen langen Behandlungsweg hinter sich. Aufgrund der Vielzahl erhaltener Interventionen kann angenommen werden, dass mit zunehmender Behandlungs- und Erkrankungsdauer der Trainingserfolg sinkt. Eine solche Tendenz ist beispielsweise bei Lindenmayer, Khan, Wance, Maccabee und Kaushik (2009) zu beobachten. Schwer psychisch erkrankte Menschen mit einer kürzeren Behandlungsdauer weisen teilweise signifikant bessere Therapieergebnisse im Rahmen eines gesundheitsförderlichen Gruppenprogramms auf als Klient*innen mit längeren Behandlungsdauern. Es wird folgende gerichtete Zusammenhangshypothese aufgestellt:

H_{2.2}: Je länger die *Behandlungsdauer bzw. die Erkrankungsdauer* ist, desto geringer ist der Trainingserfolg der Teilnehmenden.

Als weiterer krankheitsrelevanter Faktor wurde die Anzahl stationärer Aufenthalte in psychiatrischen Krankenhäusern gesehen. Wird die Zielgruppe der chro-

nisch psychisch erkrankten Menschen beschrieben, so wird deutlich, dass stationäre Aufenthalte gehäuft vorkommen (Klecha & Borchardt, 2007; Obert, 2004). Aufgrund dessen soll die Anzahl stationärer Aufenthalte im Leben einer Klient*in neben dem GAF-Wert als weiterer Indikator für die Schwere der Erkrankung betrachtet werden. Es wird kein Zusammenhang zwischen den Variablen angenommen:

H_{2.3}: Der Trainingserfolg wird nicht davon beeinflusst, wie oft die Teilnehmenden bereits *in psychiatrischen Krankenhäusern* untergebracht waren.

Das R.A.P. ist indikationsübergreifend gestaltet, sodass die Teilnehmenden verschiedenste Diagnosen aufzeigen. Vereinzelt wurden bereits diagnosespezifische ressourcenorientierte Gruppenprogramme entwickelt und evaluiert. Untersuchungen an beispielsweise Depressiven (Furchtlehner et al., 2019), Psychotischen (Schrank et al., 2016) oder auch Schizophrenen (Meyer et al., 2012) geben Hinweise bezüglich der Wirksamkeit an Klient*innen mit diesen Diagnosen. Das R.A.P. wurde speziell indikationsübergreifend konzipiert und beabsichtigt, ein möglichst gewinnbringendes Gruppenprogramm für die heterogene Zielgruppe der Sozialpsychiatrie und somit für alle Diagnosegruppen darzustellen. Theoretisch wird deshalb davon ausgegangen, dass das R.A.P. für alle Diagnosegruppen in gleichem Maße geeignet ist und es demnach keinen Zusammenhang zwischen der vorliegenden Diagnose und dem Trainingserfolg gibt.

H_{2.4}: Die *Art der psychischen Erkrankung* hat keinen Einfluss auf den Trainingserfolg der Teilnehmenden.

Soziodemografische Einflussfaktoren

Das Alter wurde bereits in einigen Studien zu ressourcenorientierten Gruppenprogrammen hinsichtlich seiner Einflussrelevanz untersucht. Beispielsweise geben die Untersuchungen von Viehhauser (2000) als auch von Gaberszig und Laireiter (2018) teilweise Hinweise darauf, dass mit höherem Alter auch der Trainingserfolg steigt. Somit wird eine gerichtete Zusammenhangshypothese aufgestellt, in der geprüft wird, inwiefern ältere Menschen mehr von dem Programm profitieren als jüngere.

H_{2.5}: Mit zunehmendem *Alter* steigt auch der Trainingserfolg der Teilnehmenden.

Das Ziel des R.A.P.s, eine ressourcensteigernde Intervention für die heterogene Zielgruppe der Sozialpsychiatrie zu sein, bezieht sich neben der Diagnose, dem Funktionsniveau und Schweregrad auch auf das Geschlecht der Teilnehmenden.

Sowohl Männer als auch Frauen sollen in gleichem Maße von dem R.A.P. profitieren. Andere Studien zu ressourcenorientierten Gruppenprogrammen (Furchtlehner et al., 2019; Viehhauser, 2000) zeigen keinen signifikanten Effekt bezüglich des Geschlechts. Somit wird folgende Hypothese angenommen:

H_{2.6}: Das Geschlecht hat keinen Einfluss auf den Trainingserfolg der Teilnehmenden.

Trainingsbezogene Einflussfaktoren

Die Wirksamkeit des Trainings soll durch die Durchführung einer wöchentlichen häuslichen Übung sowie der regelmäßigen Anwendung der erlernten Methoden verstärkt werden. Dies fördert den Transfer in den Alltag und führt zu einer Integration des Gelernten in die Lebenswelt der Klient*innen. Zahlreiche Überblicksarbeiten stellen die positive Wirkung von Hausaufgaben auf den Therapieerfolg dar (Kazantzis et al., 2000). In diesem Sinne werden folgende zwei gerichtete Zusammenhangshypothesen formuliert:

H_{2.7}: Teilnehmende, die regelmäßig die aufgegebenen *häuslichen Übungen* durchführen, weisen einen höheren Trainingserfolg auf als Teilnehmende, die diese seltener durchführen.

H_{2.8}: Die Häufigkeit der *Anwendung der Methoden* wirkt sich positiv auf den Trainingserfolg aus. Teilnehmende, die häufig die erlernten Methoden anwenden (Interventions- und Follow-up-Zeitraum), profitieren mehr von dem Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. als Teilnehmende, die diese seltener anwenden.

Weiterhin scheint interessant, ob Teilnehmende, die sich bereits mit den Themen des R.A.P.s auskennen und somit ein gewisses Maß an Interesse an diesem Themenbereich zeigen, möglicherweise auch mehr von dem Programm profitieren, weil sie interessensbedingt eine größere Zuneigung zum R.A.P. empfinden. Dieser Zusammenhang scheint außerdem von Bedeutung, da er Aufschluss darüber gibt, inwiefern das R.A.P. als Einsteigerprogramm geeignet ist oder womöglich ein gewisses Maß an Vorwissen für die Durchführung hilfreich ist. Da das R.A.P. besonders niedrigschwellig gestaltet wurde, sodass für die Durchführung möglichst kein Vorwissen erforderlich ist, wird auch kein Zusammenhang angenommen.

H_{2.9}: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des *Vorwissens* zu den Themen des R.A.P.s und dem Trainingserfolg der Teilnehmenden.

Die Teilnehmenden wurden angehalten, möglichst alle acht Sitzungseinheiten und somit das komplette Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. zu besuchen. Theoretisch wird angenommen: Je mehr das Programm in seiner Ganzheitlichkeit

erlebt wird, desto mehr wird gelernt und desto höher fällt auch der Trainingserfolg aus. Um diesen Zusammenhang zu prüfen wird die folgende gerichtete Zusammenhangshypothese getestet:

H_{2.10}: Teilnehmende, die häufiger die Sitzungen besuchen, profitieren mehr von dem Programm als Teilnehmende, die die Sitzungen seltener besuchen.

Gruppenbezogene Einflussfaktoren

Burlingame et al. (2004) fassen in ihren Arbeiten die Einflussfaktoren der Gruppentherapie zusammen. All diese Faktoren wurden bei der Konzeption des R.A.P.s berücksichtigt (siehe Kapitel 5 „Ein Gruppenprogramm für chronisch psychisch Erkrankte - Adaptionsmaßnahmen“). Einzelne, in dieser Studie relevant erscheinende, Gruppenfaktoren wurden erhoben und hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit dem Trainingserfolg untersucht.

Eine wesentliche Rolle bei der Wirksamkeit von Gruppentherapie scheint die Gruppenleitung selbst zu sein. Lieberman et al. (1973) sowie Strauß und Burgmeier-Lohse (1995) konnten in ihren Studien Eigenschaften der Gruppenleitung herausarbeiten, die dem Gruppensetting und dem Therapieerfolg zuträglich sind. Bislang wenig Information gibt es jedoch dazu, ob und in welchem Ausmaß es für den Trainingserfolg von Bedeutung ist, wie interessiert die Leitung an den Themen des Programms ist bzw. wie sehr sie sich mit diesen identifiziert. Theoretisch wird angenommen, dass Gruppenleitungen, die ein großes Interesse für das Programm zeigen, die Inhalte enthusiastischer vermitteln können und dies positive Effekte auf den Trainingserfolg der Teilnehmenden hat. Demnach wird die folgende gerichtete Hypothese aufgestellt:

H_{2.11}: Zeigt die Gruppenleitung besonderes *Interesse an den Themen des R.A.P.s*, wirkt sich dies positiv auf den Trainingserfolg der Teilnehmenden aus.

Als weiteres relevantes Merkmal der Gruppenleitung scheint zudem die persönliche Zuneigung zum Programm zu sein. Auch wenn die Leitung an dem Programm Interesse zeigt, heißt dies nicht, dass sie das Programm auch gut findet. Gruppenleitungen, die das von ihnen durchzuführende Programm als positiv und gewinnbringend bewerten, werden diese Einstellung auf die Teilnehmenden übertragen und somit den Trainingserfolg der Teilnehmenden steigern, so die theoretische Annahme. Es wird eine gerichtete Zusammenhangshypothese aufgestellt:

H_{2.12}: Gruppenleitungen, die das Ressourcenaufbauprogramm *positiv bewerten*, erzielen einen besseren Trainingserfolg bei den Teilnehmenden als Gruppenleitungen, die das Programm weniger gut bewerten.

Neben den Merkmalen der Gruppenleitungen können auch strukturelle Aspekte einen Einfluss auf die Gruppe und den Therapieerfolg nehmen (Burlingame et al., 2004). In diesem Kontext soll insbesondere die Gruppengröße untersucht werden. Eine gute Gruppengröße liege bei ca. sieben bis acht Mitgliedern, so Fiedler (2005). Er betont weiterhin, dass insbesondere psychisch erkrankte Menschen mit einer größeren Gruppe überfordert wären. Demnach soll geprüft werden, ob die Gruppengröße einen bedeutsamen Zusammenhang mit dem Trainingserfolg aufzeigt:

H_{2.13}: Eine *optimale Gruppengröße* von sieben bis acht Teilnehmenden geht mit einem gesteigerten Trainingserfolg bei den Teilnehmenden einher.

Ein Faktor, der das Gruppensetting stören kann, ist das Fernbleiben einzelner Mitglieder in einer Gruppe bzw. ein vorzeitiger Behandlungsabbruch. Frühere Studien von Yalom (1966) geben Hinweise in Richtung einer demoralisierenden Wirkung auf die verbleibenden Mitglieder bei Abbruch einzelner Gruppenmitglieder. In diesem Kontext erscheint es von Interesse, ob auch die Häufigkeit des Fehlens von Mitgliedern in der Gruppe negative Auswirkungen auf die verbleibenden Teilnehmenden hat. Um diesen Effekt zu untersuchen, wird folgende gerichtete Zusammenhangshypothese getestet:

H_{2.14}: Das *Fehlen einzelner Mitglieder* in den Sitzungen hat einen negativen Effekt auf den Trainingserfolg der „verbleibenden“ Gruppenmitglieder.

Der Trainingserfolg einer Gruppe ist nicht nur in den vermittelten Inhalten begründet, sondern entsteht insbesondere auch durch die im Gruppensetting stattfindenden Prozesse. Um diese ablaufenden Prozesse zu quantifizieren, wurde die Variable „Gruppenatmosphäre“ erhoben. Fühlen sich die Teilnehmenden in der Gruppe wohl und herrscht eine gute Atmosphäre, trägt dies zum Trainingserfolg der Teilnehmenden bei, so die theoretische Überlegung. Demnach wird angenommen, dass eine angenehme Gruppenatmosphäre den Trainingserfolg der Teilnehmenden positiv beeinflusst.

H_{2.15}: Eine gute *Gruppenatmosphäre* hat einen positiven Effekt auf den Trainingserfolg der Teilnehmenden.

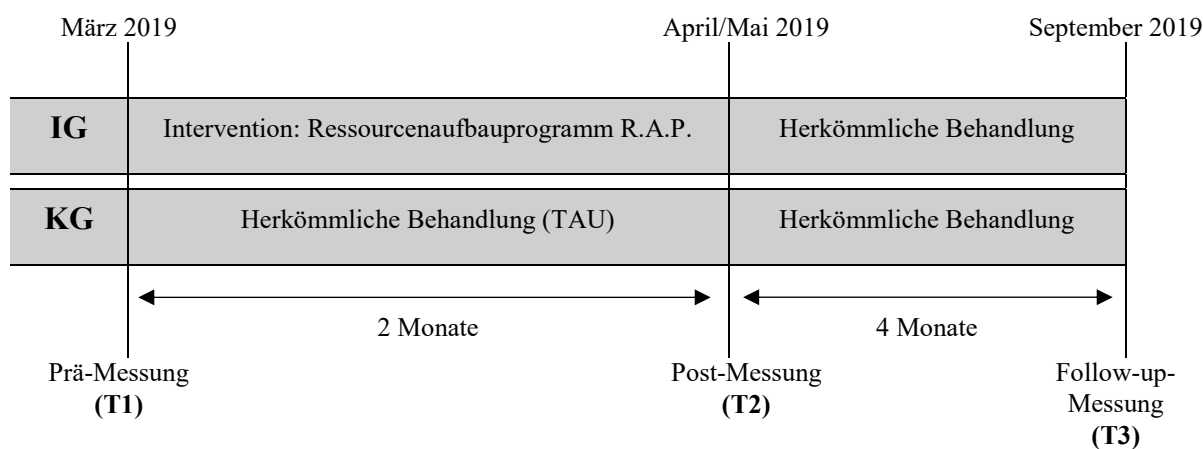
10 Methodik

Das entwickelte Gruppenprogramm wurde im Rahmen einer quasi-experimentellen Feldforschung untersucht. Im Nachfolgenden werden alle relevanten methodischen Vorgehensweisen beschrieben. Hierbei wird zunächst auf das Studiendesign sowie auf die getroffenen Maßnahmen zur Gewährleistung hoher wissenschaftlicher Qualität hingewiesen. Anschließend werden die verwendeten Messinstrumente als auch die Ergebnisse des durchgeführten Pre-Tests dargestellt. Die Eckpunkte zur Durchführung der Studie werden in einem weiteren Kapitel beleuchtet. Zudem werden die Rücklaufquote und die Anzahl fehlender Werte beschrieben. Auf die statistischen Methoden sowie die Stichprobenbeschreibung wird am Ende des Kapitels eingegangen.

10.1 Studiendesign und zeitlicher Ablauf

Um das Gruppenkonzept zu evaluieren und die vorgestellten Hypothesen zu überprüfen, wurde ein quasi-experimentelles Studiendesign gewählt. Die zu untersuchenden abhängigen Variablen wurden im Rahmen eines Prä-, Post-, Follow-up-Designs erhoben. Die Datenerhebung erfolgte vor Beginn der Intervention (Prä-Zeitpunkt T1), direkt nach Beendigung der Intervention (Post-Zeitpunkt T2) als auch vier Monate nach Abschluss der Intervention (Follow-up-Zeitpunkt T3). Um mögliche Einflussfaktoren (Reifungsprozesse, zeitliche Einflüsse oder Testübung; Döring & Bortz, 2016a) zu kontrollieren, wurde neben der Interventionsgruppe (IG) auch eine Kontrollgruppe (KG) installiert, welche die herkömmliche Behandlung erhielt (treatment as usual, TAU; Wirtz, M. Antonius, Strohmmer & Dorsch, 2017).

Es ergibt sich demnach ein zweifaktorielles Design, wobei ein Faktor die Messwiederholungen (Inter-Subject-Factor) und der andere Faktor der Gruppenfaktor (IG und KG; Between-Subject-Factor) darstellt. Der Messwiederholungsfaktor ist hierbei dreifach (drei Messzeitpunkte Prä, Post, Follow-up), der Gruppenfaktor zweifach (IG und KG), gestuft.



Anmerkungen: IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe; TAU = Treatment as usual.

Abbildung 5: Studiendesign und Zeitplanung

Zunächst wurden Überlegungen angestellt, ein experimentelles Studiendesign anzustreben. Das Experiment wird als Goldstandard in der Forschung angesehen und findet insbesondere in der wirksamkeitsorientierten Evaluationsforschung seine Berechtigung (Döring & Bortz, 2016d). Eine randomisierte Kontrollgruppenstudie ermöglicht einen wissenschaftlichen Kausalitätsnachweis, wobei Aussagen über den Ursache-Wirkungs-Zusammenhang getroffen werden können (Döring & Bortz, 2016f).

Ein Wartekontrollgruppendesign mit einer Clusterrandomisierung erschien zunächst sinnvoll und hochwertig. Bei der Clusterrandomisierung (CRT; Lorenz,

Köpke, Pfaff & Blettner, 2018) findet die zufällige Verteilung nicht auf Individualebene, sondern auf einer höheren Ebene, wie in dieser Studie beispielsweise auf der Einrichtungsebene (Clusterebene), statt. Eine Einrichtung bildet somit ein Cluster und wird zufällig der Interventions- oder Kontrollgruppe zugeteilt. Die Studienbedingungen für ein Wartekontrollgruppendesign würden sich wie folgt gestalten:

Eine Hälfte der Einrichtungen erhält das Gruppenprogramm für zwei Monate, während die andere Hälfte in dieser Zeit als Kontrollgruppe dient. Nachdem das Programm zwei Monate durchgeführt und noch einmal vier Monate gewartet wurde (Follow-up-Datenerhebung), erhält die Kontrollgruppe die Intervention. Die Vorteile dieses Designs wurden in der randomisierten Aufteilung der Cluster zu den Gruppen (KG und IG) und den damit ausgeschlossenen Verzerrungen hinsichtlich der Motivation zur Teilnahme an dem Gruppenkonzept gesehen (Rekrutierungsbias). Aufgrund der zu erwartenden geringen Clusteranzahl (max. 10-15 Gruppen) ist dem Aspekt der Randomisierung jedoch nur bedingt Relevanz zuzusprechen.²³ Der Vorteil des Wartekontrollgruppendesigns bezog sich ausschließlich auf die Vergleichbarkeit der Gruppen hinsichtlich der Teilnahmemotivation.

Ein Wartekontrollgruppendesign mit Clusterrandomisierung würde demnach mit einer längeren Studiendauer von zwei Monaten einhergehen, da die Intervention auch bei der Kontrollgruppe durchgeführt werden müsste. Zusätzlich wäre die Teilnahmemotivation seitens der Einrichtungen voraussichtlich geringer, da diese vor Beginn der Studie nicht erfahren würden, wann sie das Programm anbieten könnten (geringe Planungssicherheit). Der Stichprobenumfang könnte sich dadurch stark reduzieren.

Nach Abwägung dieser Aspekte wurde auf ein quasi-experimentelles Design zurückgegriffen. Die Interventionsgruppe umfasst demnach Personen, die an der Intervention teilnehmen. Die Kontrollgruppe setzt sich aus Klient*innen zusammen, die ebenfalls in sozialpsychiatrischen Einrichtungen behandelt werden, jedoch keine zusätzliche Intervention erhalten (TAU). Um die beiden Gruppen möglichst ähnlich zu gestalten, wurde bei der Auswahl der Kontrollgruppe darauf geachtet, dass diese hinsichtlich soziodemografischer als auch krankheitsrelevanter Faktoren vergleichbar zur Interventionsgruppe ist. Quasi-experimentelle Studiendesigns, so Döring und Bortz (2016d), sind vor allem bei Wirkungsforschungen im Feld gängige Praxis. Mittels des quasi-experimentellen Designs ist eine weitaus größere Stichprobe, als zunächst beim Wartekontrollgruppendesign beschrieben, zu erwarten. Da die Kontrollgruppe keine zusätzliche Intervention er-

²³ Zusätzlich ist bei der Klientel chronisch psychisch erkrankter Menschen mit einem großen Dropout, vermehrten Ausreißern und kleinen Veränderungen (geringe Effektstärken) zu rechnen.

hält, entsteht diesbezüglich kein Mehraufwand und durch die ausbleibende Randomisierung der Gruppen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit der Teilnahme zur Studie.

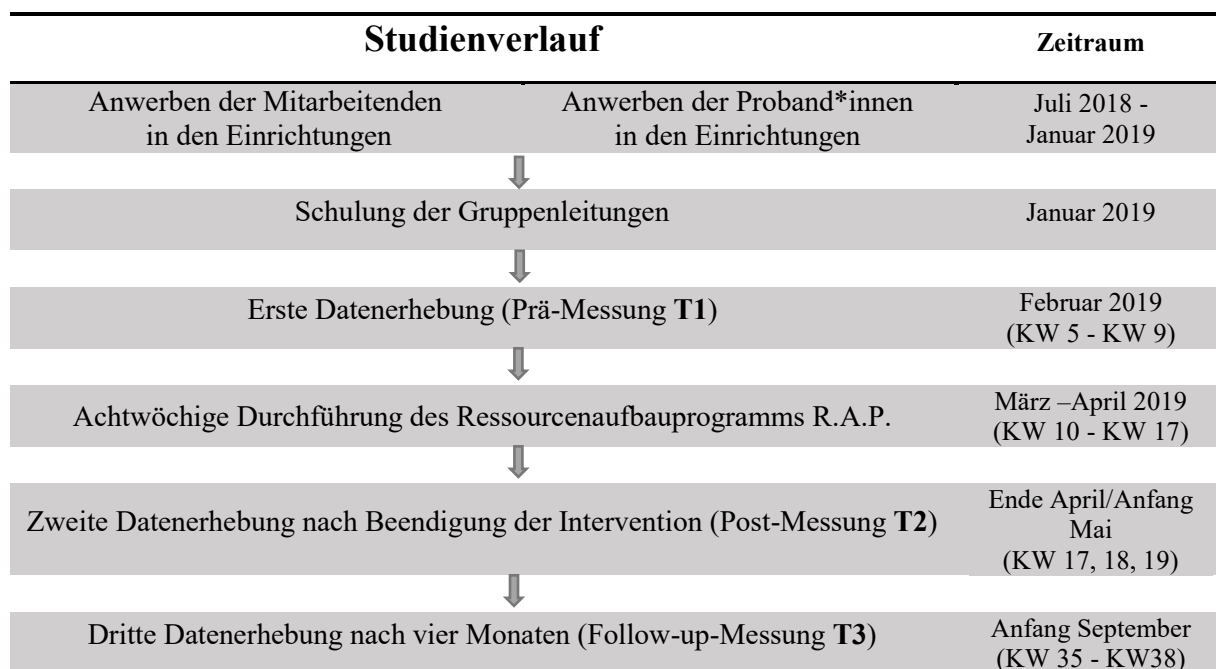


Abbildung 6: Übersicht zum Studienverlauf

10.2 Maßnahmen zur Gewährleistung hoher wissenschaftlicher Qualität

Damit die Evaluationsstudie eine möglichst hohe wissenschaftliche Qualität aufweist, wurden verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung sowohl der internen als auch externen Validität getroffen (Döring & Bortz, 2016f). Aufgrund der fehlenden Randomisierung war die interne Validität beeinträchtigt, da personenbezogene Störvariablen nicht vollständig ausgeschlossen werden konnten. Um dennoch beide Gruppen (KG und IG) möglichst vergleichbar zu gestalten und etwaige personenbezogene Störvariablen zu kontrollieren, wurden die Gruppen hinsichtlich soziodemografischer Faktoren (Alter, Geschlecht, Wohnort, Familienstand) sowie krankheitsbezogener Daten möglichst vergleichbar konzipiert. Bezüglich der umgebungsbezogenen Störvariablen ist festzuhalten, dass diese *registriert, ausgeschaltet* oder *konstant gehalten* werden sollten (ebd.).

Um Versuchsleitereffekte (Rosenthal, R., 1966) seitens der Gruppenleitung *auszuschalten*, wurde das Gruppenprogramm von unabhängigen Mitarbeitenden in den Einrichtungen durchgeführt. Somit konnten mögliche Erwartungseffekte, die von der Forscherin selbst ausgehen, eingeschränkt werden. Die Gruppenintervention wurde von Mitarbeitenden in sozialpsychiatrischen Einrichtungen angeboten. Die herkömmlichen Feldbedingungen wurden somit konstant gehalten und die externe Validität erhöht.

Um die Intervention möglichst *konstant zu halten* und eine einheitliche Programmdurchführung zu gewährleisten, wurde ein hoch standardisiertes Vorgehen angestrebt. So wurde das Therapiemanual standardisiert, das heißt, die konkreten Vorgehensweisen wurden detailliert beschrieben und in dieser Form angewendet. Alle Gruppenleitungen erhielten die gleiche Schulung, in der die Inhalte und die Sitzungselemente vermittelt wurden. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Einhaltung des Manuals von besonderer Bedeutung ist. Alle Teilnehmenden erhielten die gleichen Arbeitsblätter und die gleiche PowerPoint-Präsentation. Bei Ausfall einer Gruppensitzung aufgrund von Krankheit seitens der Leitung musste die Sitzung in jedem Fall nachgeholt werden. Im Allgemeinen war jedoch darauf zu achten, dass das Programm innerhalb der acht Wochen durchgeführt wurde.

Hinsichtlich der *Registrierung* möglicher Störvariablen ist festzuhalten, dass beispielsweise Abweichungen vom Manual sowie von den strukturellen Vorgaben während der Durchführungsphase dokumentiert wurden. Nach Beendigung jeder Sitzungseinheit notierten die Gruppenleitungen auf einem dafür vorgesehenen Protokoll, welche Änderungen es möglicherweise hinsichtlich des Ablaufs der Sitzung gab und, ob auffällige gruppenspezifische Prozesse beobachtet werden konnten (siehe S. 334). Da zahlreiche Einflussvariablen die Effektivität der

Intervention beeinflussen könnten, werden diese im Rahmen der aufgestellten Hypothesen (siehe Kapitel 9.2 „Hypothesen zu den potenziellen Einflussfaktoren“) getestet.

Die externe Validität der Studie ist als hoch einzustufen, da es sich bei der durchzuführenden Evaluationsstudie um ein Feldexperiment handelt. Die Versuchsbedingungen sind nicht unnatürlich und entsprechen der alltäglichen sozialpsychiatrischen Praxis. Da das Gruppenprogramm in dem vorherrschenden Setting, in den bekannten Räumlichkeiten und mit den üblichen Betreuenden stattfand, waren in beinahe keinem Kontext veränderte Bedingungen vorzufinden. Eine „Abweichung“ bestand lediglich im Ausfüllen der Fragebögen zu den drei Messzeitpunkten. Auch wenn die hohe externe Validität auf Kosten der internen Validität geht, ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf das Setting und die Personengruppe der Sozialpsychiatrie als großer Vorteil dieser Feldforschung anzusehen.

Eine kleine finanzielle Aufwandsentschädigung für das Ausfüllen der Fragebögen erschien sinnvoll, um die Motivation zur Teilnahme an der Studie zu erhöhen und, um eine möglichst große Stichprobengröße zu generieren. Da die beiden Gruppen sich jedoch nur hinsichtlich der Intervention unterscheiden sollten, erhielt sowohl die Interventions- als auch die Kontrollgruppe eine Aufwandsentschädigung für das Ausfüllen eines Fragebogens in Höhe von 5 Euro (in Summe 15 Euro).

Um die Standards der Forschungs- und Wissenschaftsethik zu gewährleisten, wurden folgende Maßnahmen durchgeführt:

Alle Teilnehmenden der Studie, sowohl die Mitarbeitenden in den sozialpsychiatrischen Einrichtungen, die das Gruppenkonzept anboten, als auch alle teilnehmenden Proband*innen wurden ausführlich über Zweck, Ziel, Dauer, Ablauf und Risiken, die mit der Studie verbunden waren, mittels eines ausführlichen Informationsschreibens aufgeklärt. Die Freiwilligkeit zur Teilnahme wurde explizit erwähnt. Bei Unklarheiten konnten sich alle Teilnehmenden an die Forscherin persönlich wenden. Die Kontaktdaten (Telefonnummer, Email-Adresse, Name) wurden für alle Beteiligten zugänglich und auf dem Informationsflyer vermerkt.

Durch das Einholen eines schriftlichen Einverständnisses und der Absprache mit den Gruppenleitungen erfolgte eine informierte Einwilligung (Sales & Folkman, 2000) aller Beteiligten, wobei alle relevanten Ethikrichtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Deutsche Gesellschaft für Psychologie [DGPs]) eingehalten wurden. Alle Teilnehmenden wurden darüber informiert, dass eine Beendigung der Teilnahme an der Studie, ohne Angabe von Gründen, jederzeit möglich ist. Die Teilnehmenden wurden zu jeder Zeit der Studie vor einer Beeinträchtigung oder Schädigung geschützt. Es wurde zudem darauf hingewiesen, dass die Daten vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form preisgegeben werden (Sales & Folkman, 2000). Ebenso wurden alle Richtlinien des Datenschutzes

eingehalten. Es konnte keine Verbindung zwischen der vergebenen Code-Nummer und der Proband*in hergestellt werden. Die Mitarbeitenden in den Einrichtungen vergaben pro Teilnehmende eine Code-Nummer. Diese Code-Nummer wurde auf einer Liste festgehalten. Die Code-Liste war ausschließlich den Einrichtungen zugänglich. Die Fragebögen wurden in verschlossenen Kuverts abgegeben, sodass die Mitarbeitenden keinen Einblick in die Daten hatten. Die Forscherin selbst konnte keine Rückschlüsse auf die Proband*in ziehen. Die Code-Liste wurde nach Beendigung des Forschungsprojekts vernichtet.

Um die Anonymität der Fragebögen der Gruppenleitungen zu gewährleisten, wurde folgendes Vorgehen gewählt:

Die Gruppenleitungen zogen am Tag der Schulung eine Nummer (Abteilungsnummer), die sie auf den Evaluationsfragebogen der Schulung notierten. Somit hatte jede Abteilung eine eigene Nummer, die auf allen Fragebögen notiert wurde. Die Gruppenleitung war nur über eine, der Forscherin unbekanntes Code-Nummer, zu identifizieren. Durch diese Nummer konnten Verbindungen zwischen der Gruppenleitung bzw. der Abteilung und den anderen Fragebögen hergestellt werden. Dies war wichtig, um mögliche gruppenspezifische Einflussfaktoren zu prüfen.

10.3 Fragebogenbatterie

Im Zuge der Untersuchung der oben aufgeführten Hypothesen erfolgte in dieser Evaluationsforschung die Datenerhebung mittels einer umfassenden Fragebogenbatterie, bestehend aus standardisierten und bereits umfangreich getesteten Messinstrumenten. Die zu untersuchenden psychologischen Konstrukte wurden mit adäquaten psychometrischen Skalen zu drei Messzeitpunkten (Prä-, Post-, Follow-up-Zeitpunkt) erhoben. Aufgrund der sehr vulnerablen Zielgruppe sollten im Rahmen der Konzeption der Fragebogenbatterie einige Aspekte beachtet werden. Die Länge des Fragebogens sollte demnach der Aufmerksamkeitsspanne psychisch erkrankter Menschen entsprechen. Ein Fragebogen, dessen Ausfüllen zu viel Zeit in Anspruch nimmt, kann außerdem zu verzerrten Antwortverhalten führen und die Teilnahmemotivation reduzieren (Döring & Bortz, 2016c). Im Rahmen der Erstellung der Fragebogenbatterie für diese Studie wurde somit insbesondere darauf geachtet, dass möglichst gut erprobte Messinstrumente mit zufriedenstellenden Kennwerten verwendet werden, die

nicht zu viel Zeit in Anspruch nehmen, um die Aufmerksamkeitsspanne nicht zu stark zu beanspruchen.

leicht verständlich sind, um Verwirrungen auszuschließen und Überforderung zu vermeiden.

nicht nur für Normalstichproben, sondern insbesondere für klinische Stichproben, geeignet sind.

änderungssensitiv²⁴ sind und damit auch Veränderungen im Behandlungsverlauf bei schwer psychisch erkrankten Menschen messen können.

Die Datenerhebung mittels der Fragebogenbatterie erfolgte mit einem ausgedruckten Fragebogen (Paper and Pencil) und wurde den Studienteilnehmenden von den verantwortlichen Mitarbeitenden ausgeteilt und anschließend wieder eingesammelt. Diese Methode stellt eine besonders effektive Datenerhebung dar, da eine relativ hohe Rücklaufquote zu erwarten ist (Döring & Bortz, 2016c).

Da einige der verwendeten Skalen umformuliert bzw. komplett neu zusammengestellt wurden, fehlten häufig gültige Werte, die Aussagen darüber geben, wie gut die Skala das zu messende Konstrukt abbildet. Deshalb wurden bei diesen Messinstrumenten Reliabilitätsanalysen durchgeführt, die zum einen die interne

²⁴ Änderungssensitivität beschreibt, inwiefern ein Fragebogen in der Lage ist, wahre Veränderungen einer latenten Variable abzubilden (Krauth, 1995). Aufgrund der meist fehlenden Angaben zur Änderungssensitivität der Messinstrumente wurde, wenn es notwendig erschien, bei der Instruktion der Zusatz „in den letzten Wochen“ hinzugefügt, sodass sich die Angaben auf eine limitierte Zeitspanne beziehen und Veränderungen insbesondere in diesem Zeitraum abgebildet werden.

Konsistenz (Inter-Item-Korrelation, Cronbachs Alpha) und die Trennschärfekoeffizienten der Skala bzw. der jeweiligen Items ermittelten. Bezüglich der internen Konsistenz sind Werte ab $\alpha > .70$ als akzeptable Werte zu interpretieren, Trennschärfekoeffizienten sollten nicht unter $r = .30$ liegen (Fisseni, 2004). Fallen die Itemtrennschärfekoeffizienten zu gering aus, wird zusätzlich geprüft, ob die Skala mit Herausnahme eines Items an interner Konsistenz gewinnt.

Bevor der Fragebogen jedoch im Feld Anwendung fand, wurde dieser einem qualitativen Pre-Test (Döring & Bortz, 2016c) unterzogen, bei dem er auf Verständlichkeit und auf zeitlichen Aufwand geprüft wurde (siehe Kapitel 10.3.2 „Pre-Test“).

10.3.1 Verwendete Messinstrumente

Um die oben aufgeführten Hypothesen zu prüfen, wurden zahlreiche Messinstrumente gesichtet. Bei Betrachtung der Messinstrumente, die es zur Erhebung von Wohlbefinden bzw. verwandten Konstrukten gibt, offenbart sich eine Bandbreite an potenziell geeigneten Testverfahren (Geue, Strauß & Brähler, 2016; Schumacher et al., 2003). Je nach Autor werden die Konstrukte unterschiedlich operationalisiert und gemessen. Das Konstrukt Wohlbefinden gliedert sich meist in verschiedene Bereiche (kognitiv, emotional und körperlich) und misst die State- und Trait-Variante. Auch die mehrdimensionalen Konstrukte wie „Seelische Gesundheit“ (Becker, 1989), „Psychische Gesundheit“ (Tönnies, Plöhn & Krippendorf, 1996), der „Gesundheitszustand“ (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011), die „Lebenszufriedenheit“ (Clayton & Chubon, 1994; Diener, Emmons & Larsen, 1985; Fahrenberg, Myrtek & Brähler, 2000) oder die „Lebensqualität“ (Bullinger & Brütt, 2009) fassen meist verschiedene Lebensbereiche zusammen und erheben die Konstrukte in ihrer Multidimensionalität. In der vorliegenden Studie wird auf die Verwendung eines einzigen mehrdimensionalen Fragebogens verzichtet, da es für die Untersuchung der Hypothesen gezielter und passgenauer Skalen bedarf.

Grawe und Grawe-Gerber (1999) beschreiben den Faktor „Ressourcenaktivierung“ als einen wesentlichen Wirkfaktor in der Psychotherapie. Die Wirkung zeigt sich in einem sogenannten „positiven Rückkopplungsprozess“ (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, S. 66), bei dem durch die Aktivierung von Ressourcen bedürfnisbefriedigende Wahrnehmungen ermöglicht werden und Wohlbefinden sowie Symptomreduktionen entstehen.²⁵

Basierend auf eben dieser Theorie sollte im Rahmen der Evaluation untersucht werden, inwiefern es durch die Teilnahme an dem Ressourcenaufbauprogramm möglich ist, die personalen Ressourcen zu steigern und somit gleichzeitig positivere Wahrnehmungen hinsichtlich der Grundbedürfnisse zu machen. Zudem wurden eine Steigerung des Wohlbefindens (auf kognitiver, emotionaler und körperlicher Ebene) sowie eine Symptomreduktion (depressive Symptome) erwartet. Die folgende Abbildung verdeutlicht die theoretischen Annahmen und stellt die ausgewählten Messinstrumente dar.

²⁵ Ausführliche Darstellung siehe Kapitel 2.2 „Konsistenzverbesserung durch Ressourcenaktivierung“.

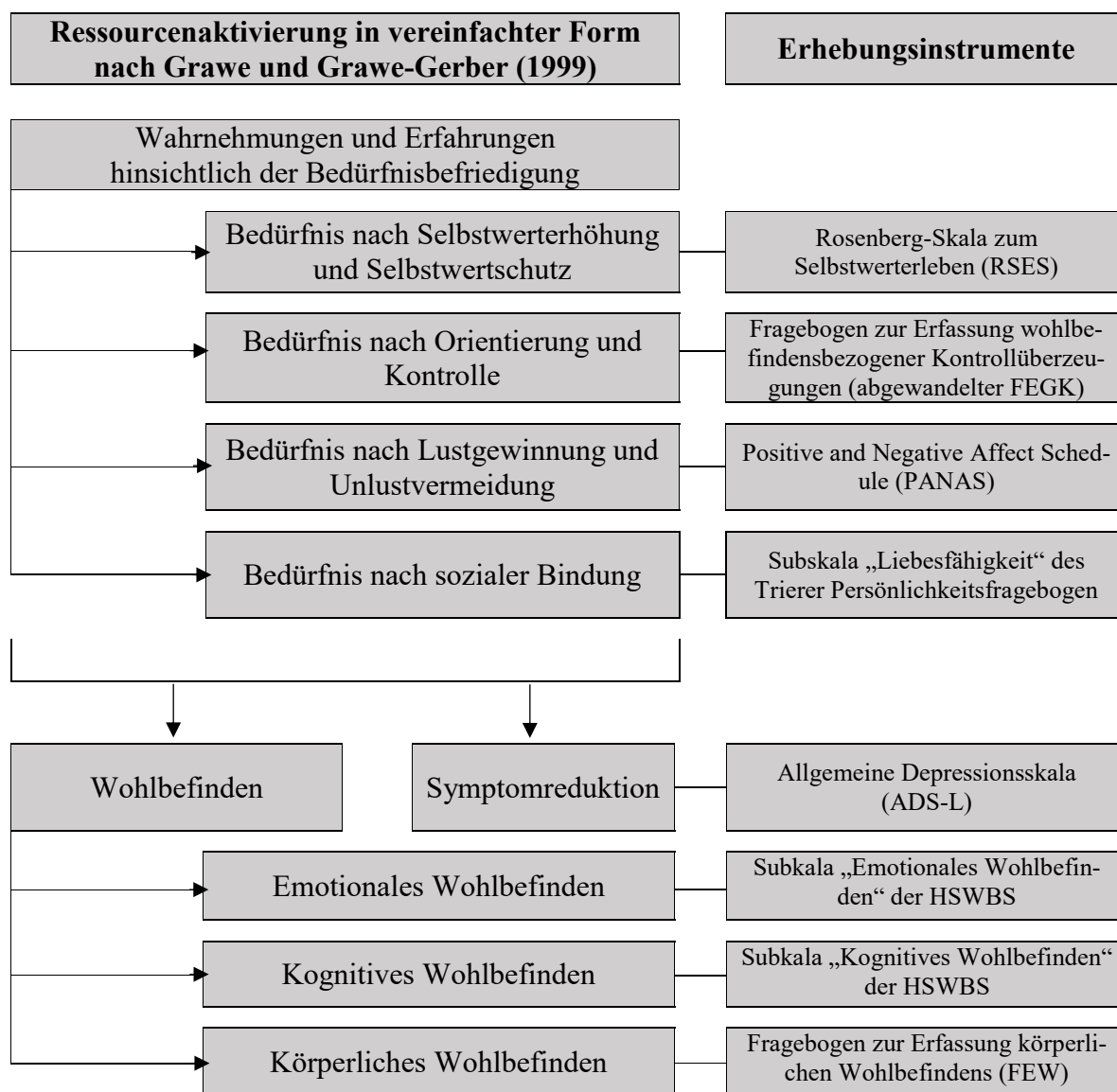


Abbildung 7: Auswahl der Messinstrumente anhand der Ressourcenaktivierungstheorie nach Grawe und Grawe-Gerber (1999)

Im Folgenden sollen alle verwendeten Messinstrumente vorgestellt und diskutiert werden. Zunächst werden die Erhebungsinstrumente, die zur Prüfung der potenziellen Einflussfaktoren benötigt werden, dargestellt. In einem weiteren Schritt werden die verschiedenen psychologischen Konstrukte, die die personalen Ressourcen abbilden, aufgezeigt. Abschließend werden die Items und Messinstrumente zur „Bewertung des Programms“ erläutert.

a) Soziodemografische Daten

Um einen Überblick darüber zu erhalten, aus welchen Personen sich die Stichprobe konkret zusammensetzt, werden zunächst verschiedene soziodemografische Daten erhoben. Die Teilnehmenden werden gebeten, Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulabschluss und die aktuelle Arbeitstätigkeit bzw. die derzeit in Anspruch genommenen staatlichen Leistungen anzugeben (siehe S. 319 und S. 320).

b) Krankheitsbezogene Daten

Mit der Erhebung der krankheitsbezogenen Daten (siehe S. 321) wird herausgefunden, inwiefern es sich bei der Zielgruppe tatsächlich um chronisch psychisch erkrankte Menschen handelt. Dementsprechend wird sowohl nach dem Zeitpunkt, an dem die ersten Symptome der psychischen Erkrankung aufgetreten sind, als auch nach dem Zeitpunkt der ersten Behandlung gefragt. Weiterhin werden Daten zur Inanspruchnahme diverser Hilfsangebote, zur Medikamenteneinnahme und zu stationären Aufenthalten in einem psychiatrischen Krankenhaus erhoben. Die Art der Erkrankung (Diagnosegruppe) der teilnehmenden Proband*innen wird mittels einer Fremdbeurteilung durch die Gruppenleitung vorgenommen. Die Datenerhebung erfolgt durch eine Liste mit allen ICD-Kategorien, wobei nicht nur die Oberkategorie, sondern auch, wenn bekannt, die genaue Diagnose angegeben werden kann (siehe S. 338).

Zur Messung des Schweregrades der psychischen Erkrankung stehen einige Instrumente zur Verfügung. Die „Clinical Global Impression Scale“ (CGI; Guy, 2005) misst zum einen die Schwere der Erkrankung und zum anderen die Symptomveränderung. Dieser Test umfasst jedoch jeweils nur ein einziges Item. Die Fremdbeurteilungsperson kann auf einer siebenstufigen Skala einschätzen, wie krank die Klient*in im Vergleich zu anderen Klient*innen mit der gleichen Störung ist. Ein weiteres Messinstrument zur Erhebung der Schwere der Erkrankung stellt der „Beeinträchtigungs-Schwere Score“ (BSS; Schepank, 1995) dar. Hierbei wird die Schwere der Erkrankung auf drei Ebenen gemessen (körperlich, sozial-kommunikativ und psychisch). Dieser Fragebogen misst schon eher das, was es in dieser Studie zu messen gilt. Die Differenzierung der drei Kategorien scheint jedoch im Rahmen der Untersuchung nicht notwendig. Da jedoch insbesondere der Schweregrad bzw. die Chronifizierung der psychischen Erkrankung interessiert, ist die Erhebung der körperlichen Beeinträchtigung weniger relevant.

Als besonders passendes Instrument hat sich die „Global Assessment of Functioning Scale“ (GAF) herausgestellt (siehe S. 340). Dieser Fragebogen stellt sowohl den Schweregrad der Erkrankung als auch das Funktionsniveau der Klient*innen dar und bezieht hierbei die psychische, soziale und berufliche Funktionsfähigkeit

mit ein. Körperliche Einschränkungen werden bei der GAF-Skala ausgeschlossen. Die Skala wurde ursprünglich als „Global Assessment Scale“ (GAS; Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976) entwickelt und erschien im DSM-III-R (Sass, 2003) in modifizierter Form als „Global Assessment of Functioning“ (GAF). Sie ist nun ein Teil des Diagnosesystems DSM-V und misst die Funktionsfähigkeit und den Schweregrad der Klient*innen mittels einer Experteneinschätzung (Sass, 2003). Die Skala beschreibt zehn Abstufungen des Funktionsniveaus des Menschen. Die Funktionsfähigkeit kann auf einem Kontinuum von 100 % (vollkommene Funktionsfähigkeit) bis 0 % (überhaupt keine Funktionsfähigkeit) bewertet werden. Die Beurteilende schreibt einen Prozentwert, der am besten das Funktionsniveau der Klient*innen widerspiegelt in die rechte Spalte (z. B. 43 %). Mit der ökonomischen Beantwortungszeit von ca. einer Minute (nach Einarbeitung in das Testverfahren) und der relativ ausführlichen Darstellung des Schweregrades der Erkrankung und des Funktionsniveaus, erscheint dieser Test als adäquat. Hinzuzufügen ist zudem, dass der Test eine einzelne Prozentzahl generiert, die eine verhältnismäßig genaue Einschätzung des GAF-Wertes ermöglicht. Vor allem im sozialpsychiatrischen Bereich scheint die GAF-Skala Anklang zu finden. Diese Skala wurde nicht nur bereits vor einigen Jahren zur Messung der Beeinträchtigung in Tagesstätten verwendet (Gruyters, Scheytt, Hoffmann & Priebe, 1997), sondern wird auch als allgemein gültige Möglichkeit zur Bewertung der Funktionsfähigkeit der schwer psychisch erkrankten Menschen diskutiert (Dachverband Gemeindepsychiatrie, 2019). Untersuchungen von Ruggeri et al. (2000) zufolge, können Werte ≥ 50 als schwere Beeinträchtigung bzw. ≥ 70 als mäßige Beeinträchtigung angesehen werden. Ähnliche sowie konkretere Interpretationen des GAF-Wertes wurden beispielsweise vom Arbeitskreis OPD (2006) veröffentlicht.²⁶

c) Trainingsbezogene Daten

Das Vorwissen der Teilnehmenden wird durch ein Einzelitem abgefragt, wobei auf einer vierstufigen Skala angekreuzt werden kann, wie gut sie sich bereits mit den Themen des Programms auskennen (1 = „Ich kenne mich wenig aus“ bis 4 = „Ich kenne mich sehr gut aus“, siehe S. 321).

Da die Umsetzung der häuslichen Übungen einen wesentlichen Beitrag zum Trainingserfolg leisten kann, werden die Teilnehmenden nach der Häufigkeit der Umsetzung der im Gruppenkonzept aufgegebenen häuslichen Übungen befragt.

²⁶ 100-91 = Optimale Funktion in allen Bereichen; 90-81 = Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten; 80-71 = Höchstens leichte Beeinträchtigung; 70-61 = Leichte Beeinträchtigung; 60-51 = Mäßig ausgeprägte Störung; 50-41 = Ernsthafte Beeinträchtigung; 40-31 = Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen; 30-21 = Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen; 20-11 = Selbst- oder Fremdgefährdung; 10-1 = Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit; 0 = Unzureichende Informationen

Auf die Frage „Wie oft haben Sie die häuslichen Übungen durchgeführt?“ kann auf einer fünfstufigen Skala von „immer“ bis „nie“ geantwortet werden (siehe S. 332).

Um zu erfahren, inwiefern die Inhalte des Konzepts Einzug in den Alltag der Teilnehmenden fanden, wird die Variable „Methodenanwendung“ erhoben. Die Daten werden mittels 10 Items erfasst, wobei auf einer sechsstufigen Skala (von „täglich“ bis „noch nie“) anzukreuzen ist, wie häufig die einzelnen Methoden tatsächlich angewandt wurden. Die so genannte Skala „Methodenanwendung“ (siehe S. 332) wird direkt nach der Intervention (T2) als auch nach dem Follow-up-Zeitraum (T3) erhoben. Es wird zunächst jeweils ein Mittelwert über die 10 Items „Methodenanwendung T1-T2“ und „Methodenanwendung T2-T3“ gebildet. Zur besseren Verständlichkeit wird aus den beiden Variablen eine neue Variable „Methodenanwendung (gesamt)“ gebildet, die wiederum den Mittelwert der beiden Skalen abbildet.

Wie häufig die Teilnehmenden an dem Gruppenprogramm teilgenommen haben, wird mittels einer Teilnehmendenliste festgehalten. Diese dient in der Auswertung dazu, die „Teilnahmehäufigkeit“ jeder einzelnen Proband*in zu ermitteln.

d) Gruppenbezogene Daten

Da der Trainingserfolg nicht nur von den Themen des Gruppenprogramms abhängt, sondern auch zahlreiche gruppenspezifische Faktoren eine Rolle spielen können (Burlingame et al., 2004), sollen auch diese im Rahmen der Evaluationsstudie erhoben werden. Diese Daten liegen auf Gruppen-, nicht auf Proband*inenebene vor. Zu prüfen ist in diesem Kontext, ob Aspekte, die sich ausschließlich auf das Gruppensetting beziehen, Einfluss auf den Trainingserfolg haben.

Um das Interesse der Gruppenleitungen (Variable: „Interesse der Gruppenleitung an den Themen des R.A.P.s“) abzufragen, wird die Subskala „Intrinsischer Charakter“ aus dem Fragebogen zum Studieninteresse²⁷ (FSI; Schiefele, Krapp, Wild & Winteler, 1993) in angepasster Form verwendet (siehe S. 342). Die aus sieben Items bestehende Subskala bildet einen guten Rahmen für das, was es im Kontext der zu untersuchenden Hypothese^{2.11} („Zeigt die Gruppenleitung besonderes Interesse an den Themen des R.A.P.s, wirkt sich dies positiv auf den Trainingserfolg der Teilnehmenden aus“) zu prüfen gilt. Die revidierte Fassung des FSI konnte einen Cronbachs Alpha Wert von .90 und Trennschärfemaße von .35 bis .67 aufzeigen. Diese Werte sind jedoch nur bedingt gültig, da die Skala zum Zwecke der Untersuchung verändert wird.

²⁷ Neben dem „intrinsischen Charakter“ werden die Konstrukte „gefühlbezogene Valenzen“ und „persönliche wertbezogene Valenzen“ im Rahmen des FSI erhoben.

Es findet eine Transformation der Items statt. Diese sollen inhaltlich nach wie vor das Konstrukt „Intrinsischer Charakter“ als Subskala von „Interesse“ abbilden, müssen jedoch aufgrund der Satzstellung und des veränderten Bezugsrahmens umformuliert werden. Es wird demnach nicht mehr nach dem Interesse am Studium bzw. dem Studienfach gefragt, sondern nach dem Interesse an den Inhalten des Ressourcenaufbauprogramms R.A.P. Es ist somit eine neu formulierte Skala entstanden, die sich an den Itemformulierungen des standardisierten Messinstruments (FSI) orientiert. Item 7 wird in die neu formulierte Version nicht mit aufgenommen. Auch das Antwortformat wird von einer vierstufigen auf eine fünfstufige Skala erhöht, um ein einheitliches Antwortformat zu gewährleisten. Item drei und vier sind negativ gepolt und werden bei der Datenauswertung umkodiert. Die nachfolgende Tabelle 8 zeigt die Veränderungen auf.

Tabelle 8: Original- und Neuformulierung der Skalenitems „Intrinsischer Charakter“ des FSI

	Originalversion der Subskala „intrinsischer Charakter“ des FSI	Angepasste Version
1.	Wenn ich genügend Zeit hätte, würde ich mich mit bestimmten Fragen meines Studiums, auch unabhängig von Prüfungsanforderungen, intensiver beschäftigen.	Wenn ich genügend Zeit hätte, würde ich mich auch unabhängig von der Studie mit den Themen des R.A.P.s beschäftigen.
2.	Ich bin mir sicher, das Fach gewählt zu haben, welches meinen persönlichen Neigungen entspricht.	Die Themen des R.A.P.s entsprechen meinen persönlichen Neigungen.
3.	In meiner Freizeit beschäftige ich mich nur ungern mit Problemen meines Studienfachs.	In meiner Freizeit beschäftige ich mich nur ungern mit den Themen des R.A.P.s.
4.	Ohne äußeren Druck würde ich mich wohl nicht so häufig mit Problemen und Themen meines Studienfachs beschäftigen.	Ohne äußeren Druck würde ich mich wohl nicht mit solchen Themen beschäftigen.
5.	Schon vor dem Studium habe ich mich freiwillig mit Inhalten meines Studienfachs auseinandergesetzt (z. B. Bücher lesen, Vorträge besuchen, Gespräche führen).	Schon vor der Schulung habe ich mich freiwillig mit den Themen des R.A.P. beschäftigt.
6.	Ich habe mein jetziges Studium vor allem wegen der interessanten Studieninhalte gewählt.	Ich mache bei der Studie mit, weil ich die Themen des R.A.P.s so interessant finde.
7.	Ich hätte ein anderes Studienfach gewählt, wenn es dort bei gleichem Aufwand bessere Berufs- und Aufstiegschancen gegeben hätte.	---

Testtheoretische Analysen ergeben ein Cronbachs Alpha von .79 für die genannten sechs Items. Bei Löschung des ersten Items „Wenn ich genügend Zeit hätte, würde ich mich auch unabhängig von der Studie mit den Themen des R.A.P.s beschäftigen“ ergibt sich ein etwas höherer Wert von $\alpha = .80$. Die Trennschärfe-koeffizienten liegen zwischen .39 und .74. Diese Werte sind als akzeptabel einzustufen und entsprechen den ermittelten Werten von Schiefele et al. (1993) (siehe oben). Die Auswertung erfolgt mittels der Berechnung eines Mittelwertes der sechs Items.

Neben dem Interesse der Gruppenleitung an den Themen des R.A.P.s werden auch Daten hinsichtlich der Einstellung, wie gut sich die Leitung auf die Durchführung vorbereitet fühlt, erhoben. Die drei Items beziehen sich darauf, wie gut

sich die Gruppenleitung vorbereitet fühlt, wie zuversichtlich sie hinsichtlich einer guten Anwendung ist und wie verständlich der Ablauf und der Aufbau des Trainings für sie sind (siehe S. 343).

Zudem wird als gruppenspezifischer Einfluss auch die Atmosphäre in der Gruppe erhoben (Einzelitem mit fünfstufiger Antwort-Skala von „sehr angenehm“ bis „sehr unangenehm“, siehe S. 334). Diese Einschätzung wird für jede der acht Sitzungen vorgenommen. Die allgemeine Variable „Gruppenatmosphäre“ stellt den Mittelwert aller acht Sitzungen dar.

Das Ausmaß, indem sich die Gruppenleitung an das vorgegebene Manual des Programms gehalten hat, wird im Rahmen einer sieben Items umfassenden Skala (sechsstufiges Antwortformat) ermittelt. Hierbei wird beispielsweise festgehalten, ob alle Arbeitsmaterialien ausgegeben, alle Inhalte vermittelt wurden etc. (siehe S. 334). Die Skala wird nach jeder Sitzung ausgefüllt, sodass am Ende acht Skalen vorliegen. Es werden zunächst Mittelwerte für die sieben Items gebildet, um anschließend einen allgemeinen Mittelwert der acht Sitzungen für die Variable „Manual-Einhaltung“ zu berechnen.

In einer sieben Items umfassenden Skala zum Grad der Struktureinhaltung wird einmalig am Ende des Programms seitens der Gruppenleitung bewertet, in welchem Ausmaß die strukturellen Vorgaben eingehalten wurden (z. B. Beamer wurde verwendet, Zeit wurde eingehalten etc.). Auch für diese Items wurde ein Skalenmittelwert gebildet. Die Variable wird als „Grad der Struktureinhaltung“ bezeichnet (siehe S. 335).

e) Personale Ressourcen

Selbstwertgefühl

Das psychologische Konstrukt Selbstwertgefühl wird beispielsweise in verschiedenen Bereichen mit der „Mehrdimensionalen Selbstwertkala“ (MSWS; Schütz & Sellin, 2006) gemessen. Bei diesem Fragebogen wird nicht nur das allgemeine, sondern vielmehr das bereichsspezifische Selbstwertgefühl erhoben (emotionale Selbstwertschätzung, soziale Selbstwertschätzung etc.). Das Selbstwerterleben ist oft auch Teil eines mehrdimensionalen Fragebogens zur Lebenszufriedenheit oder zum Wohlbefinden. Subskalen hierzu lassen sich beispielsweise in der „Münchener Lebensqualität Dimensionen Liste“ (MLDL; Heinisch, Ludwig & Bulinger, 1993) oder im „Berner Fragebogen zum Wohlbefinden“ (Grob et al., 1991) finden.

Aufgrund der zufriedenstellenden psychometrischen Kennwerte und des sehr geringen Umfangs, mit einer Item-Anzahl von nur zehn Items, ist die Entscheidung zur Messung des Selbstwerterlebens auf die sehr ökonomische „Rosenberg Skala

zum Selbstwertgefühl“ gefallen (siehe S. 322). Die Skala wurde initial von Rosenberg, M. (1965) („Rosenberg Self-Esteem Scale“; RSES) entwickelt und ist die mit am häufigsten verwendete Skala zur Selbsteinschätzung des globalen Selbstwertgefühls (Carolyn, Koole & Koole, 2014). 1996 wurde die Skala von Ferring und Filipp ins Deutsche übersetzt und geprüft. Die psychometrischen Kennwerte sind als zufriedenstellend einzustufen. Das Item Nr. 4 erzielte jedoch im Rahmen der Untersuchungen eine besonders niedrige Trennschärfe von nur .11. Collani und Herzberg (2003) revidierten deshalb die ursprüngliche Skala und veränderten das Item Nr. 4 von „Ich besitze die gleichen Fähigkeiten wie die meisten anderen Menschen auch“ in „Ich kann vieles genauso gut wie die meisten anderen Menschen auch“. Mit dieser Veränderung konnte in neuen Untersuchungen eine Trennschärfe für das Item Nr. 4 von .48 und ein Cronbachs Alpha von .84 erreicht werden. Es liegt ein vierstufiges Antwortformat von „trifft voll und ganz zu“ bis „trifft gar nicht zu“ vor. Die Items 2, 5, 6, 8 und 9 sind negativ gepolt, sodass bei der Auswertung eine Umkodierung stattfinden muss. Die Werte werden zu einem Mittelwert zusammengefasst. Die Bearbeitungsdauer des Tests beträgt ca. zwei Minuten und ist somit als ein sehr ökonomisches Messinstrument anzusehen (Herzberg, 2016). Der Test ist sowohl für unspezifische Bevölkerungsgruppen als auch für Klient*innen und Patient*innen anwendbar. Die RSES ermöglicht es zudem, Behandlungsverläufe abzubilden.

Kontrollüberzeugungen

Tests zur Erhebung des allgemeinen Kontrollerlebens gibt es einige („Internale-Externale Kontrollüberzeugungen“, IE 4 Skala; Kovaleva, Beierlein, Kemper & Rammstedt, 2014; „Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugung“, FKK; Krampen, 1991). Auch Messinstrumente zur Abbildung von krankheits- und gesundheitsbezogenem Kontrollerleben lassen sich in der Literatur finden („Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit“, KKG; Lohaus & Schmitt, 1989; „Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen“, GKÜ; Hasenbring, 1988; Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen, FEGK; Ferring, 2003). In dieser Untersuchung soll jedoch das Kontrollerleben nicht hinsichtlich krankheits- bzw. gesundheitsbezogener Aspekte abgebildet werden, sondern bezüglich des eigenen Wohlbefindens. Ziel des in dieser Arbeit entwickelten Gruppenprogramms ist die Verbesserung der selbstständigen Beeinflussung des subjektiven Wohlbefindens. Ein Messinstrument, welches das Kontrollerleben des Wohlbefindens misst, würde in adäquater Weise die zu erwartenden Veränderungen abbilden können. Aufgrund des Mangels eines solchen standardisierten Messinstruments wurde ein Fragebogen, der ursprünglich gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen misst, auf wohlbefindensbezogene Kontrollüberzeugungen transformiert. Zur Auswahl hierfür standen der KKG,

der GKÜ und der FEGK. Angesichts der hohen Item-Anzahl und der Item-Formulierungen (sehr krankheits- und beschwerdebezogen) bei den Messinstrumenten KKG und GKÜ ist die Entscheidung auf den sehr ökonomischen und verhältnismäßig positiv formulierten „Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen“ (FEGK; Ferring, 2003) gefallen (siehe S. 323).

Der FEGK ist in einer Langform (20 Items) und einer Kurzform (10 Items) verfügbar und misst sowohl internale als auch externale gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen. Da möglichst kurze Testverfahren verwendet werden sollten, wird in dieser Untersuchung die Kurzform des FEGK genutzt. Die Proband*innen können die 10 Items auf einer sechsstufigen Skala von „sehr richtig“ bis „sehr falsch“ beantworten. Es wird sowohl die Internalität als auch die Externalität gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen erfasst. Eine Separierung der Externalität in „mächtige Andere“ und „Zufall“ wird nicht vorgenommen. Da „mächtige Andere“ in gesundheitspsychologischen Kontexten sehr viele verschiedene Personen (Ärzt*innen, Therapeut*innen, Pfleger*innen etc.) sein können, wird auf eine spezifische Differenzierung verzichtet, so Ferring (2003). Die Auswertung erfolgt durch die Bildung von Mittelwerten getrennt für die Skalen „Externale Kontrollüberzeugung“ und „Internale Kontrollüberzeugung“. In Untersuchungen von Ferring (2003) konnten zu der Kurzskala Cronbachs Alpha Werte von .82 ermittelt werden. Die mittleren Trennschärfen liegen bei .61 (Skala „Internalität“) und .62 (Skala „Externalität“). Aufgrund der wesentlichen Veränderung des Tests sind diese Werte jedoch nur bedingt gültig.

Da mit der Teilnahme am R.A.P. primär eine Verbesserung wohlbefindensbezogener Kontrollüberzeugungen angestrebt wird, müssen die Items der Skala „Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen“ umformuliert werden. Die Begriffe „Krankheit“ oder „Gesundheit“ werden mit Facetten des Wohlbefindens („gut gehen“, „wohl fühlen“, „Wohlbefinden“) ausgetauscht. Die folgende Tabelle 9 zeigt die vorgenommenen Veränderungen.

Tabelle 9: Überarbeitete Version des Fragebogens zur Erhebung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen (FEGK) bezogen auf „Wohlbefinden“

	Originalversion der FEGK-Kurzskala, bezogen auf Krankheit und Gesundheit	Umformulierte Version, bezogen auf Wohlbefinden
1. (E)	Gute Gesundheit ist zum Großteil Glückssache.	Ein hohes Wohlbefinden ist zum Großteil Glückssache.
2. (I)	Wenn man auf sich achtet, bleibt man auch gesund.	Wenn man auf sich achtet, geht es einem auch gut.
3. (I)	Gute Gesundheit ist davon abhängig, wie man mit sich umgeht.	Wohlbefinden ist davon abhängig, wie man mit sich umgeht.
4. (E)	Menschen, die nie krank werden, haben einfach Glück.	Menschen, denen es nie schlecht geht, haben einfach Glück.
5. (I)	Ich glaube, dass ich sehr großen Einfluss auf mein körperliches Wohlbefinden habe.	Ich glaube, dass ich sehr großen Einfluss auf mein Wohlbefinden habe.
6. (E)	Gesund zu bleiben oder wieder gesund zu werden, ist oft reine Glückssache.	Sich wohl zu fühlen, ist oft reine Glückssache.
7. (I)	Um gesund zu bleiben, muss man einiges für sich tun.	Damit es einem gut geht, muss man einiges für sich tun.
8. (E)	Meine Gesundheit ist hauptsächlich durch Zufälle bestimmt.	Mein Wohlbefinden ist hauptsächlich durch Zufälle bestimmt.
9. (I)	Wenn ich etwas für meine Gesundheit tue, bin ich sicher, dass es auch Erfolg haben wird.	Wenn ich etwas für mein Wohlbefinden tue, bin ich sicher, dass es auch Erfolg haben wird.
10. (E)	Es ist eine Frage des Schicksals, ob man krank wird oder gesund bleibt.	Es ist eine Frage des Schicksals, ob es einem schlecht geht oder man sich wohl fühlt.

Anmerkungen: (I) = Item für „Internale Kontrollüberzeugung“, (E) = Item für „Externale Kontrollüberzeugung“.

Bei Durchführung der Reliabilitätsprüfung anhand der in dieser Studie erhobenen Daten an psychisch erkrankten Menschen konnte für die konstruierte Skala „Internale Kontrollüberzeugungen“ ein Cronbachs Alpha von .83 und für die Skala „Externale Kontrollüberzeugungen“ ein Cronbachs Alpha von .82 ermittelt werden. Beide Alpha-Werte können als gut bewertet werden. Die Trennschärfekoeffizienten liegen bei der Externalitäts-Skala zwischen .56 und .77, bei der Internalitäts-Skala zwischen .58 und .68. Betrachtet man die jeweiligen Mittelwerte der Trennschärfekoeffizienten so ist bei der Externalitäts-Skala ein Wert von .61 und bei der Internalitäts-Skala ein Wert von .63 festzustellen. Auch diese korrigierten Item-Skalen-Korrelationen können als gut interpretiert werden und unterscheiden sich kaum zu den Werten der Ursprungsskala (siehe Ferring, 2003). Für die Bildung der Variablen „Externale Kontrollüberzeugung“ und „Internale Kontrollüberzeugung“ werden jeweils Mittelwerte der fünf Items gebildet.

Positiver zwischenmenschlicher Kontakt

Durch das Ressourcenaufbauprogramm wird das Ziel verfolgt, einen wertschätzenden, mitmenschlichen Umgang zu anderen Menschen zu praktizieren, Wohlbefinden zu generieren und daraus resultierend langfristig soziale Beziehungen aufzubauen bzw. positive zwischenmenschliche Kontakte herzustellen. Zu messen gilt es in dieser Evaluationsstudie nicht primär das Ausmaß sozialer Unterstützung, sondern vielmehr die konkrete Gestaltung des zwischenmenschlichen

Kontakts. Aufgrund des Mangels an adäquaten Messinstrumenten wurden zunächst verwandte Konstrukte betrachtet. Nach Sichtung zahlreicher, zunächst passend erscheinender Messinstrumente („Soziale Kompetenzen“, Kanning, 2009; „Soziale Phobie“, Consbruch & Heidenreich, 2016; „Einsamkeit“, Russell, Peplau & Cutrona, 1980; „Soziale Aktivität Selbstbeurteilungs-Skala“, Duschek, Schandry & Hege, 2003), konnte letztlich eine Skala gefunden werden, deren Items überwiegend das abbilden, was es zu messen gilt.

Becker hat bereits 1989 in seinem Messinstrument zur seelischen Gesundheit, dem „Trierer Persönlichkeitsfragebogen“ (TPF), eine Skala erfasst, die passend für das in diesem Kontext zu erhebende Konstrukt erscheint. Er versteht unter seelischer Gesundheit „[...] die Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner Anforderungen [...]“ (Becker, 1989, S. 11). Neben acht weiteren Subskalen sieht er einen wesentlichen Faktor für seelische Gesundheit in der Fähigkeit zu lieben und bezeichnet eine der Subskalen des TPF als „Liebesfähigkeit“ (siehe S. 324). Konkret versteht er darunter einen „[...] selbst- und fremdbezogenen Wertschätzungsindikator [...] der seelischen Gesundheit [...]“ (Becker, 1989, S. 12). Er bezieht sich in seinen Ausführungen insbesondere auf Rogers (1973, 1976) und Adler, A. (1933), die den Wertschätzungsaspekt ins Zentrum ihrer Theorien setzten. Becker (1986) versteht unter Liebesfähigkeit „soziale Wärme“ und „Femininität“ (Femininität deshalb, weil die folgenden Eigenschaften tendenziell eher Frauen zugesprochen wurden). Eigenschaften wie beispielsweise Herzlichkeit, Warmherzigkeit oder auch Empathie spielen hierbei eine Rolle. Es werden aber auch Aspekte wie Güte, Hilfsbereitschaft oder die Fähigkeit, sich anderen Menschen zu widmen, darunter verstanden (Becker, 1986). Anzuführen ist auch, dass Wydra (2003) in seinem Fragebogen zum „Allgemeinen habituellen Wohlbefinden“ das Konstrukt „soziales Wohlbefinden“ aufnimmt und hierbei Parallelen zur „Liebesfähigkeit“ von Becker gezogen werden. Die Itemformulierungen zum „sozialen Wohlbefinden“ erscheinen jedoch sehr radikal und nicht passend für die Klientel. Der TPF wurde an verschiedenen Stichproben getestet (Neurotiker, Alkoholiker etc.). Die Subskala „Liebesfähigkeit“ (LF) konnte hierbei eine interne Konsistenz von .70 bis .80 aufzeigen. Die Retestreliabilität liegt bei der LF-Skala bei .78 und kann somit als zufriedenstellend bewertet werden. Diese Werte deuten darauf hin, dass der TPF insbesondere stabile Persönlichkeitseigenschaften zu messen scheint. Hinsichtlich der Messung von Veränderungen im Therapieverlauf ist festzuhalten, dass die Subskala „Liebesfähigkeit“ signifikante Veränderungen bei der Therapie von Alkoholikern aufzeigen konnte. In einer weiteren Untersuchung an Neurotikern werden ebenfalls Verbesserungen in der LF-Subskala sichtbar, diese konnten jedoch auf einem 5 % Signifikanzniveau nicht als bedeutsam nachgewiesen werden. Becker schlussfolgert allgemein, dass der TPF für Veränderungsmessungen eingesetzt werden kann, dies jedoch nicht die primäre Aufgabe des Tests darstellt (Becker, 1989). Die Itemtrennschärfen in der Subskala

„Liebesfähigkeit“ liegen zwischen .25 und .50, acht der elf Items weisen Trennschärfewerte zwischen .40 und .50 auf (Becker, 1989). Drei der Items (9, 10, 11) sind negativ formuliert und müssen vor der Bildung des Mittelwertes umkodiert werden.

Positive Emotionen

In der Literatur werden zahlreiche Messinstrumente sichtbar, die darauf abzielen, den emotionalen Zustand eines Menschen abzubilden. Hierbei ist beispielsweise der „Multidimensionale Befindlichkeitsfragebogen“ (MDBF) von Steyer, Notz, Schwenkmezger und Eid (1997), die „Eigenschaftswörterliste“ (EWL) von Janke und Debus (1978), der „Befindlichkeitsfragebogen“ (BF) von Becker (1988), die „Befindlichkeitsskalen zur Messung von aktueller Stimmung und Grundgestimmtheit“ (BFS) von Abele-Brehm und Brehm (1986), die „Befindlichkeits-Skala“ (Bf-S; Bf-S') von Zerßen (1976a) oder die „Basler Befindlichkeits-Skala“ von Hobi (1985) zu nennen. All die genannten Tests haben eines gemeinsam, sie messen den aktuellen emotionalen Zustand, also die momentane Befindlichkeit, in der sich die Proband*in im Moment des Ausfüllens befindet. Ausnahme ist der BFS, der neben der aktuellen Stimmung auch die Grundgestimmtheit abbildet, in dem er nach der Befindlichkeit der letzten Wochen fragt. Aufgrund der geringen Stabilität des Konstrukts der aktuellen Stimmung bzw. Befindlichkeit (Steyer et al., 1997) und den zahlreichen Einflussfaktoren, welche die aktuelle Befindlichkeit beeinflussen können, soll in dieser Arbeit vielmehr eine „allgemeine Befindlichkeit“ abgebildet werden, die sich auf einen längeren Zeitraum (die letzten Wochen) bezieht.

Um die vorherrschenden Emotionen zu erheben, wird die Fragebogenbatterie mit dem Messinstrument „Positive and Negative Affect Schedule“ (PANAS; Krohne, Egloff, Kohlmann & Tausch, 1996) ergänzt (siehe S. 325). Dieser Test zielt darauf ab, sowohl die positive als auch die negative Dimension von Befindlichkeit abzubilden (als globales Maß der Affektivität). Es stehen mehrere Zeitbezüge zur Verfügung, die es ermöglichen, nicht nur die aktuelle Befindlichkeit/den aktuellen Affekt („Wie fühlen Sie sich im Moment?“), sondern auch eine allgemeinere Befindlichkeit/Affektivität („Wie fühlten Sie sich in den letzten Wochen?“) darzustellen.²⁸ Das Messinstrument umfasst 20 Items, wovon 10 negative und 10 positive Emotionen abbilden. Die Proband*in schätzt die Intensität des Affekts von „gar nicht“ bis „äußerst“ auf einer fünfstufigen Skala ein. Die Instruktion kann sich auf verschiedene Zeitintervalle beziehen (z. B. „Wie haben Sie sich heute gefühlt?“, „Wie haben Sie sich in den letzten Tagen gefühlt?“, Krohne et al.,

²⁸ Auch der BFS von Abele-Brehm und Brehm (1986) erfasst eine eher allgemeine Befindlichkeit, erschien jedoch mit seinen 40 Items zu lang für den Einsatz innerhalb dieser Fragebogenbatterie.

1996, S. 139). In dieser Untersuchung wird der Zeitbezug „in den letzten Wochen“ gewählt, da dieser den Zeitraum des Gruppenprogramms (acht Wochen) gut abzudecken scheint. Untersuchungen von Krohne et al. (1996) konnten bei der Analyse der deutschsprachigen Übersetzung der PANAs Cronbachs Alpha Werte von $\geq .84$ aufzeigen. Die Analyse der verschiedenen Zeitintervalle ergab, dass mit zunehmendem Zeitintervall die Werte wesentlich von habituellen Tendenzen bestimmt werden. Es wird eine Skala „Positiver Affekt“ und eine Skala „Negativer Affekt“ gebildet, in dem jeweils die Mittelwerte berechnet werden.

Kognitives und emotionales Wohlbefinden

Wohlbefinden wird in der Literatur noch immer sehr heterogen operationalisiert (Kolip & Schmidt, 1999). Häufig zu finden ist die Einteilung in aktuelles und habituelles Wohlbefinden (Becker, 1991). Aktuelles Wohlbefinden bezieht sich dabei auf die augenblickliche Stimmung bzw. Befindlichkeit, die jedoch nur von kurzer Dauer ist und keine stabile Eigenschaft darstellt. Im Gegensatz hierzu ist das habituelle Wohlbefinden zu nennen, das als relativ stabil angesehen wird und über mehrere Wochen oder Monate konstant bleiben kann (ebd.). Weiterhin wird das Konstrukt Wohlbefinden in eine affektive und kognitive Komponente differenziert. Die affektive Komponente subsumiert hierbei sowohl positive als auch negative emotionale Befindlichkeiten, die kognitive Komponente wird überwiegend als „Lebenszufriedenheit“ zusammengefasst (Diener, Suh & Oishi, 1997). In diesem Sinne wird im Rahmen der Evaluation des R.A.P.s eine Erhebung des Wohlbefindens angestrebt. Wohlbefinden soll möglichst ganzheitlich, mit seiner kognitiven, emotionalen und körperlichen Komponente erhoben werden. Um Wohlbefinden zu messen, lassen sich einige Tests im wissenschaftlichen Diskurs finden. In der Übersicht zu bestehenden Messinstrumenten zur Lebensqualität und zu Wohlbefinden von Schumacher, J. et al. (2003) werden beispielsweise der „Berner Fragebogen zum Wohlbefinden“ (BFW), der „Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden“ (FAHW), die „Habituelle subjektive Wohlbefindensskala“ (HSWBS) sowie der „Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden“ (MFHW) beschrieben. Im BFW wird Wohlbefinden durch mehrere Komponenten erfasst, wie beispielsweise Selbstwertgefühl oder depressive Stimmung. Der FAHW erhebt Wohlbefinden in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht. Beide Messinstrumente scheinen demnach für die vorliegende Fragebogenbatterie zu umfangreich angelegt. Der MFHW erfasst, wie auch angedacht, die affektive und kognitive Komponente des Wohlbefindens, ist jedoch, den Items zu entnehmen, tendenziell für nicht klinische Populationen geeignet.

Nach Abwägung der genannten Aspekte ist die Entscheidung zur Erhebung des subjektiven Wohlbefindens auf die „Habituelle subjektive Wohlbefindensskala“

(HSWBS) von Dalbert (2003) gefallen (siehe S. 326). Der Fragebogen umfasst sowohl eine Skala zum „Stimmungsniveau“, die eine ins Deutsche übersetzte verkürzte Fassung der „Mood Level Scale“ (Underwood & Froming, 1980) darstellt als auch eine Skala zur „allgemeinen Lebenszufriedenheit“ (Dalbert, 2003; Dalbert, Montada, Schmitt & Schneider, 1984). Das „Stimmungsniveau“ stellt hierbei die emotionale Komponente des Wohlbefindens, die „allgemeine Lebenszufriedenheit“ die kognitive Komponente des Wohlbefindens dar. Das Messinstrument wird nicht nur für Normalstichproben angewendet, sondern findet auch Gebrauch bei klinischen Personengruppen (Hoyer, Heidenreich & Fecht, 2000). Es können nachhaltige Veränderungen und Therapieverläufe abgezeichnet werden (Dalbert, 2003; Hoyer et al., 2000). Der Test ist mit seinen 13 Items sehr ökonomisch und eignet sich deshalb in besonderem Maße für psychisch belastete Menschen. Die Durchführungszeit beträgt ca. fünf Minuten. Sechs der Items beziehen sich auf das „Stimmungsniveau“ (emotionale Komponente) und sieben auf die „allgemeine Lebenszufriedenheit“ (kognitive Komponente). Die Antwortmöglichkeiten bilden eine sechsstufige Skala, bei der von „stimmt genau“ bis „stimmt überhaupt nicht“ angekreuzt wird. Die interne Konsistenz in der Konstruktionsstichprobe für die Skala „Stimmungsniveau“ beträgt .82 und für die „allgemeine Lebenszufriedenheit“ .88 (Dalbert, 1992). Für die heterogene Gesamtstichprobe konnte ein Cronbachs Alpha von .83 bzw. .87 ermittelt werden. Die Werte für die latenten Trennschärfen liegen zwischen .53 und .82. Die Auswertung erfolgt mittels der Bildung von Mittelwerten jeweils getrennt für die Skala „Emotionales Wohlbefinden (Stimmungsniveau)“ und „Kognitives Wohlbefinden (Lebenszufriedenheit)“. Aufgrund ihrer negativen Formulierung werden die Items 8 und 10 vor der Auswertung umkodiert.

Körperliches Wohlbefinden

Um das Konstrukt „Wohlbefinden“ ganzheitlich zu erheben, soll neben dem kognitiven und emotionalen auch das körperliche Wohlbefinden erfasst werden. Der „Fragebogen zur Erfassung des aktuellen körperlichen Wohlbefindens“ (FAW) von Frank (2011) erfasst beispielsweise das körperliche Wohlbefinden durch sieben verschiedene Dimensionen, bestehend aus 58 Items. Der „Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden“ (FAHW) von Wydra (2003) erhebt ebenfalls neben psychischen und sozialen auch die körperlichen Aspekte von Wohlbefinden. Das körperliche Wohlbefinden wird hierbei durch die „Zufriedenheit mit dem momentanen Körperzustand“ und das körperliche Missbefinden mit den „körperliche[n] Gebrechen und Schmerzen“ (Wydra, 2014, S. 14) operationalisiert.

Da im Kontext der Evaluation des Ressourcenaufbauprogramms Kompetenzen im Bereich Genussfähigkeit, Achtsamkeit und Entspannung vermittelt werden,

erscheint der „Fragebogen zur Erfassung körperlichen Wohlbefindens“ (FEW 16) von Kolip und Schmidt (1999) thematisch besonders passend und hinsichtlich des zeitlichen Umfangs akzeptabel (siehe S. 327). Körperliches Wohlbefinden wird hierbei auf vier Skalen mit jeweils vier Items erfasst. Es werden nicht ausschließlich körperliche Beschwerden und Funktionseinschränkungen, wie es bei vielen anderen gängigen Messinstrumenten zu körperlicher Befindlichkeit der Fall ist, gemessen. Vielmehr geht es darum, habituelles Körpererleben in den Bereichen „Genussfähigkeit“, „Vitalität“, „Belastbarkeit“ und „Innere Ruhe“ darzustellen. Mit diesem Test soll körperliches Wohlbefinden als positive Seite von Gesundheit und mit seinen differentiellen Aspekten abgebildet werden. Der Test wurde ursprünglich zur Messung von Veränderungen bei Reha-Behandlungen entwickelt, findet jedoch auch Anwendung bei anderen Patientengruppen. Die interne Konsistenz beträgt Werte zwischen .82 und .90 für die Subskalen und für die Gesamtskala .92. Positive Veränderungen konnten im Rahmen diverser Reha-Maßnahmen vor allem auf den Skalen „Genussfähigkeit“ und „Vitalität“ festgestellt werden. Diese Ergebnisse unterstreichen die Passung des Fragebogens zur hier vorliegenden Studie, da im Rahmen des Gruppenkonzepts insbesondere eben diese Aspekte gesteigert werden sollen. Die Trennschärfekoeffizienten liegen bei der klinischen Stichprobe im Bereich .49 und .77 und sind als zufriedenstellend einzustufen. Das Antwortformat ist eine sechststufige Likert-Skala, auf der von „trifft voll und ganz zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“ angekreuzt werden kann. Angaben zur Änderungssensitivität liegen nicht vor. Die Dauer des Tests beträgt fünf bis zehn Minuten (Kolip & Schmidt, 2003) und ist somit als relativ gering einzustufen. Die Auswertung erfolgt getrennt für die Skalen „Belastbarkeit“, „Vitalität“, „Innere Ruhe“ und „Genussfähigkeit“. Es werden sowohl Mittelwerte für die Variable „Körperliches Wohlbefinden (gesamt)“ als auch für jede Subskala gebildet.

Symptomveränderung

Entsprechend der Theorie von Grawe und Grawe-Gerber (1999) wird neben einer Steigerung des Wohlbefindens auch eine Symptomreduktion erwartet. Aufgrund der Heterogenität der Zielgruppe hinsichtlich der psychischen Erkrankung erschien zunächst ein globales Erhebungsinstrument bezüglich der Symptome sinnvoll. Messinstrumente zur Erhebung verschiedener Symptome wie beispielsweise die „Symptomcheckliste – 90“ (Franke, G. H., 2014) erfasst in einem sehr umfangreichen Fragebogen mit 90 Items die Schwere verschiedener Symptome. Die Kurzform, der sogenannte „Brief-Symptom-Checkliste“ (BSCL) mit 53 Items (Franke, G. H., 2017a) ist immer noch relativ lang und der „Mini- SCL“ mit 18 Items (Franke, G. H., 2017b) ist zwar wesentlich ökonomischer, bezieht sich jedoch primär auf Ängste und Somatisierungen. Als sinnvoll einzusetzender Fragebogen, der eine potenzielle Symptomreduktion feststellen könnte, erschien die

„Allgemeine Depressionsskala“ (ADS) von Hautzinger, Bailer, Hofmeister und Keller (2012) in Langform (siehe S. 329). Die gelisteten (depressiven) Symptome umfassen ein breites Spektrum, die auch allgemein bei schwer psychisch erkrankten Menschen zu beobachten sind. Die Depressivität wird mittels fünf Subskalen (Motivationale, Motorisch/Interaktionale, Somatische, Kognitive und Emotionale Beschwerden) erhoben. Die Skala stellt ein adäquates Gegenstück zu den bisher verwendeten Messinstrumenten dar, da die Items inhaltlich negative Aspekte erheben. Die interne Konsistenz beträgt je nach Stichprobe .89 und .92 und ist somit als gut einzustufen (Hautzinger et al., 2012). Für jede Dimension wird ein Mittelwert gebildet, darüber hinaus wird ein allgemeiner Mittelwert der Skala berechnet. Die Items 4, 8, 12 und 16 werden vor der Auswertung umkodiert.

Selbstfürsorge

Die vorangegangenen Messinstrumente bezogen sich auf die Erhebung der nach Grawe und Grawe-Gerber (1999) festgelegten Grundbedürfnisse, das emotionale, kognitive und körperliche Wohlbefinden als auch darauf, ob eine Symptomreduktion stattgefunden hat. Die Allgemeine Depressionsskala kristallisierte sich hierbei als passendes Instrument heraus. Das Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. zielt auf eine Veränderung in eben diesen genannten Bereichen ab und behandelt diese Themen dementsprechend in den einzelnen Sitzungen. Darüber hinaus wird auch das Thema „Selbstfürsorge“ intensiv bearbeitet, indem die Teilnehmenden lernen, sich um sich selbst gut zu kümmern und wohlwollend mit sich umzugehen. Eine Verbesserung oder Steigerung der Selbstfürsorge kann als übergeordnetes Ziel des Programms festgehalten werden. Dementsprechend soll im Rahmen der Evaluation auch dieses Konstrukt erhoben werden.

Als besonders passend hat sich der von Lutz (2012) entwickelte „Marburger Fragebogen zur Selbstfürsorge (MR SFS)“ herausgestellt (siehe S. 328). Dieser Test wurde im Rahmen der euthymen Therapie entwickelt und geprüft. Selbstfürsorge meint dabei „[...] so mit sich umzugehen, wie ein wohlmeinender Dritter, z. B. ein Freund oder Verwandter, es tut. Er soll sich selbst – bildlich gesprochen – fürsorglich an die Hand nehmen“ (Lutz, 2012, S. 58). Der Fragebogen besteht aus zwei Subskalen, wobei sich eine auf den Aspekt „Sich selbst Gutes tun“ und eine auf „Gutes annehmen können“ bezieht. Der Fragebogen umfasst 19 Items. Die Durchführungsdauer ist mit fünf Minuten relativ gering. Das Antwortformat stellt eine vierstufige Skala mit den Antwortmöglichkeiten „nein, eher nein, eher ja, ja“ dar. Die interne Konsistenz zeigt ein Cronbachs Alpha von .90. Bei der Verwendung des Fragebogens wurde deutlich, dass der Test nur sehr eingeschränkt Veränderungen abbildet (Bernhard, Kupka & Lutz, 2001). Es wird eine geringe Änderungssensitivität des Messinstruments vermutet.

Angesichts der sehr guten inhaltlichen Passung des Fragebogens zu den potenziellen Veränderungen im Rahmen des Ressourcenaufbauprogramms R.A.P. findet der Test in modifizierter Form Anwendung. Dabei wird zunächst die Instruktion von „Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an“ zu „Bitte beziehen Sie sich beim Ankreuzen auf die letzten Wochen“ verändert. Somit wird eine zeitliche Einschränkung gesetzt, welche die Änderungssensitivität des Fragebogens verbessern soll. Ebenso werden die Antwortmöglichkeiten erhöht und statt einer vierstufigen eine sechsstufige Skala verwendet, sodass eine differenziertere Antwort möglich ist. Die Auswertung erfolgt mittels der Berechnung von Mittelwerten getrennt für die Skalen „S“ (Sich Gutes tun) und „A“ (Gutes annehmen können).

Aufgrund der Veränderung des Messinstruments wurden erneut Reliabilitätsanalysen durchgeführt. Die interne Konsistenz liegt bei .89, die Trennschärfekoeffizienten liegen zwischen .65 und .81 (beim letzten Item 19 kann ein Trennschärfekoeffizient von .31 ermittelt werden, der eine Ausnahme darstellt. Es kann diskutiert werden, ob dieses Item gelöscht werden sollte, da sich der Cronbachs Alpha Wert durch Wegnahme des Items auf .96 erhöhen würde). Betrachtet man die Skala „S“ und „A“ getrennt voneinander, können Trennschärfekoeffizienten bei „S“ zwischen .62 und .73 (Ausnahme Item 19 mit .31) und einem Cronbachs Alpha Wert von .72 und bei „A“ Trennschärfewerte zwischen .66 und .80 sowie einem Cronbachs Alpha von .94. Die Werte sind als zufriedenstellend einzustufen.

f) Bewertung des Gruppenprogramms

Um ein Feedback bezüglich der einzelnen Sitzungen einzuholen, werden die Teilnehmenden gebeten, dieses auf einer Notenskala von 1-6, wobei 1 sehr gut und 6 sehr schlecht ist, zu „benoten“. Alle acht Sitzungen werden mit dem verwendeten Titel aufgelistet (siehe S. 330).

Auch die Gruppenleitungen haben die Möglichkeit das Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. mittels elf Items (Skala von 1 „trifft sehr zu“ bis 6 „trifft überhaupt nicht zu“) zu bewerten. Diese Bewertung erfolgt am Ende des Programms (T2), nach der achten Sitzung (siehe S. 335). Die Variable dient zum einen dazu, zu erfahren, wie die Gruppenleitung das R.A.P. fand (Gesamteindruck vom R.A.P.). Zum anderen wird dieses „Ausmaß der Zuneigung zum R.A.P. seitens der Gruppenleitung“ als potenzieller Einflussfaktor auf den Trainingserfolg der Teilnehmenden untersucht. Die Variable spiegelt den Mittelwert der elf Items wider. Da es sich bei der Skala um eine neu konstruierte Skala handelt, wird diese einer Reliabilitätsanalyse unterzogen. Es ergibt sich eine interne Konsistenz von .76. Unter Wegnahme des dritten Items „Ich finde die Themen des Programms gut gewählt“ ergibt sich ein etwas höherer Wert von .77. Die Trennschärfekoeffizien-

ten bewegen sich zwischen .09 (Item 3) und .64 und sind somit als nicht ausreichend anzusehen (Bortz & Döring, 2006; Weise, 1975). Werden die Items 3 und 7 herausgenommen, so ergeben sich Trennschärfekoeffizienten von .38 und .60 und ein Cronbachs Alpha von .77. Die Trennschärfekoeffizienten sind somit als mittelmäßig einzustufen.

Jede Proband*in der Interventionsgruppe kann zusätzlich nach dem Programm (T2) angeben, wie sie ihren „Subjektiven Trainingserfolg“ (Skala von 1 „trifft voll und ganz zu“ bis 6 „trifft überhaupt nicht zu“) einschätzt (siehe S. 331). Die sechs Fragen sind angelehnt an eine Skala zur Erfolgserhaltung bei einer Rauchertherapie (Brenghelmann & Sedlmayer, 1976). Die Skala wurde bereits bei Viehhauser (2000) zur Messung des persönlichen Trainingserfolgs im Rahmen eines Gruppenprogramms verwendet. Es erfolgte eine Anpassung an die im Ressourcenaufbauprogramm verwendeten Themen und Begriffe (z. B. wurde statt nach „Gesundheit“ nach „Wohlbefinden“ gefragt). Zwei der Items beziehen sich dabei auf die persönliche Einschätzung der Aufrechterhaltung des eigenen Erfolgs („Ich bin zuversichtlich, dass das, was ich im Kurs gelernt habe, mir auch im Alltag helfen wird“; „Ich glaube, dass ich durch das im Kurs Gelernte mein [künftiges] Wohlbefinden positiv beeinflussen kann“), zwei darauf, ob die erlernten Fertigkeiten auch in der Zukunft angewendet werden („Ich werde die erlernten [häuslichen] Übungen auch weiterhin für mich anwenden“; „Ich werde die erlernten Methoden weiterhin anwenden, um mein Wohlbefinden zu steigern“) und zwei weitere Fragen auf den persönlichen Mehrwert des Programms („Ich würde das Gruppenkonzept Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. jederzeit anderen Leuten empfehlen“; „Das Programm war für mich ein großer persönlicher Gewinn“). Die interne Konsistenz bei Viehhauser (2000) beträgt ein Cronbachs Alpha Wert von .90, die Itemtrennschärfen liegen zwischen .64 und .84 und sind somit als zufriedenstellend einzustufen. Die Reliabilitätsanalyse bei den vorliegenden Daten ergibt ebenfalls einen sehr hohen Cronbachs Alpha Wert von .94 ($n = 161$). Die internen Trennschärfen liegen zwischen .76 und .87. Auch diese Werte sind als zufriedenstellend zu bewerten. Die Variable „Subjektiver Trainingserfolg“ stellt den Mittelwert der sechs Items dar.

Zur weiteren Verbesserung des Programms konnten die Gruppenleitungen sowohl zu jeder einzelnen Sitzung als auch am Ende des Programms in schriftlicher Form Rückmeldung, Verbesserungsvorschläge, Kritik etc. äußern (siehe S. 344). Die nachfolgende Tabelle 10 fasst alle verwendeten Messinstrumente zusammen und gibt sowohl Auskunft über den Erhebungszeitpunkt als auch über die Person, die die jeweiligen Skalen ausfüllt.

Tabelle 10: Übersicht der eingesetzten Messinstrumente bezogen auf die Zeitpunkte und die betreffende Personengruppe

Zeitpunkt	Gruppenleitung			KG
	Selbstaussagen	Aussage über Proband*innen	IG	
T1 (Prä-Zeitpunkt) Vor Beginn des R.A.P.s	<ul style="list-style-type: none"> • Interesse der Gruppenleitung an den Themen des R.A.P.s (Subskala FSI) • Bewertung der Schulung • Gefühl des Vorbereitet-Seins auf die Durchführung des R.A.P.s 	<ul style="list-style-type: none"> • Einschätzung der psychischen Erkrankung der Teilnehmenden (ICD-10 Diagnose) • Einschätzung des Schweregrades und des Funktionsniveaus der Teilnehmenden (GAF – Global Assessment of Functioning) 	<ul style="list-style-type: none"> • Soziodemografische Daten • Krankheitsbezogene Daten • Bisherige Kenntnisse bezüglich der Themen des R.A.P.s • Fragebogenbatterie: RSES, FEGK (abgewandelt), Liebesfähigkeit (Subskala des Trierer Persönlichkeitsfragebogen), PANAS, HSWBS, FEW 16, SFS, ADS-L 	<ul style="list-style-type: none"> • Soziodemografische Daten • Krankheitsbezogene Daten • Fragebogenbatterie: RSES, FEGK (abgewandelt), Liebesfähigkeit (Subskala des Trierer Persönlichkeitsfragebogen), PANAS, HSWBS, FEW 16, SFS, ADS-L
Nach jeder Sitzungs- einheit	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenatmosphäre • Teilnehmendenliste • Einhaltung des Manuals • Anmerkungen zur Sitzung 			
T2 (Post-Zeitpunkt) Direkt nach dem Pro- gramm	<ul style="list-style-type: none"> • Einhaltung der Strukturvorgaben • Bewertung des R.A.P.s • Positive Aspekte und Verbesserungsvorschläge/Kritik etc. in schriftlicher Form 		<ul style="list-style-type: none"> • Fragebogenbatterie: RSES, FEGK (abgewandelt), Liebesfähigkeit (Subskala des Trierer Persönlichkeitsfragebogen), PANAS, HSWBS, FEW 16, SFS, ADS-L, Bewertung der Sitzungen 1-8 • Einschätzung des persönlichen Trainingserfolgs • Durchführungshäufigkeit der häuslichen Übungen • Anwendungshäufigkeit der erlernten Methoden 	<ul style="list-style-type: none"> • Fragebogenbatterie: RSES, FEGK (abgewandelt), Liebesfähigkeit (Subskala des Trierer Persönlichkeitsfragebogen), PANAS, HSWBS, FEW 16, SFS, ADS-L
T3 (Follow-up-Zeitpunkt) nach vier Monaten			<ul style="list-style-type: none"> • Fragebogenbatterie: RSES, FEGK (abgewandelt), Liebesfähigkeit (Subskala des Trierer Persönlichkeitsfragebogen), PANAS, HSWBS, FEW 16, SFS, ADS • Anwendungshäufigkeit der erlernten Methoden 	<ul style="list-style-type: none"> • Fragebogenbatterie: RSES, FEGK (abgewandelt), Liebesfähigkeit (Subskala des Trierer Persönlichkeitsfragebogen), PANAS, HSWBS, FEW 16, SFS, ADS-L

10.3.2 Pre-Test

Der Pre-Test zur Fragebogenbatterie fand mehrere Monate vor Beginn der Studie statt. Sechs Fragebögen wurden an Klient*innen einer sozialpsychiatrischen Einrichtung ausgegeben. Vier Fragebögen wurden vollständig bearbeitet und wieder zurückgegeben. Der Pre-Test untersuchte zum einen die Dauer des Ausfüllens eines Fragebogens. Zum anderen sollten Unklarheiten bezüglich der Skalen und Item-Formulierung aufgedeckt werden. Im Folgenden sollen die Ergebnisse und die damit einhergegangenen Veränderungen an der Fragebogenbatterie kurz erläutert werden.

Die Dauer des Ausfüllens eines Fragebogens schwankte zwischen 15 und 45 Minuten. Im Durchschnitt wurde eine Ausfülldauer von ca. 30 Minuten ermittelt. Den teilnehmenden Proband*innen der Studie wurde letztlich eine Ausfüllzeit von 30-40 Minuten mitgeteilt. Die Länge des Fragebogens wurde von einer Person als zu lange eingestuft. Die drei weiteren Personen machten hierzu keine Angaben. Im Rahmen der Evaluationsstudie werden die Teilnehmenden darauf hingewiesen, dass der Fragebogen auch in mehreren Schritten ausgefüllt werden kann. Somit sollen die Konzentrationsfähigkeit und die Validität der Antworten erhalten bleiben.

Bei den Antwortmöglichkeiten des Messinstruments „Selbstfürsorge“ war eine deutliche Tendenz zum Positiven Pol erkennbar. Wie auch aus früheren Untersuchungen bekannt, ist die Skala zur Abbildung von Veränderungen nur bedingt geeignet (Lutz, 2012). Aufgrund dessen wird im Rahmen der vorliegenden Untersuchung eine differenziertere Antwortskala bei der Messung des Konstrukts „Selbstfürsorge“ gewählt. Die vierstufige Skala („ja“, „eher ja“, „eher nein“, „nein“) wird durch eine sechsstufige Likert-Skala („trifft voll und ganz zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“) ersetzt.

Weiterhin wurde mittels des Pre-Tests analysiert, ob die negativ gepolten Items zu Verwirrungen bei den Teilnehmenden geführt haben. Keine Teilnehmende hat Anmerkungen bezüglich verwirrender Items gemacht. Bei der Rosenberg Skala zum Selbstwertgefühl konnte bei Item Nr. 2 (siehe S. 322) bei zwei Teilnehmenden widersprüchliche Antworten im Vergleich zu anderen Items festgestellt werden. Da in keiner weiteren Skala widersprüchliche Antworten auffielen, wird die Umpolung der Items beibehalten.

Um valide Aussagen auch bei negativ gepolten Items zu erhalten, wird in jeder Erklärung noch einmal auf die Relevanz des genauen Lesens der Items hingewiesen. Der Einführungstext wird mit dem Zusatz „Lesen Sie die Aussagen bitte sorgfältig durch“ erweitert.

10.4 Durchführung der Studie

Die Untersuchung zur Wirksamkeit des entwickelten Ressourcenaufbauprogramms R.A.P. fand in 29 sozialpsychiatrischen Einrichtungen in Bayern statt. Welche Personengruppe von der Studie konkret angesprochen wurde, wird in Kapitel 10.4.1 „Ein- und Ausschlusskriterien“ dargestellt. Um weiterhin zu erfahren, wie groß die angestrebte Stichprobe sein muss, wurde diese bereits bei der Planung der Studie mittels einer Software berechnet. In Kapitel 10.4.2 „Fallzahlplanung“ finden sich die Ausführungen zum optimalen Stichprobenumfang. Ein wesentlicher Bestandteil der Studie bestand außerdem in der Schulung der sozialpsychiatrisch Tätigen, die das Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. in ihren Einrichtungen für die dort betreuten Klient*innen anboten. In Kapitel 10.4.3 „Schulung der Gruppenleitungen“ werden die relevanten Bausteine sowie die Evaluationsergebnisse der Schulung zusammengefasst.

10.4.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Zielgruppe der Untersuchung sind psychisch kranke Menschen, die in verschiedenen sozialpsychiatrischen Einrichtungen behandelt werden. Im Rahmen dieser Evaluationsstudie wurden insbesondere Tageszentren, Betreute Wohnformen, Therapeutische Wohngruppen und Sozialpsychiatrische Dienste zur Teilnahme motiviert. Menschen, die in diesem Setting behandelt werden, leiden oft jahrelang unter ihrer Erkrankung und somit auch stark unter Ressourcenverlusten. Es handelt sich hierbei um eine schwer erreichbare Klientel, die eines besonders niedrigschwelligen Behandlungsangebotes bedarf.

Das Gruppenprogramm ist indikationsübergreifend gestaltet, sodass sich eine breite Vielfalt an Diagnosen und Symptomen abzeichnet und eine sehr heterogene Zielgruppe, hinsichtlich der Erkrankung und der soziodemografischen Faktoren, angesprochen wird. Ausschlusskriterium zur Teilnahme sowohl an der Interventions- als auch an der Kontrollgruppe waren Suchterkrankungen mit akuter Suchtthematik, akute Psychosen und Klient*innen mit schweren manischen Episoden. Das Gruppenangebot könnte zu Überforderung führen und den teilnehmenden Klient*innen schaden. Bezüglich des Alters der Zielgruppe ist festzuhalten, dass die Studie ausschließlich Erwachsene (ab 18 Jahren) anspricht.

10.4.2 Fallzahlplanung

Um bereits im Voraus zu planen, wie groß die erhobene Stichprobe sein muss, wurde eine Fallzahlplanung mit der Software g*power (von der Universität Düsseldorf) durchgeführt.

Da die Studie an chronisch psychisch erkrankten Menschen durchgeführt wird und das Veränderungspotential als gering einzuschätzen ist, sollte in der Untersuchung ein kleiner Effekt von $f = .10$ auf dem 5 % Signifikanzniveau als statistisch bedeutsam nachgewiesen werden. Im Zentrum des Interesses steht die Veränderung zwischen den Gruppen und über die drei Messzeitpunkte, demnach bezieht sich der zu untersuchende Effekt auf die Interaktion zwischen Gruppe und Zeit. Die Teststärke sollte bei $.80$ liegen. Das Studiendesign umfasst zwei Gruppen und drei Messwiederholungen. Für die Fallzahlplanung wird eine mittlere Korrelation zwischen den Messzeitpunkten von $.50$ angenommen.

Die Berechnungen ergeben eine optimale Fallzahl von $N = 164$. Bei psychisch erkrankten Menschen ist mit einem relativ großen Dropout von ca. 50 % zu rechnen, somit muss eine Fallzahl von (164×2) 328 angestrebt werden. Da die Proband*innen auf zwei Gruppen (IG und KG) aufgeteilt sind, sollte zu Beginn der Studie sowohl die Interventions- als auch die Kontrollgruppe jeweils 164 Proband*innen umfassen. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe bilden in jeder Einrichtung eine Gruppe, die aus durchschnittlich sieben Klient*innen besteht. Demnach sollten insgesamt $(164/7)$ 23 Gruppen zu Stande kommen, die das entwickelte Programm anbieten. Pro Einrichtung werden ebenso viele Klient*innen für die Kontrollgruppe rekrutiert.

10.4.3 Schulung der Gruppenleitungen

Die Schulung der 29 Gruppenleitungen umfasste einen eintägigen Workshop (9:00 – 17:00 Uhr), der an drei Standorten an der jeweiligen Hochschule abgehalten wurde. Die Inhalte gestalteten sich dabei wie folgt:

Inhalte der Schulung zum Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.

1. **Theoretische Grundlagen**
(Ressourcenaktivierungstheorie, Broaden-and-build-theory, Ressourcenarten, ressourcenorientierte Gesprächsführung)
2. **Struktur und Ziele der Studie**
(Wer nimmt an der Studie teil? Welche Ressourcen werden verändert?)
3. **Evaluationsvorgehen**
(Fragebögen, Datenschutzvorkehrungen, von den Proband*innen auszufüllende Unterlagen)
4. **Anwendung des Manuals**
(Inhalte und Aufbau des Manuals, begleitende PowerPoint-Präsentation)
5. **Ablauf einer Sitzungseinheit**
(Begrüßungsrunde, Inhaltsvermittlung, Durchführung der Übungen etc.)
6. **Sitzungsinhalte**
(Thematischer Überblick der acht Sitzungen)
7. **Gruppenleiterverhalten**
(Leitlinien für den Umgang mit schwierigen Gruppensituationen)
8. **Abschluss und Evaluation**
(Feedbackrunde und Ausfüllen des Evaluationsfragebogens)

Abbildung 8: Übersicht zum Ablauf der Schulung zum Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.

Am Schultag erhielten alle Gruppenleitungen das ausführliche Manual sowie die dazugehörigen Arbeitsblätter und die PowerPoint-Präsentation zum Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. Alle benötigten Materialien wurden unter Berücksichtigung der in Kapitel 5 aufgeführten Adaptionsmaßnahmen an die Zielgruppe der chronisch psychisch erkrankten Menschen ausgearbeitet.

Um eine möglichst einheitliche Durchführung zu gewährleisten, ist das Manual wie folgt aufgebaut (siehe Anhang „Sitzung 1 des Ressourcenaufbauprogramms R.A.P.“, S. 354).

Auf der rechten oberen Seite befindet sich der Inhalt, den es zu vermitteln gilt. Mittels wiederholender Symbole (z. B. Gruppengespräch, Paarübung, Flipchart-

Übung etc.) erhält die Gruppenleitung direkt einen Eindruck von der bevorstehenden Aufgabe. Im rechten unteren Teil bekommt die Gruppenleitung zum einen Hinweise, die es bei dieser Aufgabe/Übung zu beachten gilt. Zum anderen wird die Gruppenleitung auf zusätzliche Informationen hingewiesen, die sie an die Teilnehmenden weitergeben sollte. Da der theoretische Inhalt auf der Power-Point-Folie ausschließlich stichpunktartig dargestellt ist, befindet sich auf der linken Seite ein ausformulierter Text, der alle wesentlichen Inhalt der rechten Seite bereits zusammenfasst.

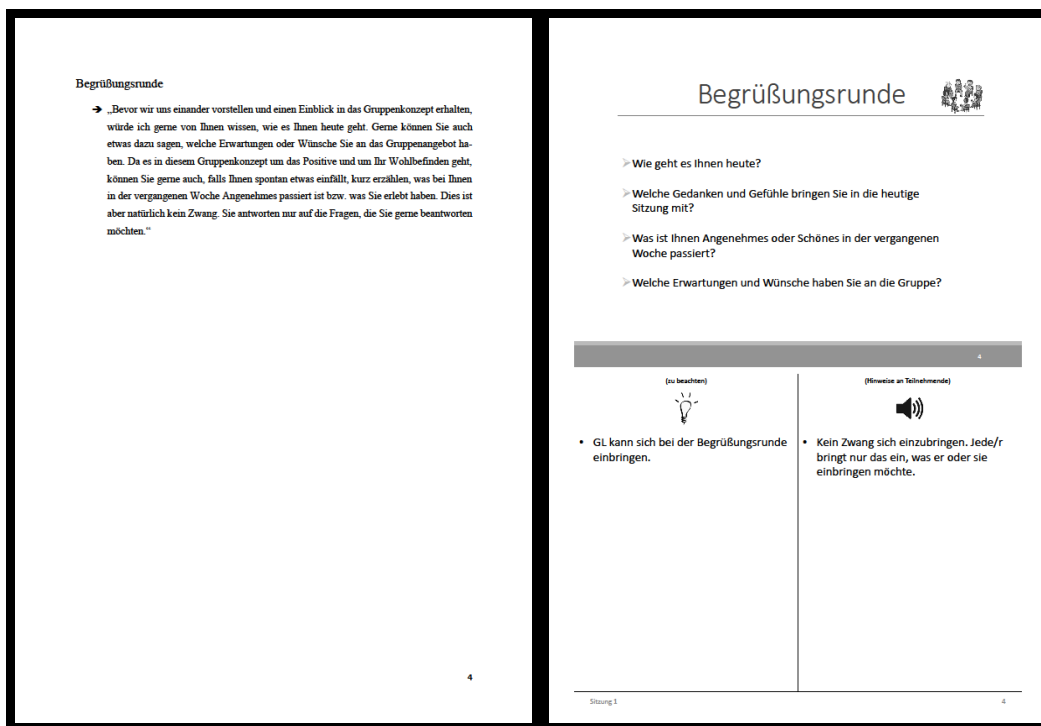


Abbildung 9: Layout des Manuals zum Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.

Schulungsergebnisse

Der Schulungstag wurde mittels eines Evaluationsfragebogens am Tagesende evaluiert. 30 Gruppenleitungen füllten diesen Fragebogen aus, wobei eine Gruppenleitung bereits vor Beginn die Teilnahme an der Studie abbrach, sodass 29 Fragebögen in die Auswertung einfließen. Es wurden Daten zur Bewertung der Schulung, zum Interesse der Gruppenleitungen an den Themen des R.A.P.s sowie die Einstellungen der Leitungen hinsichtlich der künftigen Durchführung des Programms abgefragt.

Unter den 29 Gruppenleitungen befinden sich 19 Sozialpädagog*innen, 3 Ergotherapeut*innen, 2 Psycholog*innen, 2 Heilpädagog*innen, 1 Erzieher*in, 1 Pädagog*in und 1 Altenpfleger*in.

Die Schulung zum R.A.P. wird durchweg sehr positiv bewertet. Der Skalenmittelwert von $M = 4.79$ ($SD = 0.20$) und die geringen Standardabweichungen deuten auf eine sehr einheitliche, positive Bewertung des Schulungstages hin (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Deskriptive Analysen zur Bewertung der Schulung seitens der 29 Gruppenleitungen

Bewertung der Schulung	<i>M</i>	<i>SD</i>
Einblick in das R.A.P.	4.90	0.30
Inhalte auch für alltägliche berufliche Praxis brauchbar	4.42	0.66
Wissenszuwachs durch die Schulung	4.36	0.74
Strukturierter und verständlicher Aufbau	4.95	0.23
Organisation der Studie	4.97	0.16
Schulungsperson	4.99	0.10
Allgemeine Zufriedenheit	4.95	0.23

Anmerkungen: *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; Skala von 1 (negative Bewertung) bis 5 (positive Bewertung); *N* = 29.

Bezüglich des persönlichen Interesses der Gruppenleitung an den Themen des R.A.P.s kann ein durchschnittlicher Skalenmittelwert von 4.28 ($SD = 0.57$; Skala 1-5) berechnet werden. Dies lässt darauf schließen, dass die Gruppenleitungen an den Themen recht interessiert sind.

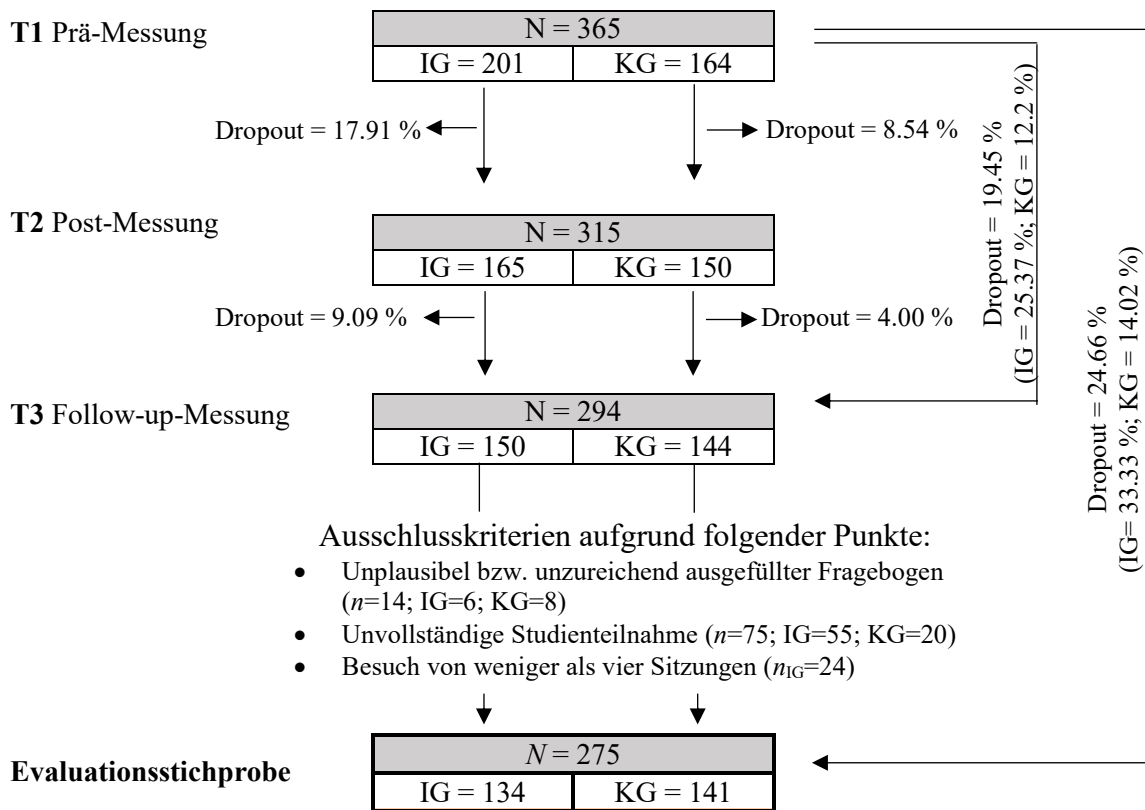
Hinsichtlich der Durchführung des R.A.P.s können folgende Einstellungen seitens der Gruppenleitung festgehalten werden. Im Durchschnitt fühlen sich die Gruppenleitungen (Kontinuum von 1-5) auf die Durchführung des R.A.P.s gut vorbereitet ($M = 4.73$, $SD = 0.53$) und denken, dass sie die Inhalte gut an die Gruppenmitglieder vermitteln werden ($M = 4.51$, $SD = 0.60$). Auch der Aufbau und Ablauf des R.A.P.s scheinen verständlich zu sein ($M = 4.77$, $SD = 0.52$).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Gruppenleitungen mit der Schulung sehr zufrieden waren, die Themen sehr interessant finden und hinsichtlich der bevorstehenden Durchführung positiv gestimmt sind.

10.5 Rücklauf und Fehlende Werte

Rücklauf

Im Rahmen der Evaluationsstudie wurden sozialpsychiatrische Einrichtungen in ganz Bayern bezüglich einer potenziellen Teilnahme kontaktiert. 30 Gruppenleitungen fanden sich schließlich und nahmen, neben anderen interessierten sozialpsychiatrisch Tätigen, an der Schulung zum R.A.P. teil. Eine Gruppenleitung brach die Teilnahme an der Studie aus privaten Gründen vor Beginn der ersten Sitzung ab. Letztlich führten 29 Gruppenleitungen das R.A.P. in ihrer Einrichtung durch.



Anmerkungen: Die Stichprobengrößen beziehen sich auf die Anzahl abgegebener Fragebögen zum jeweiligen Messzeitpunkt. Die Dropout-Werte in der Abbildung zwischen den Messzeitpunkten stellen die Anzahl derer dar, die von T1 zu T2 bzw. von T2 zu T3 keinen Fragebogen mehr ausgefüllt haben. Anzumerken ist, dass 7 Personen den dritten Fragebogen abgegeben haben, wobei der zweite Fragebogen nicht vorlag.

Abbildung 10: Fragebogenrücklauf und Dropout vom ersten bis zum letzten Messzeitpunkt

Insgesamt wurden 275 Fälle in die Evaluationsstichprobe aufgenommen. Der Dropout-Wert von insgesamt 24.66 % ist durch folgende Aspekte begründet. In der Interventionsgruppe haben 25.37 %, in der Kontrollgruppe 12.2 %, nicht alle drei Fragebögen abgegeben. Insgesamt ist ein Rücklauf an Fragebögen von T1 bis T3 von 80.55 % zu beobachten. Knapp 20 % scheiden demnach aus nur schwer bestimmbareren Gründen aus. Häufig wurden die Fragebögen nicht im vorgegebenen Zeitrahmen abgegeben oder Klient*innen waren aufgrund der

Niedrigschwelligkeit des Angebots (z. B. Tagesstätte) nicht mehr erreichbar. Vereinzelt wurde auch mitgeteilt, dass die Teilnehmenden gerade stationär untergebracht waren oder die Hilfemaßnahme gewechselt/beendet wurde. Allgemein ist festzuhalten, dass ein Fall nur dann in die Evaluationsstichprobe aufgenommen wurde, wenn alle drei Einschlusskriterien erfüllt wurden:

Tabelle 12: Einschlusskriterien der Evaluationsstichprobe

Einschlusskriterien für die Aufnahme in die Evaluationsstichprobe	IG	KG
Fragebögen plausibel und ausreichend ausgefüllt	x	x
Besuch von mindestens vier der acht Sitzungen (Teilnahme ≥ 4)	x	
Vollständige Studienteilnahme (Es liegen Fragebögen zu T1, T2 und T3 vor)	x	x

Anmerkungen: x = muss für die jeweilige Gruppe erfüllt sein.

14 Fälle sind aufgrund von nicht plausibel bzw. unzureichend²⁹ ausgefüllten Fragebögen aus dem Datensatz ausgeschieden, 8 der 14 Fälle füllten jedoch auch nicht alle drei Fragebögen aus und schieden somit auch durch das Kriterium „Vollständige Studienteilnahme“ aus. 13 Teilnehmende der Interventionsgruppe schieden vor Beginn des R.A.P.s aus und besuchten keine Sitzung. 24 Teilnehmende besuchten weniger als die Hälfte der Sitzungen (Teilnahme ≤ 4) und schieden durch das Kriterium „Besuch von mindestens vier der acht Sitzungen“ aus der Evaluationsstichprobe aus.³⁰ Insgesamt wurden 75.34 % (IG = 134; KG = 141) der Fälle in die Evaluationsstichprobe eingeschlossen. In Anbetracht der schwer zu erreichenden Zielgruppe ist ein Dropout-Wert von knapp 25 % als zufriedenstellend einzustufen.

²⁹ Fragebögen, deren Antworten offensichtlich nicht sinnvoll erschienen oder die unzureichend ausgefüllt wurden, sollten nach individueller Plausibilitätsprüfung vom Datensatz ausgeschlossen werden, so Döring und Bortz (2016b). Fragebögen wurden dann als unzureichend bzw. unplausibel ausgefüllt angesehen, wenn beispielsweise alle Skalen mit vollster Zustimmung oder Ablehnung angekreuzt wurden (keine Variabilität in den Antworten) oder allgemein nur vereinzelte Antworten angekreuzt wurden.

³⁰ Es liegen Überschneidungen zwischen den Kriterien vor.

Fehlende Werte

Mittelwerte wurden ausschließlich dann gebildet, wenn mindestens 90 % der Items³¹ einer Skala beantwortet wurden. Somit wurden 10 % fehlende Werte innerhalb einer Skala akzeptiert. Um potenzielle Verzerrungen aufgrund fehlender Werte zu vermeiden, wurde eine Analyse der fehlenden Werte mit SPSS auf Basis der Evaluationsstichprobe durchgeführt.

Hierzu wurden die Daten zunächst hinsichtlich potenzieller Muster analysiert. Der prozentuale Anteil fehlender Werte wurde sowohl für die „Fälle“, die „Variablen“ als auch für die „Werte“ angegeben (Leonhart, 2017).

Es zeigte sich, dass insgesamt 2.41 % fehlende Werte vorliegen, wobei 120 (43.64 %) Fälle keine fehlenden Werte aufzeigen und 1.27 % der Variablen vollständig ausgefüllt wurden. Innerhalb der Variablen konnten in nur zwei Variablen mehr als 5 % fehlende Werte beobachtet werden.

Um weiterhin zu prüfen, ob Variablen, die mehr als 5 % fehlende Werte aufzeigen, Zusammenhänge zu anderen Variablen vorweisen, wurden *t*-Tests bei unterschiedlicher Varianz (International Business Machines Corporation, 2016) durchgeführt. Hierbei wurde betrachtet, inwiefern sich die Stichprobe ohne fehlende Werte zu der Stichprobe mit fehlenden Werten, bezogen auf die Variable mit mehr als 5 % fehlenden Werten, unterscheiden und, ob die Variable andere metrische Variablen beeinflusst.

Die Variable „Erkrankungsbeginn (Alter)“ zeigte 6.9 % fehlende Werte.³² Der *t*-Test bei unterschiedlicher Varianz (Analyse fehlender Werte) zeigte kaum Auffälligkeiten zu den anderen Variablen. Einzig der Zusammenhang zur Variable „Behandlungsbeginn (Alter)“ (4.4 % fehlende Werte) ist leicht auffällig. Es ist zu beobachten, dass Proband*innen, die später professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben (mit durchschnittlich 36 Jahren) auch weniger bereit sind anzugeben, seit wann sie an der Erkrankung leiden. Bei Personen, die das Alter ihrer ersten Symptome angaben, beträgt der Mittelwert 30.4 Jahre ($t(11.5) = -1.7$).

Die Variable „Krise in den letzten Wochen“ wies 17.5 % („Haben Sie in den letzten Wochen eine Krise erlebt?“ Abfrage zu T3) fehlende Werte auf. Bei der Prüfung des Zusammenhangs von dieser Variable mit allen anderen Variablen konnten keine Auffälligkeiten erkannt werden. Es zeigte sich jedoch, dass die Interventionsgruppe 25.4 % fehlende Werte in dieser Variable hatte, die Kontrollgruppe nur 9.9 %. Aufgrund der missverständlichen Formulierung wurde die

³¹ Bei der Skala „Marburger Fragebogen zur Selbstfürsorge“ Lutz (2012) wurde das Fehlen zweier Items zugelassen. Bei 19 Items entspricht dies 10.5 %. Da diese Skala weder umgepolte Items beinhaltet noch das Antwortverhalten innerhalb der 19 Items variiert, wurde die Überschreitung von 0.5 % als akzeptabel bewertet.

³² Dieser leicht erhöhte Wert könnte auf den Aspekt der fehlenden Erinnerung zurückzuführen sein.

Variable zur Häufigkeit erlebter Krisen nicht weiter analysiert. Die missverständliche Formulierung kann ebenfalls einen Grund für den relativ hohen Anteil fehlender Werte darstellen.

Weiterführende Analysen ergaben keine zusätzlichen Auffälligkeiten. Aufgrund des sehr geringen Anteils fehlender Werte (< 5 %) wird auf potenzielle Imputationsverfahren verzichtet (Leonhart, 2017). Die durch die fehlenden Werte entstehenden Verzerrungen in den Daten werden als gering eingestuft. Die verwendeten Analysen werden mit der Methode „paarweiser Fallausschluss“ gerechnet.

10.6 Statistische Methoden

Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 25.

a) Fallzahlplanung

Um eine optimale Stichprobengröße zu realisieren, wurde mit der Software *g*power* eine Fallzahlplanung durchgeführt (Rasch, 2010). Hierbei sollte ein kleiner Effekt ($f = .10$) als statistisch signifikant (5 %) nachgewiesen werden. Die Teststärke wurde auf .80 und die Korrelation zwischen den Messzeitpunkten auf .50 festgelegt. Mittels der Einstellung „ANOVA: repeated measures, within-between interaction“ wurde die optimale Fallzahl berechnet. Da insbesondere die Veränderung zwischen den Gruppen und über die drei Messzeitpunkte interessierten, bezieht sich der nachzuweisende Effekt auf den Interaktionseffekt (Zeit x Gruppe).

b) Datenaufbereitung

Nach Eingabe der Daten wurde im ersten Schritt eine ausführliche Datenaufbereitung durchgeführt. Hierzu wurden unplausibel bzw. unzureichend ausgefüllte Fragebögen aus dem Datensatz ausgeschlossen (Döring & Bortz, 2016b) sowie konkrete Einschlusskriterien für die Aufnahme eines Falles in die Evaluationsstichprobe formuliert (siehe Kapitel 10.5 „Rücklauf und Fehlende Werte“). Die Datenbereinigung erfolgte mittels der Verwendung von Häufigkeitstabellen. Unplausible Werte konnten somit identifiziert und ggf. korrigiert werden. Negativ formulierte Items wurden umcodiert, Mittelwerte wurden für die jeweiligen Skalen gebildet. Diese Mittelwerte wurden ausschließlich dann gebildet, wenn maximal 10 % der Skala fehlte.

c) Beschreibung der Stichprobe und der Gruppen

Zur anfänglichen Beschreibung der Stichprobe wurden Häufigkeitsangaben zu den jeweiligen Variablen, bezogen auf die Gruppe, gemacht. Um einen Überblick über die zu Stande gekommenen 29 Gruppen zu erhalten, wurden Mittelwerte für die gruppenspezifischen Variablen berechnet.

Bei der Berechnung von Signifikanztests werden die p -Werte wie folgt dargestellt³³:

$p < .10$ tendenziell signifikantes Ergebnis (°)

$p < .05$ signifikantes Ergebnis (*)

$p < .01$ sehr signifikantes Ergebnis (**)

$p < .001$ hochsignifikantes Ergebnis (***)

d) Dropout-Analyse

Um zunächst zu prüfen, ob sich die ausgeschiedenen Proband*innen (Dropout-Stichprobe) zu denen, die in der Studie verblieben sind (Evaluationsstichprobe) unterscheiden, wurden Zusammenhänge dieser beiden Gruppen hinsichtlich der relevanten soziodemografischen, krankheitsbezogenen sowie Ressourcen-Variablen untersucht. Nominal verteilte Variablen mit ausreichender Zellenhäufigkeit wurden mit dem Chi²-Test hinsichtlich potenzieller Zusammenhänge geprüft. Hierbei wurde die Effektstärke Cramers- V ermittelt, wobei $V = 0.1$ als kleiner Effekt, $V = 0.3$ als mittlerer und $V = 0.5$ als großer Effekt zu werten ist (Cohen, J., 1988). Nominale bzw. kategoriale Variablen, die eine zu geringe erwartete Zellenhäufigkeit (< 5) aufwiesen, wurden mittels des Exakten Tests nach Fisher analysiert, da dieser besonders für kleine Stichproben geeignet ist (Fisher, 1970). Mehrfachantworten-Sets wurden separat für jede Antwortkategorie geprüft. Bei ausreichend großen Zellenhäufigkeiten (> 5) wurde der Chi²-Test, bei zu geringen Zellenhäufigkeiten (< 5) der Exakte Test nach Fisher verwendet. Metrisch verteilte Daten wurden mittels eines t -tests für unabhängige Stichproben untersucht. Auf die Prüfung der Normalverteilung wurde aufgrund der umfangreichen Stichprobe ($n = 275$) und gemäß des Grenzwertsatzes (Eid, Gollwitzer & Schmitt, 2010) verzichtet. Die Varianzhomogenität wurde mittels des Levene-Tests geprüft. Erwies sich der Levene-Test beim t -Test für unabhängige Stichproben als statistisch signifikant ($p < .05$) wurde die Welch-Anpassung (Varianzen unterscheiden sich) interpretiert. Die Effektstärke signifikanter Ergebnisse wurde im Falle metrischer Variablen mittels Cohens d geprüft. Hierbei werden Werte ab 0.2 als klein, Werte ab 0.5 als mittlere und Werte ab 0.8 als große Effekte interpretiert (Cohen, J., 1988). Da im SPSS die Effektstärke Cohens d nicht angibt, wurde dies manuell ermittelt (Cohen, J., 1988). Hierfür wurden die Mittelwerte voneinander abgezogen und durch die gepoolte Varianz dividiert ($d = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\sigma_p^2}}$).

³³ Der Signifikanzwert wird mit drei Nachkommastellen exakt angegeben. Fällt der p -Wert jedoch laut SPSS „,000“ aus, wird im Text „ $p < .001$ “ berichtet. Um Informationsverlust zu vermeiden, werden auch Effektstärken mit drei Nachkommastellen berichtet.

Im Text werden die Ergebnisse des Chi²-Tests mit folgendem Term dargestellt: $\chi^2(df)$ = Chi²-Wert nach Pearson, *p*-Wert, Effektstärke Cramers-V. Die Ergebnisdarstellung des *t*-Tests für unabhängige Stichproben erfolgt mit folgendem Term: $t(df)$ = *T*-Wert, *p*-Wert, Effektstärke Cohens *d*.

e) Vergleich von Interventions- und Kontrollgruppe

Da die Proband*innen nicht randomisiert auf die Gruppen zugeteilt wurden, ist nicht automatisch davon auszugehen, dass die Proband*innen der Interventionsgruppe der gleichen Grundgesamtheit entstammen wie die Proband*innen der Kontrollgruppe. Die beiden Gruppen werden hinsichtlich potenzieller Unterschiede in allen relevanten Variablen untersucht. Die Vorgehensweise gleicht derer, die beim Vergleich der Dropout-Stichprobe mit der Evaluationsstichprobe zur Anwendung kam.

Neben dem Vergleich der Proband*innen zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe erschien zunächst ebenfalls interessant, wie sich die Proband*innen hinsichtlich diverser Merkmalsausprägungen zwischen den 29 Einrichtungen bzw. Gruppen unterschieden. Aufgrund der teilweise sehr geringen Stichprobengröße von nur ein oder zwei Personen innerhalb einer Gruppe erschienen die gewonnenen Ergebnisse jedoch nicht sinnig interpretierbar.

f) Intracusterkorrelationskoeffizient

Um klassische Signifikanztests wie beispielsweise die ANOVA oder auch die Regression zu rechnen, müssen die Proband*innen unabhängig voneinander sein (Baltes-Götz, 2020). Aufgrund der hierarchischen Struktur der Daten (Ebene 1: Proband*innen, Ebene 2: Einrichtungen) ist diese Voraussetzung möglicherweise verletzt. In dieser Studie interessierte insbesondere, ob die Veränderungen in den untersuchten personalen Ressourcen von der Einrichtung abhängen, in der das Programm wahrgenommen wurde. Um diese Veränderungen abzubilden, wurden Differenzwerte der untersuchten personalen Ressourcen (T2 minus T1 bzw. T3 minus T1) gebildet. Diese Differenzwerte stellen die abhängigen Variablen dar. Ein Indikator, der abbildet, inwieweit die Proband*innen innerhalb einer Gruppe ähnliche Veränderungen aufzeigen, ist der Intracusterkorrelationskoeffizient (ICC). Für die Berechnung des ICC wurden gemischte Lineare Modelle gerechnet, wobei die „Einrichtung“ die „Subjektvariable“ und der „Differenzwert T2-T1“ bzw. „Differenzwert T3-T1“ die „abhängige Variable“ darstellte. Unter dem Menü „Fest“ wurde der konstante Term eingeschlossen und unter „Zufälligen Effekten“ wurde die „Einrichtungsvariable“ bei den Subjektgruppierungen unter „Kombination“ hinzugefügt, der konstante Term wurde auch hier eingeschlossen. Die Tests auf Kovarianzparameter zeigen nun sowohl

die Schätzung für die Varianz zwischen den Gruppen als auch innerhalb einer Gruppe. Es wird der Schätzwert zur Varianz der Einrichtungsmittelwerte durch die Summe des Schätzwertes zur Residualvarianz innerhalb der Einrichtungen und des Schätzwertes der Einrichtungsmittelwerte geteilt (Baltes-Götz, 2020, S. 27):

$$ICC(\hat{\rho}) = \frac{\text{Konstanter Term}}{\sum \text{Residuum} + \text{Konstanter Term}}$$

Der ICC wurde für jede der abhängigen Variablen (personalen Ressourcen) errechnet. Fällt dieser Wert größer als .05 aus, bedeutet dies, dass mehr als 5 % der Varianz durch die Einrichtung erklärt wird und somit die hierarchische Struktur in den Daten nicht vernachlässigt werden sollte. Fällt der Wert kleiner als .05 aus, ist der Einfluss der Ebene 2 gering und muss nicht berücksichtigt werden (Heck, Thomas & Tabata, 2010).

g) Zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung

Um Unterschiede zwischen den Gruppen (IG und KG) und über die drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3) zu ermitteln, wurden zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholungen gerechnet. Der Zwischenssubjektfaktor ist dabei zweifach gestuft (IG und KG), der Messwiederholungsfaktor dreifach (T1, T2, T3). Als Voraussetzung der gemischten ANOVA gelten die Normalverteilung der Daten, die Varianzhomogenität und die Sphärizität. Die Normalverteilungsprüfung ist bei Stichproben > 30 (entsprechend dem zentralen Grenzwertsatz) nicht erforderlich (Eid et al., 2010). Sphärizität wurde mittels des Mauchly-Tests geprüft. Fällt dieser Test statistisch signifikant aus ($p < .05$) wurde die Green-house Geiser Korrektur verwendet. Ist auch diese höher als .75 wurde auf die Huynh-Feld Anpassung zurückgegriffen (Field, 2013). Varianzhomogenität wird in der Regel mittels des Levene-Tests untersucht. Aufgrund der großen Stichprobe reagiert die ANOVA jedoch robust auf inhomogene Varianzen. Diese Voraussetzung wurde demnach nicht gesondert geprüft (Bortz, 2005). Der Term für die zweifaktorielle ANOVA wird im Text wie folgt dargestellt: $F(df \text{ des Interaktionsterms}), df \text{ des Fehlers} = F$ -Wert der Interaktion, p -Wert, Partielles Eta-Quadrat als Effektstärke (η^2_p).

Da hypothetisch angenommen wurde, dass sich die Interventions- und Kontrollgruppe unterschiedlich über die drei Messzeitpunkte verändern, interessierte ausschließlich der Interaktionseffekt Gruppe x Zeit. Zudem wurde das Effektstärkemaß „Partielles Eta-Quadrat (η^2_p)“ interpretiert. Werte kleiner 0.06 werden als kleiner Effekt, Werte zwischen .06 und .14 als mittlerer und Werte größer .14 als großer Effekt interpretiert (Field, 2013). Um zusätzlich zu beobachten, ob es allgemein einen Effekt über die Zeit gab, wird in der Tabelle auch der Signifikanzwert zum Haupteffekt der Zeit angegeben. Auf die Darstellung des Haupteffekts der Gruppe wird verzichtet.

Neben einer Tabelle, welche die Mittelwerte mit den zugehörigen Standardabweichungen sowie den p -Wert, dem Effektstärkemaß und allen anderen relevanten Kennwerten darstellt, wird für jede Variable auch ein Diagramm angegeben, welches den Verlauf der beiden Gruppen über die Messzeitpunkte darstellt.

h) Post-hoc-Analysen

Ermittelt die ANOVA statistisch signifikante Interaktionseffekte, wurden zudem Post-hoc-Analysen mit Bonferroni-Adjustierung durchgeführt, um zu erfahren, zwischen welchen Messzeitpunkten die bedeutsame Veränderung stattfand. Die Bonferroni-Korrektur ist eine häufig verwendete, wenn auch relativ strenge Korrektur (Bortz & Schuster, 2010). Die paarweisen Vergleiche werden getrennt für die Gruppen (IG und KG) durchgeführt. Hierzu werden einfaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung und Post-hoc-Analysen angewendet. Die Bonferroni-Korrektur sorgt dafür, den Alpha-Fehler möglichst gering zu halten, indem das Signifikanzniveau von .05 durch die Menge an Paarvergleichen dividiert wird. Somit erhält man das Bonferroni-korrigierte Alphaniveau. Bei drei Messwiederholungen ergeben sich drei Testdurchführungen. Das bedeutet in diesem Fall: $.05/3 = .017$. Die Testprüfung erfolgt somit mit einem Alphaniveau von .017. Die Nullhypothese wird nur dann abgelehnt, wenn der p -Wert kleiner .017 ist. Würde diese Bonferroni-Anpassung nicht durchgeführt werden, so ergäbe sich ein α von $1 - .95^6 = .265$, das eindeutig zu hoch ausfiel (Bortz & Schuster, 2010). Im Text wird die Post-hoc-Analyse mit folgendem Term dargestellt: Mittlere Differenz, 95 % CI [Untergrenze-Obergrenze].

i) Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung mit geschachtelten Faktoren

Aufgrund der hierarchischen Struktur der Daten wurde zunächst geprüft, ob sich die Proband*innen innerhalb einer Gruppe besonders ähneln. Da dies für zwei der elf untersuchten Variablen eindeutig zutraf, wurden für diese beiden Variablen die Faktoren geschachtelt bzw. genested. Die Proband*innen sind nicht nur einer Gruppe (IG und KG) zuzuordnen, sondern auch einer Einrichtung, in der sie die Intervention erhalten. Die „Einrichtung“ ist somit in der „Gruppenzugehörigkeit IG/KG“ geschachtelt. Da diese Schachtelung jedoch nur auf die Interventions- und nicht auf die Kontrollgruppe zutrifft, wurden alle Proband*innen der Kontrollgruppe mit einer separaten Codierung bei der Variable „Einrichtung“ versehen, sodass diese als eine Einrichtung betrachtet wurden. Hierzu wurde ein benutzerdefinierter Term (Gruppenzugehörigkeit[Einrichtung]) in das Modell

aufgenommen (International Business Machines Corporation, 2017). Diese Analyseverfahren bieten die Möglichkeit zu untersuchen, in welchem Ausmaß die gefundenen Effekte von der Einrichtung (Ebene 1) abhängen, in der die Intervention wahrgenommen wurde. Würde die hierarchische Struktur der Daten ignoriert, so fielen die klassischen Signifikanztests (ANOVAs) zu liberal aus und es käme zu verzerrten Ergebnissen (Baltes-Götz, 2020).

j) Prüfung etwaiger Einflussvariablen

Für die Prüfung potenzieller Einflussfaktoren wurden Indikatoren für den Trainingserfolg konstruiert. Hierbei wurden die Differenzwerte der abhängigen Variablen (personale Ressourcen) von T1 zu T2 und T1 zu T3 gebildet. Die Variablen, die ursprünglich eine positive Veränderung im Abfall der Werte aufzeigten, wurden umkodiert („Allgemeine Depressionsskala“, „Negative Emotionen“, „Externale Kontrollüberzeugung“). Um nicht jede unabhängige Variable mit jeder einzelnen personalen Ressource zu korrelieren, wurde ein Mittelwert über die Differenzwerte der abhängigen Variablen ermittelt. Hierdurch wurden zwei neue Variablen für den „Objektiven Trainingserfolg T1-T2“ im Interventions- und den „Objektiven Trainingserfolg T1-T3“ für den gesamten Studienzeitraum konzipiert. Auch wenn mit der Zusammenfassung dieser Variablen einzelne statistische Zusammenhänge zu den Veränderungen in den personalen Ressourcen nicht abgebildet werden, erscheint die damit einhergehende Übersichtlichkeit notwendig. Für metrische Variablen wurden bivariate Korrelationen nach Pearson gerechnet. Für ordinale Variablen wurden Rangkorrelationen nach Spearman ermittelt. Der Korrelationsterm wird im Text wie folgt dargestellt: $r(n) = r$ -Wert, p -Wert. Die Effektstärken wurden nach Cohen, J. (1988) interpretiert, wobei $r < .10$ als schwacher Zusammenhang, $r < .30$ als mittlerer/moderater Zusammenhang und $r < .50$ als großer Zusammenhang zu bewerten ist.

Um den Zusammenhang von dichotomen Variablen mit den metrisch skalierten Trainingserfolgsindikatoren zu prüfen, wurden t -Tests für unabhängige Stichproben verwendet (siehe auch „Dropout-Analyse“, S. 157).

Die Art der psychischen Erkrankung wurde im Rahmen eines Mehrfachantworten-Sets erhoben. Aufgrund dieser Datenstruktur sind herkömmliche Signifikanztests nicht möglich. Um dennoch möglichst umfassend zu analysieren, welche Diagnosegruppe besonders von der Intervention profitiert hat, wurden zunächst deskriptive Analysen durchgeführt. In einem anschließenden Schritt wurden für jede psychische Erkrankung (zutreffend vs. nicht zutreffend) t -Tests für unabhängige Stichproben gerechnet, wobei das Vorliegen der Erkrankung bzw. das nicht Vorliegen der „Faktor“ (zweifach gestuft) und die Trainingserfolgsindikatoren die „abhängigen Variablen“ darstellten. Weiterhin wurden die dichoto-

men Variablen („Geschlecht“ und „Gruppengröße“ kodiert in „optimale Gruppengröße 7-8“ vs. „andere Gruppengröße“) hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit den Trainingserfolgsindikatoren mittels *t*-Test für unabhängige Stichproben analysiert.

10.7 Stichprobenbeschreibung

Im Folgenden wird ein Eindruck über die im Forschungsfeld vorzufindende Stichprobe gegeben. Hierbei wird zunächst auf die allgemeine Stichprobe mit ihren soziodemografischen Merkmalen zum ersten Messzeitpunkt (siehe Tabelle 13) eingegangen.

Tabelle 13: Beschreibung der Gesamtstichprobe hinsichtlich soziodemografischer Variablen ohne Dropouts

		Gesamtstich- probe		Fehlende Werte
		<i>N</i> = 365		
		(IG = 201;		
		KG = 164)		[<i>n</i>]
SOZIODEMOGRAFISCHE VARIABLEN				
Geschlecht [4]				
Männlich	<i>n</i> (%)	155	(42.9)	
Weiblich	<i>n</i> (%)	205	(56.8)	
Divers	<i>n</i> (%)	1	(0.3)	
Alter (Jahre) [12]				
Alter allgemein	<i>M</i> (<i>SD</i>)	49.56	(12.75)	
< 25 Jahre	<i>n</i> (%)	18	(5.1)	
26-30 Jahre	<i>n</i> (%)	20	(5.7)	
31-40 Jahre	<i>n</i> (%)	48	(13.6)	
41-50 Jahre	<i>n</i> (%)	79	(22.4)	
51-60 Jahre	<i>n</i> (%)	122	(34.6)	
61-70 Jahre	<i>n</i> (%)	57	(16.1)	
71-80 Jahre	<i>n</i> (%)	9	(2.5)	
Schulbildung [5] ¹				
Förderschule/Hauptschule o. Abschluss	<i>n</i> (%)	81	(22.5)	
Qualifizierender Hauptschulabschluss	<i>n</i> (%)	101	(28.1)	
Realschulabschluss	<i>n</i> (%)	90	(25.0)	
Abitur/Fachabitur	<i>n</i> (%)	42	(11.7)	
Hochschulstudium	<i>n</i> (%)	30	(8.3)	
Arbeitssituation² [46]				
Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt	<i>n</i> (%)	12	(3.3)	
Geringfügige Beschäftigung	<i>n</i> (%)	26	(8.2)	
Alternative Arbeitstätigkeit ³	<i>n</i> (%)	49	(15.4)	
Studium/Ausbildung	<i>n</i> (%)	4	(1.3)	
Arbeitslos	<i>n</i> (%)	222	(70.0)	
Ehrenamtliche Tätigkeit	<i>n</i> (%)	23	(7.2)	
Familienstand [4]				
In einer Beziehung lebend (verheiratet, Partnerschaft, etc.)	<i>n</i> (%)	79	(21.9)	
In keiner Beziehung lebend (single, geschieden, verwitwet)	<i>n</i> (%)	282	(78.1)	

Anmerkungen: *N* = Gesamtstichprobe; *n* = Teilstichprobe; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; Angaben in Klammern = Prozentwerte; Angaben in eckigen Klammern = Missings; ¹ = 16 Personen gaben „Sonstiges“ an; ² = Mehrfachantworten-Set; ³ = Zusammenfassung folgender Items: Beschäftigung in einer Werkstätte, Zuverdienstprojekt, 1-Euro-Job.

Hinsichtlich der soziodemografischen Daten der Stichprobe ist festzuhalten, dass allgemein mehr Frauen als Männer an der Studie partizipieren und tendenziell etwas ältere Personen im Alter von knapp 50 Jahren (*Mdn*: 52) vorzufinden sind. Die Schulbildung der Proband*innen ist sehr unterschiedlich, wobei etwas mehr Personen eine niedrigere Schulbildung vorweisen. Der Großteil der Stichprobe geht keiner Arbeitstätigkeit nach und lebt aktuell in keiner Beziehung.

10.7.1 Beschreibung der Stichprobe hinsichtlich krankheitsbezogener Aspekte

Neben den soziodemografischen Variablen, spielen die krankheitsbezogenen Daten bei der Darstellung der Stichprobe eine zentrale Rolle. Zielgruppe der Studie sind psychisch kranke Menschen im Setting der Sozialpsychiatrie. In der Literatur wird davon ausgegangen, dass es sich bei dieser Zielgruppe um schwer bzw. chronisch psychisch erkrankte Menschen handelt. Da das Gruppenprogramm R.A.P. explizit für diese Zielgruppe konzipiert wurde, wird im Folgenden die Stichprobe unter Angesicht der Merkmale der Klientel dargestellt. Hierzu wurde bereits im Theoriekapitel 3 „Sozialpsychiatrie und die Zielgruppe chronisch psychisch Erkrankte“ eine allgemein gültige Definition von Ruggeri et al. (2000) ausgeführt, die schwer psychisch kranke Menschen beschreibt. Demnach muss die Klient*in

- 1.) an einer beliebigen psychischen Störung erkrankt sein,
- 2.) die mindestens zwei Jahre vorliegt bzw. behandelt wurde und,
- 3.) die mit einer schweren psychosozialen Beeinträchtigung (GAF-Wert ≤ 50) einhergeht.

Da sich die Definition auf „schwer“ und nicht auf „chronisch“ psychisch kranke Menschen bezieht, wird vorgeschlagen, die Definition insofern zu erweitern bzw. zu ersetzen, indem der Aspekt der „Dauer“ von zwei Jahren verlängert wird. Aus anderen Studien mit dieser Zielgruppe ist bekannt, dass diese durchschnittlich ca. 10 Jahre unter der Erkrankung leiden (Dillo et al., 2010; Richter, D., 2010). Zusätzlich weisen Daten wie beispielsweise der Zeitpunkt der Beginn der Erkrankung, das Maß der in Anspruch genommenen Hilfsangebote sowie die Anzahl der stationären Krankenhausaufenthalte auf die Schwere der Erkrankung hin und sind bei dem Versuch einer Definitionsbestimmung zu berücksichtigen (Gühne & Riedel-Heller, 2015).

Die vorliegenden Daten werden hinsichtlich der relevanten Kriterien einer schweren psychischen Erkrankung untersucht. Tabelle 14 und Tabelle 15 geben Aufschluss über die krankheitsrelevanten Variablen der Gesamtstichprobe zum ersten Messzeitpunkt.

Tabelle 14: Beschreibung der Gesamtstichprobe hinsichtlich krankheitsbezogener Variablen ohne Dropouts (I/II)

		Gesamt- stichprobe T1	
		<i>N</i> = 365	
		(IG = 201; KG = 164)	
KRANKHEITSBEZOGENE VARIABLEN			
Erhalt finanzieller Leistungen¹		[49]	
EU-Rente	<i>n</i> (%)	147	(46.5)
Rente/Pension	<i>n</i> (%)	43	(13.6)
Grundsicherung im Alter	<i>n</i> (%)	42	(13.3)
ALG II	<i>n</i> (%)	36	(11.4)
Hilfe zum Lebensunterhalt	<i>n</i> (%)	12	(3.8)
Wohngeld	<i>n</i> (%)	14	(4.4)
Persönliches Budget	<i>n</i> (%)	3	(0.9)
Aufenthalt in Wohngruppe/keine direkten Leistungen	<i>n</i> (%)	38	(12.0)
Keine staatlichen Leistungen	<i>n</i> (%)	16	(5.1)
Inanspruchnahme von Hilfeleistungen²		[0]	
Facharzt für Psychiatrie	<i>n</i> (%)	230	(63.0)
Tageszentrum/Tagesstätte	<i>n</i> (%)	214	(58.6)
Gesetzliche Betreuung	<i>n</i> (%)	107	(29.3)
Psychotherapie	<i>n</i> (%)	99	(27.1)
Beratungstermine im SpDi	<i>n</i> (%)	87	(23.8)
Therapeutische Wohngruppe	<i>n</i> (%)	63	(17.3)
Ergotherapie	<i>n</i> (%)	40	(11)
Stationäre Wohngruppe	<i>n</i> (%)	32	(8.8)
Soziotherapie	<i>n</i> (%)	12	(3.3)
Tagesklinik im BKH	<i>n</i> (%)	5	(1.4)
Anzahl der in Anspruch genommenen Hilfeleistungen	<i>M</i> (<i>SD</i>)	3.04	(1.57)
Art der psychischen Erkrankung³		[11]	
F00-F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	<i>n</i> (%)	16	(4.5)
F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	<i>n</i> (%)	23	(6.5)
F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	<i>n</i> (%)	120	(33.9)
F30-F39: Affektive Störungen	<i>n</i> (%)	155	(43.8)
F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	<i>n</i> (%)	65	(18.4)
F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	<i>n</i> (%)	6	(1.7)
F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	<i>n</i> (%)	79	(22.3)
F70-F79: Intelligenzstörung	<i>n</i> (%)	22	(6.2)
F80-F89: Entwicklungsstörungen	<i>n</i> (%)	13	(3.7)
F90-F99: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	<i>n</i> (%)	7	(2.0)
F99-F99: Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	<i>n</i> (%)	6	(1.7)
Art der Diagnose		[11]	
Einzeldiagnose	<i>n</i> (%)	229	(64.7)
Doppeldiagnose	<i>n</i> (%)	99	(28.0)
Mehrfachdiagnose (>2)	<i>n</i> (%)	26	(7.3)

Anmerkungen: *N* = Gesamtstichprobe; *n* = Teilstichprobe; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; Angaben in Klammern = Prozentwerte; Angaben in eckigen Klammern = Missings; ¹ = Mehrfachantworten-Set; ² = Mehrfachantworten-Set; ³ = Mehrfachantworten-Set.

Tabelle 15: Beschreibung der Gesamtstichprobe hinsichtlich krankheitsbezogener Variablen ohne Dropouts (II/II)

		Gesamtstichprobe T1	
		<i>N</i> = 365	
		(IG = 201; KG = 164)	
KRANKHEITSBEZOGENE VARIABLEN			
Weitere krankheitsbezogene Variablen			
Krankheitsbeginn (Alter)	<i>M (SD)</i>	24.95	[24] (14.48)
Behandlungsbeginn (Alter)	<i>M (SD)</i>	30.02	[18] (13.30)
Krankheitsdauer in Jahren	<i>M (SD)</i>	24.24	[29] (14.05)
Behandlungsdauer in Jahren	<i>M (SD)</i>	19.43	[31] (12.76)
Funktionsniveau und Schweregrad der Erkrankung (GAF-Wert)	<i>M (SD)</i>	53.32	[11] (14.32)
Anzahl stationärer Aufenthalte im Leben ¹	<i>M (SD)</i>	3.04	[5] (1.57) = 3-4 Mal
Regelmäßige Medikamenteneinnahme		[13]	
Ja	<i>n (%)</i>	284	(80.68)
Nein	<i>n (%)</i>	68	(18.6)

Anmerkungen: *N* = Gesamtstichprobe; *n* = Teilstichprobe; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; Angaben in Klammern = Prozentwerte; Angaben in eckigen Klammern = Missings; ¹ = Gruppierete Antwortskala 1 = „noch nie“; 2 = „1-2 Mal“; 3 = „3-4 Mal“; 4 = „5-6 Mal“; 5 = „6-10 Mal“; 6 = „mehr als 10 Mal“.

Vorliegen einer psychischen Erkrankung

In der Literatur wird vermehrt davon ausgegangen, dass im sozialpsychiatrischen Setting vor allem die Diagnosen im Bereich schizophrene Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und affektiven Störungen vorliegen (Klecha & Borchardt, 2007). Das Kriterium „Vorliegen irgendeiner psychischen Erkrankung“ ist in jedem Fall erfüllt, da dies eine Voraussetzung für den Erhalt der Hilfemaßnahme ist. Die Stichprobe zeigt zudem, dass die affektiven Störungen (F30-F39) am häufigsten vertreten sind, gefolgt von den schizophrenen Erkrankungen (F20-F29) und den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69). Auch wenn der Großteil der Proband*innen Einzeldiagnosen aufweist (*n* = 229), sind Proband*innen mit Doppeldiagnosen (*n* = 99) sowie Mehrfachdiagnosen (*n* = 26) in der Stichprobe nicht zu vernachlässigen. Die Vielfalt der psychischen Erkrankungen im sozialpsychiatrischen Setting scheint groß, alle 11 Diagnosegruppen der ICD-10 sind in der Stichprobe vorzufinden.

Krankheits- und Behandlungsdauer

Sowohl die Erkrankungs- als auch die Behandlungsdauer der Stichprobe liegen deutlich über den nach Ruggeri et al. (2000) definierten zwei Jahren. Durchschnittlich leiden die Proband*innen bereits seit 24.24 ($SD = 14.05$) Jahren an der Erkrankung und erhalten seit 19.43 ($SD = 12.76$) Jahren professionelle Behandlung. Die relativ großen Streuungen verdeutlichen jedoch auch die Heterogenität der Proband*innen im Setting der Sozialpsychiatrie. Anhand dieser langen Erkrankungs- sowie Behandlungsdauer ist die Stichprobe durchaus als „chronisch“ psychisch krank zu bezeichnen.

Beginn der Erkrankung und Behandlung

Der Beginn der Erkrankung liegt im Durchschnitt bei 24.95 Jahren³⁴, wobei auch hier eine große Standardabweichung von 14.48 zu beobachten ist. Die Behandlung beginnt durchschnittlich etwas später mit 30.02 Jahren ($SD = 13.30$). Es ist festzuhalten, dass die Erkrankung demnach meist im jungen Erwachsenenalter ausbricht.

GAF-Wert (Global Assessment of Functioning)

Der ermittelte durchschnittliche GAF-Wert mit der Global Assessment of Functioning Scale (Sass, 2003) liegt im Durchschnitt bei 53.32 % ($SD = 14.32$, $Mdn = 54$). Wird die Definition von Ruggeri et al. (2000) herangezogen, wird ein GAF-Wert ≤ 50 als eine schwere psychische Erkrankung interpretiert. Das durchschnittliche Funktionsniveau und der Schweregrad der Erkrankung können demnach, wenn auch der in dieser Stichprobe vorliegende Wert 3 % höher ausfällt, durchaus dem Bereich der „schweren psychischen Erkrankung“ zugeordnet werden.³⁵

Weiterführende Kriterien

Hinzu kommt der Aspekt der vermehrten Inanspruchnahme von Hilfemaßnahmen ($M = 3.04$) und der regelmäßigen Medikamenteneinnahme (284 = ja, 68 = nein). Nur 16 der 365 Proband*innen erhalten keine zusätzliche finanzielle Unterstützung und 70 % der Teilnehmenden gehen keiner Arbeitstätigkeit nach.

³⁴ Diese Erkenntnis deckt sich mit dem Beginn der Erkrankung bei schwer psychisch kranken Menschen in anderen Studien. Bei Hammer (2008) liegt der durchschnittliche Krankheitsbeginn bei 25.5 bzw. 29.4 Jahren.

³⁵ Andere Studien, die in Tagesstätten für psychisch Erkrankte durchgeführt wurden, konnten ähnliche durchschnittliche GAF-Wert von 52 (Gruyters et al., 1997) ermitteln. Da auch in dieser Studie überwiegend Tagesstätten partizipierten, könnte davon ausgegangen werden, dass ein Wert zwischen 50 und 55 ein möglicher durchschnittlicher GAF-Wert von sozialpsychiatrischer Klientel ist.

Die Anzahl stationärer Krankenhausaufenthalte ist mit durchschnittlich 3-4 Mal im Leben geringer als erwartet, jedoch nicht zu vernachlässigen. Wobei auch hier eine Standardabweichung von 1.57 bei einem Skalenniveau von 6 relativ groß ausfällt.

Die drei Hauptkriterien der Definition von Ruggeri et al. (2000) können als erfüllt angesehen werden. Auch die weiterführenden Merkmale deuten auf die Schwere der Erkrankungen hin. Die großen Standardabweichungen zeigen die besonders heterogene Stichprobenzusammensetzung, bei der es sich, den Daten zu entnehmen, um schwer bzw. chronisch psychisch erkrankte Menschen handelt.

In der nachfolgenden Tabelle 16 werden die Stichprobenwerte der vorliegenden R.A.P.-Studie mit denen anderer Studien an nicht psychisch Erkrankten hinsichtlich der untersuchten personalen Ressourcen verglichen. Beinahe alle Ressourcen zeigen im Vergleich zu nicht psychisch erkrankten Menschen niedrigere Werte auf. Im Vergleich zu einer älteren Stichprobe fällt ausschließlich die Variable „Negativer Affekt“ vergleichsweise positiv aus.

Tabelle 16: Vergleich der Mittelwerte der personalen Ressourcen der Studienstichprobe mit Vergleichswerten nicht psychisch erkrankter Menschen (Normalbevölkerung)

VARIABLEN	R.A.P.- Stichprobenwerte	Vergleichswerte anderer Studien an nicht psychisch Erkrankten
Selbstwertgefühl (RSES; Collani & Herzberg, 2003)	$M = 2.72$ ($SD = 0.68$)	$M = 4.92$ ($SD = 0.82$) (Roth, M., Decker, Herzberg & Brähler, 2008) ¹
Internale und Externale wohlbe- findensbezogene Kontrollüberzeugung (angelehnt an den FEGK; Ferring, 2003)	$M_{IK} = 4.46$; ($SD = 0.85$) $M_{EK} = 3.43$; ($SD = 1.06$)	— ²
Liebesfähigkeit (Subskala des Trierer Persönlichkeitsfrage- bogens; Becker, 1986)	$M = 2.89$ ($SD = 0.42$)	$M = 3.22$ ($M_{Frauen} = 3.34$; $SD = 0.39$ $M_{Männer} = 3.11$, $SD = 0.39$) (Becker, 1989) ³
Positive und negative Affekte (PANAS; Krohne et al., 1996)	$M_{PA} = 2.75$ ($SD = 0.76$) $M_{NA} = 2.45$ ($SD = 0.87$)	$M_{PA} = 3.6$; ($SD = 0.5$) $M_{NA} = 2.9$; ($SD = 0.5$) (Hajek & König, 2016) ⁴
Allgemeine Depressivität (ADS; Hautzinger et al., 2012)	$M = 1.23$ ($SD = 0.60$)	$M > 1.1$ (Hautzinger et al., 2012) ⁵
Kognitives Wohlbefinden (HSWBS; Dalbert, 2003)	$M = 3.59$ ($SD = 1.29$)	$M = 3.99$ ($SD = 0.66$) (Gaberszig & Laireiter, 2018) ⁶
Emotionales Wohlbefinden (HSWBS; Dalbert, 2003)	$M = 3.25$ ($SD = 1.17$)	$M = 4.59$ ($SD = 0.81$) (Gaberszig & Laireiter, 2018) ⁷
Körperliches Wohlbefinden (FEW 16; Kolip & Schmidt, 1999)	$M = 3.33$ ($SD = 1.09$)	$M = 3.51$ ($SD = 0.90$) (Albani et al., 2006) ⁸
Selbstfürsorge (SFS; Lutz, 2012)	$M = 4.19$ ($SD = 1.03$)	— ⁹

¹ = Deutsche Bevölkerungsstichprobe² = keine Vergleichswerte vorhanden, da die Skala bedeutsam verändert wurde³ = Eichstichprobe, Alter 41-80 Jahre⁴ = Deutsche Bevölkerungsstichprobe ältere Menschen, $\bar{O} = 62$ Jahre⁵ = Grenzwert zur klinischen Stichprobe (im Manual beschrieben)^{6/7} = Menschen in Seniorenheimen⁸ = repräsentative deutsche Bevölkerungsstichprobe⁹ = keine Vergleichswerte vorhanden

10.7.2 Beschreibung der Gruppen

Im Rahmen der Evaluationsstudie wurde das vorliegende Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. 29 Mal durchgeführt. Am häufigsten wurde das Programm in Tagesstätten/Tageszentren für psychisch erkrankte Menschen angeboten (14 Mal), gefolgt von Abteilungen des Betreuten Wohnens für psychisch kranke Menschen (9 Mal). Jeweils drei Mal wurde das R.A.P. in sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi) und in vollstationären Wohngruppen durchgeführt.³⁶ Die Gruppenleitung hat mittels einer Teilnehmendenliste und eines Bewertungsbogens die Teilnahme der Proband*innen, den Grad der Manual-Einhaltung sowie die Gruppenatmosphäre festgehalten. Auf Basis dieser Daten konnten die nachfolgenden Daten (siehe Tabelle 17) gewonnen werden.

Tabelle 17: Beschreibung gruppenspezifischer Variablen mit Mittelwerten und Standardabweichungen

VARIABLEN	<i>M</i>	<i>(SD)</i>
Gruppengröße ¹	6.55	(1.94)
Manual-Einhaltung ²	5.72	(0.18)
Teilnahmehäufigkeit ³	6.17	(2.07)
Gruppenatmosphäre ⁴	4.42	(0.45)

Anmerkungen: ¹ = Anzahl der Gruppenmitglieder in einer Gruppe; ² = Ausmaß der Einhaltung der Vorgaben im Manual (Indexskala, bestehend aus 7 Items, Antwortformat von 1 „trifft überhaupt nicht zu“ bis 6 „trifft voll und ganz zu“); ³ = Anzahl, an wie vielen Sitzungen durchschnittlich teilgenommen wurde (Antwortmöglichkeiten: 1-8); ⁴ = Item zur Einschätzung der Gruppenatmosphäre, Mittelwert gerechnet über alle 8 Sitzungen (Antwortformat von 1 „sehr unangenehm“ bis 5 „sehr angenehm“); *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung.

Weiterhin werden die Gruppengröße, die Gruppenatmosphäre sowie der Grad der Manual-Einhaltung getrennt für die acht Sitzungseinheiten betrachtet. Tabelle 18 fasst alle Mittelwerte und Standardabweichungen zusammen.

³⁶ Um an dem Gruppenprogramm R.A.P. teilzunehmen, mussten die Proband*innen nicht direkt in der Abteilung angebunden sein, in der das R.A.P. angeboten wurde. So kann es sein, dass das Programm im Betreuten Wohnen angeboten wurde, die Proband*innen jedoch ausschließlich Termine im SpDi wahrnehmen.

Tabelle 18: Beschreibung der Sitzungseinheiten 1-8 bezüglich der Gruppengröße, Gruppenatmosphäre und Manual-Einhaltung

SITZUNGS- EINHEITEN	Gruppengröße ¹		Gruppen- Atmosphäre ²		Manual- Einhaltung ³	
	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>
Sitzung 1	6.15	(1.66)	4.50	(0.50)	5.85	(0.14)
Sitzung 2	5.59	(1.66)	4.22	(0.83)	5.67	(0.44)
Sitzung 3	5.67	(1.70)	4.65	(0.66)	5.86	(0.20)
Sitzung 4	5.77	(2.04)	4.23	(0.85)	5.59	(0.41)
Sitzung 5	5.44	(1.54)	4.39	(0.87)	5.57	(0.34)
Sitzung 6	5.16	(1.90)	4.40	(0.68)	5.86	(0.16)
Sitzung 7	4.82	(1.54)	4.39	(0.72)	5.80	(0.18)
Sitzung 8	4.70	(1.74)	4.62	(0.74)	5.57	(0.53)

Anmerkungen: *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; ¹ = Anzahl der Gruppenmitglieder in einer Gruppe; ² = Item zur Einschätzung der Gruppenatmosphäre; Mittelwert gerechnet über alle 8 Sitzungen (Antwortformat von 1 „sehr unangenehm“ bis 5 „sehr angenehm“); ³ = Ausmaß der Einhaltung der Vorgaben im Manual (Skala, bestehend aus 7 Items, Antwortformat von 1 „trifft überhaupt nicht zu“ bis 6 „trifft voll und ganz zu“).

Die Gruppenleitungen wurden zu Beginn der Studie angeleitet ca. 7 +/- 2 Klient*innen in die Gruppe aufzunehmen. Die Gruppe sollte aus mindestens drei und höchstens zehn Personen bestehen. Die 29 Gruppen gestalteten sich hinsichtlich ihrer Größe sehr heterogen. Es wurden Gruppen mit nur drei Personen sowie Gruppen mit zehn Mitgliedern durchgeführt. Die Durchschnittsgröße von 6.55 ist als gutes Mittelmaß für ein Gruppenangebot in diesem Setting zu interpretieren, wobei eine relativ hohe Standardabweichung von 1.94 auffällt.

Von den 201 Proband*innen, die sich für die Interventionsgruppe und somit für die Teilnahme an dem Gruppenprogramm R.A.P. angemeldet haben, sagten 13 Personen (6.5 %) kurzfristig vor Beginn der Intervention ab. 66 Personen (32.8 %) haben alle 8 Sitzungen besucht. Der allgemeine Mittelwert von 6.17 zeigt, dass die Teilnehmenden überwiegend regelmäßig zu dem Gruppenprogramm erschienen sind (76.6 % nahmen an mehr als der Hälfte der Sitzungen teil; *Mdn*: 7) und das Programm dementsprechend gut angenommen wurde.³⁷ Bezüglich des Vergleichs der Mittelwerte zwischen den Sitzungen ist festzustellen, dass mit steigender Sitzungseinheit die Gruppengröße und somit die Teilnehmendenzahl etwas sinkt. Die erste Sitzung zeigt die höchste, die letzte die niedrigste, durchschnittliche Teilnehmendenzahl an.

Die Gruppenatmosphäre wurde mit einem Gesamtmittelwert von 4.42 (*SD* = 0.45) von den Gruppenleitungen als „angenehm“ bis „sehr angenehm“ bewertet. Die Schwankungen der Gruppenatmosphäre zwischen den Sitzungseinheiten

³⁷ Die durchschnittliche Teilnehmendenzahl bezieht sich auf alle Proband*innen der Interventionsgruppe, die an mindestens einer der acht Sitzungen teilnahmen.

fallen niedrig aus (4.22 [Sitzung 2] bis 4.65 [Sitzung 3]). Die Streuung ist als eher gering einzuschätzen mit Standardabweichungen zwischen 0.50 (Sitzung 1) und 0.87 (Sitzung 5).

Um zu beobachten, inwiefern das Programm tatsächlich so durchgeführt wurde, wie es im Manual beschrieben ist bzw. um zu erkennen, welche Abweichungen vom Manual stattfanden, musste jede Gruppenleitung direkt nach der Sitzung den Grad der Manual-Einhaltung einstufen. Bei Betrachtung der Mittelwerte dieser acht Items sind kaum Unterschiede zwischen den Sitzungseinheiten festzustellen. Es können Mittelwerte von 5.57 bis 5.86 zwischen den Sitzungseinheiten ermittelt werden, was zeigt, dass sich die Gruppenleitungen durchschnittlich sehr stark an das Manual gehalten haben. Dies ist unabhängig von der Sitzungseinheit.

Nach Abschluss der achten Sitzung sollte jede Gruppenleitung auch Angaben dazu machen, inwiefern die strukturellen Vorgaben zur Durchführung des R.A.P.s eingehalten wurden. Diese sieben Items bezogen sich auf die Anwendung der PowerPoint-Präsentation, die Sitzungsdauer und die Zeitangaben zu den einzelnen Übungen (siehe Tabelle 19). Auf einem vierstufigen Antwortformat konnte die Gruppenleitung von „nie“ (1) bis „immer“ (4) die passende Häufigkeitsangabe ankreuzen.

Tabelle 19: Einhaltung der strukturellen Vorgaben zum R.A.P.

STRUKTUREINHALTUNG	<i>n</i>	Im- mer	Oft	Manch- mal	Nie	<i>M</i>	(<i>SD</i>)
Die PowerPoint-Präsentation wurde ... mittels eines Beamers angezeigt.	28	12	4	2	10	2.64	(1.37)
Die PowerPoint-Präsentation wurde ... an einem Bildschirm (z. B. Computer, Laptop) angezeigt.	27	2	1	2	22	1.37	(0.88)
Die Folien der PowerPoint-Präsentation wurden ... für die Teilnehmenden ausgedruckt und ausgeteilt.	28	12	0	4	12	2.43	(1.43)
Die Sitzungsdauer von 2 Stunden wurde ... überschritten	29	1	3	11	14	1.69	(0.81)
Die Sitzungsdauer von 2 Stunden wurde ... unterschritten	28	4	0	11	13	1.82	(1.02)
Die einzelnen Übungen haben ... mehr Zeit in Anspruch genommen als vorgegeben.	29	1	7	11	10	1.97	(0.87)
Die einzelnen Übungen haben ... weniger Zeit in Anspruch genommen als vorgegeben.	29	3	1	17	8	1.97	(0.87)

Anmerkungen: *SD* = Standardabweichung; *M* = Mittelwert; *n* = Teilstichprobe; angegebene Werte unter den Antwortkategorien sind Häufigkeitsangaben; Ratingskala: 4 = „Immer“ bis 1 = „Nie“.

Tabelle 19 macht deutlich, dass in ca. der Hälfte der Einrichtungen kein Beamer verwendet wurde. Jedoch händigte ebenso ca. die Hälfte ihren Teilnehmenden das Skript in Schriftform aus. Weiterführende Analysen zeigen, dass die Gruppenleitungen, die keinen Beamer verwendeten überwiegend das Skript ausdrück-

ten (7 von 12). Dieses Vorgehen entspricht den Vorgaben. Die Alternative „Power-Point-Präsentation an einem Bildschirm zeigen“ wurde nur bedingt angewendet. Die Sitzungsdauer von zwei Stunden wurde meist weder über- noch unterschritten. Die einzelnen Übungen haben bei einem Großteil der Gruppenleitungen weder mehr noch weniger Zeit in Anspruch genommen als im Manual vorgegeben wurde. Wobei eine Tendenz dazu besteht, dass die Übungen eher länger dauerten als kürzer. 7 Gruppenleitungen gaben an, dass die Übungen oft mehr Zeit in Anspruch nahmen als vorgegeben war. Die strukturellen Vorgaben konnten überwiegend eingehalten werden. Auch wenn den Beamer nur etwa die Hälfte der Gruppenleitungen nutzten, gaben diese das Skript, wie vorgegeben, an die Teilnehmenden aus.

Unter Einbezug aller in diesem Kapitel betrachteten Gruppenaspekte, kann festgehalten werden, dass die 29 Gruppen eine sehr heterogene Gruppengröße sowie Anwesenheitsfrequenz aufzeigen (große Streuung). Der Grad der Manual-Einhaltung als auch die Gruppenatmosphäre sind hingegen als konstant positiv zu bewerten. Im Verlauf des Trainings ist eine kontinuierliche Reduktion der Teilnahmefrequenz zu beobachten. Die vorgegebenen Strukturen wurden weitestgehend eingehalten. Aufgrund der sehr geringen Stichprobengrößen innerhalb einer Gruppe und den damit einhergehenden Verzerrungen wird auf den detaillierten Vergleich der 29 Gruppen hinsichtlich relevanter Merkmale verzichtet.

10.7.3 Dropout-Analyse

Die vorliegende Studie weist drei Messzeitpunkte auf, wobei insgesamt 90 der anfänglich 365 Proband*innen im Laufe der Studie ausgeschieden sind. Im Folgenden soll untersucht werden, ob sich diese ausgeschiedenen Personen (Drop-out-Stichprobe) zu den in der Studie verbliebenen Personen (Evaluationsstichprobe) unterscheiden. Dieser Vergleich erfolgt hinsichtlich soziodemografischer Variablen (siehe Tabelle 20), krankheitsbezogener Variablen (siehe Tabelle 21 und Tabelle 22) sowie den untersuchten Ressourcen Variablen (siehe Tabelle 23). Aufgrund der durchweg zu geringen erwarteten Zellenhäufigkeit (< 5) in den Kreuztabellen wurden alle Variablen separat hinsichtlich signifikanter Unterschiede untersucht.

Tabelle 20: Dropout-Analyse der soziodemografischen Variablen

		Gesamtstichprobe <i>N</i> = 365		Evaluationsstichprobe <i>n</i> = 275		Dropoutstichprobe <i>n</i> = 90		Effektstärke <i>V/d</i>
SOZIODEMOGRAFISCHE VARIABLEN								
Geschlecht			[4]		[3]		[1]	.030
Männlich	<i>n</i> (%)	155	(42.9)	117	(43.0)	38	(42.7)	
Weiblich	<i>n</i> (%)	205	(56.8)	154	(56.6)	51	(57.3)	
Divers	<i>n</i> (%)	1	(0.3)	1	(0.4)	0	(0)	
Alter (Jahre)			[12]		[9]		[3]	.145
Alter allgemein	<i>M</i> (<i>SD</i>)	49.56	(12.75)	49.96	(12.75)	48.31	(12.74)	(<i>d</i>) 0.129
< 25 Jahre	<i>n</i> (%)	18	(5.1)	15	(5.6)	3	(3.4)	
26-30 Jahre	<i>n</i> (%)	20	(5.7)	13	(4.9)	7	(8.0)	
31-40 Jahre	<i>n</i> (%)	48	(13.6)	34	(12.8)	14	(16.1)	
41-50 Jahre	<i>n</i> (%)	79	(22.4)	54	(20.3)	25	(28.7)	
51-60 Jahre	<i>n</i> (%)	122	(34.6)	97	(36.5)	25	(28.7)	
61-70 Jahre	<i>n</i> (%)	57	(16.1)	47	(17.7)	10	(11.5)	
71-80 Jahre	<i>n</i> (%)	9	(2.5)	6	(2.3)	3	(3.4)	
Schulbildung			[5] ¹		[3] ²		[2] ³	.187*
Förderschule	<i>n</i> (%)	23	(6.4)	17	(6.3)	6	(6.8)	
Hauptschule o. Abschluss	<i>n</i> (%)	58	(16.1)	34	(12.5)	24	(27.3)	
Qualifizierender Hauptschulabschluss	<i>n</i> (%)	101	(28.1)	80	(29.4)	21	(23.9)	
Realschulabschluss	<i>n</i> (%)	90	(25.0)	68	(25.0)	22	(25.0)	
Abitur/Fachabitur	<i>n</i> (%)	42	(11.7)	35	(12.9)	7	(8.0)	
Hochschulstudium	<i>n</i> (%)	30	(8.3)	25	(9.2)	5	(5.7)	
Arbeitssituation⁴			[46]		[9]		[37]	
Vollzeitbeschäftigung	<i>n</i> (%)	3	(0.9)	3	(1.1)	0	(0)	.043
Teilzeitbeschäftigung	<i>n</i> (%)	9	(2.8)	9	(3.4)	0	(0)	.076
Geringfügige Beschäftigung	<i>n</i> (%)	26	(8.2)	20	(7.5)	6	(11.3)	.052
Zuverdienstprojekt	<i>n</i> (%)	33	(10.3)	28	(10.5)	5	(9.4)	.013
1-Euro-Job	<i>n</i> (%)	4	(1.3)	3	(1.1)	1	(1.9)	.025
Werkstätte	<i>n</i> (%)	12	(3.8)	10	(3.8)	2	(3.8)	.000
Studium	<i>n</i> (%)	1	(0.3)	1	(0.4)	0	(0)	.025
Ausbildung	<i>n</i> (%)	3	(0.9)	2	(0.8)	1	(1.9)	.044
Arbeitslos	<i>n</i> (%)	222	(69.6)	184	(69.2)	38	(71.7)	.020
Ehrenamt	<i>n</i> (%)	23	(7.2)	22	(8.3)	1	(1.9)	.092
Familienstand			[4]		[3]		[1]	.083
Single	<i>n</i> (%)	182	(50.4)	137	(50.4)	45	(50.6)	
In einer Beziehung	<i>n</i> (%)	43	(11.9)	35	(12.9)	8	(9.0)	
Verheiratet	<i>n</i> (%)	36	(10.0)	28	(10.3)	8	(9.0)	
Geschieden/getrennt lebend	<i>n</i> (%)	84	(23.3)	62	(22.8)	22	(24.7)	
verwitwet	<i>n</i> (%)	16	(4.4)	10	(3.7)	6	(6.7)	

Anmerkungen: *N* = Gesamtstichprobe; *n* = Teilstichprobe; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; Angaben in Klammern = Prozentwerte; Angaben in eckigen Klammern = Missings; ¹ = 16 Personen gaben „Sonstiges“ an; ² = 13 Personen gaben „Sonstiges“ an; ³ = 3 Personen gaben „Sonstiges“ an; ⁴ = Mehrfachantworten-Set; *t*-Test für unabhängige Stichproben bei metrischen Variablen; *d* = Effektstärke Cohens *d*; Exakter Test nach Fisher bei kategorialen Variablen mit zu geringer erwarteter Zellenhäufigkeit; Chi²-Test für nominale/kategoriale Variablen mit ausreichender Zellenhäufigkeit; *V* = Effektstärke Cramers *V*; * = *p* < .05.

Tabelle 21: Dropout-Analyse der krankheitsbezogenen Variablen (I/II)

		Gesamt- stichprobe T1 N = 365	Evalua- tions- stichprobe n = 275	Dropout- Stichprobe n = 90	Ef- fekt- stärke V/d
KRANKHEITSBEZOGENE VARIABLEN					
Erhalt finanzieller Leistungen¹		[49]	[13]	[36]	
EU-Rente	n (%)	147 (46.5)	127 (48.5)	20 (37.0)	.086
Rente/Pension	n (%)	43 (13.6)	37 (14.1)	6 (11.1)	.033
Grundsicherung im Alter	n (%)	42 (13.3)	33 (12.6)	9 (16.7)	.045
ALG II	n (%)	36 (11.4)	30 (11.5)	6 (11.1)	.004
Hilfe zum Lebensunterhalt	n (%)	12 (3.8)	9 (3.4)	3 (5.6)	.042
Wohngeld	n (%)	14 (4.4)	14 (5.3)	0	.098
Persönliches Budget	n (%)	3 (0.9)	2 (0.8)	1 (1.9)	.042
Aufenthalt in Wohngruppe/keine direkten Leistungen	n (%)	38 (12.0)	24 (9.2)	14 (25.9)	.194**
Keine staatlichen Leistungen	n (%)	16 (5.1)	13 (5.0)	3 (5.6)	.010
Inanspruchnahme von Hilfeleistungen²		[0]	[0]	[0]	
Facharzt für Psychiatrie	n (%)	230 (63.0)	173 (62.9)	57 (63.3)	.004
Tageszentrum/Tagesstätte	n (%)	214 (58.6)	160 (58.2)	54 (60.0)	.016
Gesetzliche Betreuung	n (%)	107 (29.3)	78 (28.4)	29 (32.2)	.037
Psychotherapie	n (%)	99 (27.1)	74 (26.9)	25 (27.8)	.008
Beratungstermine im SpDi	n (%)	87 (23.8)	65 (23.6)	22 (24.4)	.008
Ambulant betreute Wohnform (Einzel-/Gruppenwohnen)	n (%)	141 (38.6)	106 (38.5)	35 (38.9)	.003
Ergotherapie	n (%)	40 (11)	25 (9.1)	15 (16.7)	.105°
Stationäre Wohnform	n (%)	32 (8.8)	17 (6.2)	15 (16.7)	.160**
Soziotherapie	n (%)	12 (3.3)	7 (2.5)	5 (5.6)	.073
Tagesklinik im BKH	n (%)	5 (1.4)	4 (1.5)	1 (1.1)	.013
Anzahl der in Anspruch genommenen Hilfeleistungen	M (SD)	2.82 (1.22)	2.75 (1.16)	3.06 (1.39)	(d) 0.254^{o3}

Anmerkungen: N = Gesamtstichprobe; n = Teilstichprobe; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Angaben in Klammern = Prozentwerte; Angaben in eckigen Klammern = Missings; t-Test für unabhängige Stichproben bei metrischen Variablen; d = Effektstärke Cohens d; Chi²-Test bei nominalen/kategorialen Variablen, Exakter Test nach Fisher bei nominalen/kategorialen Variablen mit zu geringer erwarteter Zellenhäufigkeit; V = Effektstärke Cramers V; ¹ = Mehrfachantworten-Set; ² = Mehrfachantworten-Set; ³ = Interpretation des Welch-Tests; ° = p < .10, ** = p < .01.

Tabelle 22: Dropout-Analyse der krankheitsbezogenen Variablen (II/II)

		Gesamtstichprobe T1 N = 365	Evalua- tions- stichprobe n = 275	Dropout- Stich- probe n = 90	Ef- fekt- stärke V/d
KRANKHEITSBEZOGENE VARIABLEN					
Art der psychischen Erkrankung¹		[11]	[5]	[6]	
F00-F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	n (%)	16 (4.5)	13 (4.8)	3 (3.6)	.026
F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	n (%)	23 (6.5)	20 (7.4)	3 (3.6)	.066
F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	n (%)	120 (33.9)	89 (33.0)	31 (36.9)	.035
F30-F39: Affektive Störungen	n (%)	155 (43.8)	121 (44.8)	34 (40.5)	.037
F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	n (%)	65 (18.4)	51 (18.9)	14 (16.7)	.024
F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	n (%)	6 (1.7)	5 (1.9)	1 (1.2)	.022
F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	n (%)	79 (22.3)	60 (22.2)	19 (22.6)	.004
F70-F79: Intelligenzstörung	n (%)	22 (6.2)	16 (5.9)	6 (7.1)	.021
F80-F89: Entwicklungsstörungen	n (%)	13 (3.7)	10 (3.7)	3 (3.6)	.003
F90-F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	n (%)	7 (2.0)	5 (1.9)	2 (2.4)	.016
F99-F99: Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	n (%)	6 (1.7)	4 (1.5)	2 (2.4)	.030
Art der Diagnose		[11]	[5]	[6]	
Einzeldiagnose	n (%)	229 (64.7)	172 (63.7)	57 (67.9)	.083
Doppeldiagnose	n (%)	99 (28.0)	77 (28.5)	22 (26.2)	.067
Mehrfachdiagnose (> 2)	n (%)	26 (7.3)	21 (7.8)	5 (6.0)	.077
Weitere krankheitsbezogene Variablen		[29]	[23]	[8]	
Krankheitsdauer in Jahren	M (SD)	24.24 (14.05)	24.61 (13.93)	23.07 (14.41)	(d) 0.110
Behandlungsdauer in Jahren	M (SD)	19.43 (12.76)	19.41 (12.57)	19.47 (13.30)	(d) 0.005
Funktionsniveau und Schweregrad der Erkrankung (GAF-Wert)	M (SD)	53.32 (14.32)	53.61 (14.55)	52.37 (13.57)	(d) 0.087
Anzahl stationärer Aufenthalte im Leben ²	M (SD)	3.04 (1.57) = 3-4 Mal	2.96 (1.57) = 3-4 Mal	3.31 (1.54) = 3-4 Mal	(d) 0.223°
Regelmäßige Medikamenteneinnahme		[13]	[7]	[6]	0.105*
Ja	n (%)	284 (80.6)	210 (78.4)	74 (88.1)	
Nein	n (%)	68 (18.6)	58 (21.6)	10 (11.9)	

Anmerkungen: N = Gesamtstichprobe; n = Teilstichprobe; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Angaben in Klammern = Prozentwerte; Angaben in eckigen Klammern = Missings; ¹ = Mehrfachantworten-Set; ² = Gruppierte Antwortskala 1 = „noch nie“; 2 = „1-2 Mal“; 3 = „3-4 Mal“; 4 = „5-6 Mal“; 5 = „6-10 Mal“; 6 = „mehr als 10 Mal“; t-Test für unabhängige Stichproben bei metrischen Variablen; d = Effektstärke Cohens d; Chi²-Test bei nominalen/kategorialen Variablen, Exakter Test nach Fisher bei nominalen/kategorialen Variablen mit zu geringer erwarteter Zellenhäufigkeit; V = Effektstärke Cramers V; ° = p < .10, * = p < .05.

Tabelle 23: Dropout-Analyse der untersuchten personalen Ressourcen

			Gesamt- stichprobe T1 <i>N</i> = 365		Evalua- tions- stichprobe <i>n</i> = 275		Dropout- Stichprobe <i>n</i> = 90		Ef- fekt- stärke <i>d</i>
RESSOURCEN VARIABLEN									
Selbstwertgefühl	<i>M</i> (<i>SD</i>)	[6]	2.72 (0.68)	[2]	2.70 (0.68)	[4]	2.76 (0.66)		0.088
Externale Kontrollüberzeugung	<i>M</i> (<i>SD</i>)	[15]	3.43 (1.06)	[11]	3.42 (1.03)	[4]	3.45 (1.15)		0.028
Internale Kontrollüberzeugung	<i>M</i> (<i>SD</i>)	[10]	4.46 (0.85)	[5]	4.41 (0.85)	[5]	4.61 (0.83)		0.247°
Liebesfähigkeit	<i>M</i> (<i>SD</i>)	[7]	2.89 (0.42)	[4]	2.89 (0.42)	[3]	2.85 (0.42)		0.095
Positive Emotionen	<i>M</i> (<i>SD</i>)	[11]	2.75 (0.76)	[5]	2.74 (0.75)	[6]	2.78 (0.79)		0.053
Negative Emotionen	<i>M</i> (<i>SD</i>)	[11]	2.49 (0.76)	[5]	2.53 (0.86)	[6]	2.37 (0.87)		0.184
Selbstfürsorge	<i>M</i> (<i>SD</i>)	[7]	4.19 (1.03)	[3]	4.15 (1.01)	[4]	4.32 (1.08)		0.165
Kognitives Wohlbefinden	<i>M</i> (<i>SD</i>)	[17]	3.59 (1.29)	[12]	3.55 (1.27)	[5]	3.69 (1.37)		0.109
Emotionales Wohlbefinden	<i>M</i> (<i>SD</i>)	[15]	3.11 (1.20)	[9]	3.08 (1.17)	[6]	3.19 (1.30)		0.092
Körperliches Wohlbefinden	<i>M</i> (<i>SD</i>)	[13]	3.33 (1.09)	[6]	3.28 (1.06)	[7]	3.49 (1.18)		0.193
Depressivität	<i>M</i> (<i>SD</i>)	[12]	2.23 (0.69)	[8]	2.25 (0.61)	[4]	2.19 (0.59)		0.100

Anmerkungen: *N* = Gesamtstichprobe; *n* = Teilstichprobe; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; Angaben in eckigen Klammern = Missings; *t*-Test für unabhängige Stichproben bei metrischen Variablen; *d* = Effektstärke Cohens *d*; ° = $p < .10$.

Es fällt auf, dass die ausgeschiedenen Personen statistisch signifikante Unterschiede zur Evaluationsstichprobe hinsichtlich der Schulbildung aufzeigen ($\chi^2(1) = 12.03$, $p = .034$, $V = .187$). Genauer betrachtet ist zu erkennen, dass die ausgeschiedenen Proband*innen häufiger die Hauptschule ohne einen Abschluss besuchten ($\chi^2(1) = 10.736$, $p = .001$, $V = .173$). Sie leben weiterhin häufiger in stationären Wohngruppen ($\chi^2(1) = 9.320$, $p = .002$, $V = .160$) und erhalten somit auch öfter keine direkten Leistungen, sondern Unterstützung über eine Wohngruppe ($\chi^2(1) = 11.869$, $p = .001$, $V = .194$). Die ausgeschiedenen Proband*innen nehmen signifikant häufiger das Angebot „Ergotherapie“ in Anspruch ($\chi^2(1) = 3.988$, $p = .046$, $V = .105$). Die Variable „Medikamenteneinnahme“ deutet ebenfalls in die Richtung, dass ausgeschiedene Klient*innen statistisch signifikant häufiger Medikamente aufgrund der psychischen Erkrankung einnehmen ($\chi^2(1) = 3.890$, $p = .049$, $V = .105$). Die Dropout-Stichprobe nimmt weiterhin tendenziell mehr Hilfsangebote in Anspruch ($t(132,11) = -1.87$, $p = .064$, $d = 0.254$). Zudem weisen ausgeschiedene Proband*innen tendenziell ($p < .10$) mehr stationäre Aufenthalte in

einem psychiatrischen Krankenhaus auf ($t(358) = -1.83, p = .069, d = 0.223$). Hinsichtlich der untersuchten personalen Ressourcen ist einzig der Wert „Internales Kontrollerleben“ auffällig ($t(353) = -1.93, p = .055, d = 0.247$). Dieser zeigt eine Tendenz auf ($p < .10$), dass ausgeschiedene Klient*innen ein höheres internes Kontrollerleben haben als Personen, die die Studie vollständig durchlaufen haben.

Es kann geschlussfolgert werden, dass die Proband*innen der Dropout-Stichprobe tendenziell eine engere Betreuung und mehr Medikamente benötigen sowie häufiger stationär in psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht sind. Der potenziellen Annahme, dass die ausgeschiedenen Proband*innen möglicherweise schwerer psychisch krank sind, steht der durchaus vergleichbare GAF-Wert (Funktionsniveau und Schweregrad der Erkrankung) zwischen der Dropout- und Evaluationsstichprobe entgegen.

Die geringe Anzahl an signifikanten Unterschieden zwischen den Gruppen sowie den ermittelten kleinen Effektstärken sprechen für die Vergleichbarkeit der Gruppen. Im Folgenden wird davon ausgegangen, dass die ausgeschiedenen Proband*innen keine bedeutsamen unterschiedlichen Merkmale aufzeigen und somit zur Evaluationsstichprobe vergleichbar sind.

10.7.4 Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe

Die Wirksamkeit des Gruppenprogramms R.A.P. wurde in dieser Studie mittels eines quasi-experimentellen Prä-, Post-, Follow-up-Studiendesigns untersucht. Aufgrund der fehlenden Randomisierung der Interventions- und Kontrollgruppe soll im Folgenden untersucht werden, ob die beiden Gruppen dennoch hinsichtlich relevanter soziodemografischer, krankheitsbezogener sowie Ressourcen Variablen vergleichbar sind und somit die präventiv vorgenommenen Parallelisierungsversuche gegriffen haben. Es ist zu prüfen, ob die Teilnehmenden aus der gleichen Grundgesamtheit stammen. Tabelle 24 fasst die Informationen zu den soziodemografischen Variablen zusammen, Tabelle 25 und Tabelle 26 beinhalten die Daten zu den krankheitsbezogenen Variablen und Tabelle 27 zeigt die Erkenntnisse zu den untersuchten Ressourcen Variablen.

Tabelle 24: Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich soziodemografischer Variablen zu T1

		<i>N</i> ohne Dropout <i>N</i> = 275		IG <i>n</i> = 134		KG <i>n</i> = 141		Effekt- stärke <i>V/d</i>
SOZIODEMOGRAFISCHE VARIABLEN								
Geschlecht		[3]		[1]		[2]		.161*
Männlich	<i>n</i> (%)	154	(56.6)	47	(35.3)	69	(49.6)	
Weiblich	<i>n</i> (%)	117	(43.0)	85	(63.9)	70	(50.4)	
Divers	<i>n</i> (%)	1	(0.4)	1	(0.8)	0	(0)	
Alter (Jahre)		[9]		[3]		[6]		.227*
Alter allgemein	<i>M</i> (<i>SD</i>)	49.96	(12.75)	49.70	(13.41)	50.21	(12.11)	(<i>d</i>) 0.744
< 25 Jahre	<i>n</i> (%)	15	(5.6)	8	(6.1)	7	(5.2)	
26-30 Jahre	<i>n</i> (%)	13	(4.9)	12	(9.2)	1	(0.7)	
31-40 Jahre	<i>n</i> (%)	34	(12.8)	14	(10.7)	20	(14.8)	
41-50 Jahre	<i>n</i> (%)	54	(20.3)	21	(16.0)	33	(24.4)	
51-60 Jahre	<i>n</i> (%)	97	(36.5)	49	(37.4)	48	(35.6)	
61-70 Jahre	<i>n</i> (%)	47	(17.7)	23	(17.6)	24	(17.8)	
71-80 Jahre	<i>n</i> (%)	6	(2.3)	4	(3.1)	2	(1.5)	
Schulbildung		[3] ¹		[0] ²		[3] ³		.150
Förderschule	<i>n</i> (%)	17	(6.3)	6	(4.5)	11	(8.0)	
Hauptschule o. Abschluss	<i>n</i> (%)	34	(12.5)	18	(13.4)	16	(11.6)	
Qualifizierender Hauptschulabschluss	<i>n</i> (%)	80	(29.4)	43	(32.1)	37	(26.8)	
Realschulabschluss	<i>n</i> (%)	68	(25.0)	29	(21.6)	39	(28.3)	
Abitur/Fachabitur	<i>n</i> (%)	35	(12.9)	21	(15.7)	14	(10.1)	
Hochschulstudium	<i>n</i> (%)	25	(9.2)	10	(7.5)	15	(10.9)	
Arbeitsituation⁴		[9]		[5]		[4]		
Vollzeitbeschäftigung	<i>n</i> (%)	3	(1.1)	1	(0.8)	2	(1.5)	.032
Teilzeitbeschäftigung	<i>n</i> (%)	9	(3.4)	7	(5.4)	2	(1.5)	.110°
Geringfügige Beschäftigung	<i>n</i> (%)	20	(7.5)	11	(8.5)	9	(6.6)	.037
Zuverdienstprojekt	<i>n</i> (%)	28	(10.5)	11	(8.5)	17	(12.4)	.063
1-Euro-Job	<i>n</i> (%)	3	(1.1)	1	(0.8)	2	(1.5)	.032
Werkstätte	<i>n</i> (%)	10	(3.8)	7	(5.4)	3	(2.2)	.085
Studium	<i>n</i> (%)	1	(0.4)	0	(0)	1	(0.7)	.060
Ausbildung	<i>n</i> (%)	2	(0.8)	1	(0.8)	1	(0.7)	.003
Arbeitslos	<i>n</i> (%)	184	(69.2)	88	(68.2)	96	(70.1)	.020
Ehrenamt	<i>n</i> (%)	22	(8.3)	8	(6.2)	14	(10.2)	.073
Familienstand		[3]		[2]		[1]		.148
Single	<i>n</i> (%)	137	(50.4)	58	(43.9)	79	(56.4)	
In einer Beziehung	<i>n</i> (%)	35	(12.9)	16	(12.1)	19	(13.6)	
Verheiratet	<i>n</i> (%)	28	(10.3)	17	(12.9)	11	(7.8)	
Geschieden/getrennt lebend	<i>n</i> (%)	62	(22.8)	35	(26.5)	27	(19.3)	
verwitwet	<i>n</i> (%)	10	(3.7)	6	(4.5)	4	(2.9)	

Anmerkungen: *N* = Gesamtstichprobe; *n* = Teilstichprobe; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; Angaben in Klammern = Prozentwerte; Angaben in eckigen Klammern = Missings; ¹ = 13 Personen gaben „Sonstiges“ an; ² = 7 Personen gaben „Sonstiges“ an; ³ = 6 Personen gaben „Sonstiges“ an; ⁴ = Mehrfachantworten-Set; *t*-Test für unabhängige Stichproben bei metrischen Variablen; *d* = Effektstärke Cohens *d*; Chi²-Test bei nominalen/kategorialen Variablen; Exakter Test nach Fisher bei nominalen/kategorialen Variablen mit zu geringer erwarteter Zellenhäufigkeit; *V* = Effektstärke Cramers *V*; ° = *p* < .10, * = *p* < .05.

Tabelle 25: Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich krankheitsbezogener Variablen zu T1 (I/II)

		N ohne Dropout N = 275		IG n = 134		KG n = 141		Effekt- stärke V/d
KRANKHEITSBEZOGENE VARIABLEN								
Erhalt finanzieller Leistun-								
		[13]		[6]		[7]		
EU-Rente	n (%)	127	(48.5)	61	(47.7)	66	(49.3)	.016
Pension	n (%)	37	(14.1)	21	(16.4)	16	(11.9)	.064
Grundsicherung im Alter	n (%)	33	(12.6)	13	(10.2)	20	(14.9)	.072
ALG II	n (%)	30	(11.5)	14	(10.9)	16	(11.9)	.016
Hilfe zum Lebensunterhalt	n (%)	9	(3.4)	4	(3.1)	5	(3.7)	.017
Wohngeld	n (%)	14	(5.3)	6	(4.7)	8	(6.0)	.029
Persönliches Budget	n (%)	2	(0.8)	1	(0.8)	1	(0.7)	.002
Aufenthalt in Wohngruppe/keine direkten Leistungen	n (%)	24	(9.2)	12	(9.4)	12	(9.0)	.007
Keine staatlichen Leistungen	n (%)	13	(5.0)	6	(4.7)	7	(5.2)	.012
Inanspruchnahme von Hilfeleistungen²								
		[0]		[0]		[0]		
Facharzt für Psychiatrie	n (%)	173	(62.9)	82	(61.2)	91	(64.5)	.035
Tageszentrum/Tagesstätte	n (%)	160	(58.2)	78	(58.2)	82	(58.2)	.001
Gesetzliche Betreuung	n (%)	78	(28.4)	40	(29.9)	38	(27.0)	.032
Psychotherapie	n (%)	74	(26.9)	40	(29.9)	34	(24.1)	.065
Beratungstermine im SpDi	n (%)	65	(23.6)	33	(24.6)	32	(22.7)	.023
Ambulant betreute Wohnform (Einzel-/Gruppenwohnen)	n (%)	169	(61.5)	49	(36.6)	57	(40.4)	.040
Ergotherapie	n (%)	25	(9.1)	15	(11.2)	10	(7.1)	.071
Stationäre Wohnform	n (%)	17	(6.2)	8	(6.0)	9	(6.4)	.009
Soziotherapie	n (%)	7	(2.5)	3	(2.2)	4	(2.8)	.019
Tagesklinik im BKH	n (%)	4	(1.5)	3	(2.2)	1	(0.7)	.064
Anzahl der in Anspruch genommenen Hilfeleistungen	M (SD)	2.75	(1.16)	2.80	(1.14)	2.70	(1.17)	(d) 0.078

Anmerkungen: N = Gesamtstichprobe; n = Teilstichprobe; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Angaben in Klammern = Prozentwerte; Angaben in eckigen Klammern = Missings; ¹ = Mehrfachantworten-Set; ² = Mehrfachantworten-Set; t-Test für unabhängige Stichproben bei metrischen Variablen; d = Effektstärke Cohens d; Chi²-Test bei nominalen/kategorialen Variablen; Exakter Test nach Fisher bei nominalen/kategorialen Variablen mit zu geringer erwarteter Zellenhäufigkeit; V = Effektstärke Cramers V.

Tabelle 26: Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich krankheitsbezogener Variablen zu T1 (II/II)

		N ohne Dropout N = 275	IG n = 134	KG n = 141	Ef- fekt- stärke V/d
KRANKHEITSBEZOGENE VARIABLEN					
Art der psychischen Erkrankung¹		[5]	[2]	[3]	
F00-F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	<i>n</i> (%)	13 (4.8)	10 (7.6)	3 (2.2)	.126*
F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	<i>n</i> (%)	20 (7.4)	7 (5.3)	13 (9.4)	.079
F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	<i>n</i> (%)	89 (33.0)	40 (30.3)	49 (35.5)	.055
F30-F39: Affektive Störungen	<i>n</i> (%)	121 (44.8)	60 (45.5)	61 (44.2)	.013
F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	<i>n</i> (%)	51 (18.9)	23 (17.4)	28 (20.3)	.037
F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	<i>n</i> (%)	5 (1.9)	5 (3.8)	0 (0)	.140*
F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	<i>n</i> (%)	60 (22.2)	25 (18.9)	35 (25.4)	.077
F70-F79: Intelligenzstörung	<i>n</i> (%)	16 (5.9)	9 (6.8)	7 (5.1)	.037
F80-F89: Entwicklungsstörungen	<i>n</i> (%)	10 (3.7)	7 (5.3)	3 (2.2)	.083
F90-F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	<i>n</i> (%)	5 (1.9)	4 (3.0)	1 (0.7)	.085
F99-F99: Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	<i>n</i> (%)	4 (1.5)	1 (0.8)	3 (2.2)	.059
Art der Diagnose		[5]	[2]	[3]	
Einzeldiagnose	<i>n</i> (%)	172 (63.7)	88 (66.7)	84 (60.9)	.125
Doppeldiagnose	<i>n</i> (%)	77 (28.5)	32 (24.2)	45 (32.6)	.200
Mehrfachdiagnose (> 2)	<i>n</i> (%)	21 (7.8)	12 (9.1)	9 (6.5)	.074
Weitere krankheitsbezogene Variablen		[23]	[10]	[13]	
Krankheitsdauer in Jahren	<i>M</i> (<i>SD</i>)	24.61 (13.93)	25.38 (13.08)	23.88 (13.08)	(<i>d</i>) 0.108
Behandlungsdauer in Jahren	<i>M</i> (<i>SD</i>)	19.41 (12.58)	19.90 (13.60)	18.96 (11.59)	(<i>d</i>) 0.076
Funktionsniveau und Schweregrad der Erkrankung (GAF-Wert)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	53.61 (14.55)	54.47 (14.52)	52.80 (14.59)	(<i>d</i>) 0.115
Anzahl stationärer Aufenthalte im Leben ²	<i>M</i> (<i>SD</i>)	2.96 (1.57) = 1-2 Mal	2.91 (1.58) = 1-2 Mal	3.0 (1.57) = 1-2 Mal	(<i>d</i>) 0.045
Regelmäßige Medikamenteneinnahme		[7]	[5]	[2]	.001
Ja	<i>n</i> (%)	210 (78.4)	101 (78.3)	109 (78.4)	
Nein	<i>n</i> (%)	58 (21.6)	28 (21.7)	30 (21.6)	

Anmerkungen: N = Gesamtstichprobe; n = Teilstichprobe; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Angaben in Klammern = Prozentwerte; Angaben in eckigen Klammern = Missings;¹ = Mehrfachantworten-Set; ² = Gruppierete Antwortskala 1 = „noch nie“; 2 = „1-2 Mal“; 3 = „3-4 Mal“; 4 = „5-6 Mal“; 5 = „6-10 Mal“; 6 = „mehr als 10 Mal“; *t*-Test für unabhängige Stichproben bei metrischen Variablen; *d* = Effektstärke Cohens *d*; Chi²-Test bei nominalen/kategorialen Variablen; Exakter Test nach Fisher bei nominalen/kategorialen Variablen mit zu geringer erwarteter Zellenhäufigkeit; *V* = Effektstärke Cramers *V*; * = *p* < .05.

Tabelle 27: Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich der untersuchten personalen Ressourcen zu T1

			<i>N</i> ohne Drop- out		IG <i>n</i> = 134		KG <i>n</i> = 141	Effekt- stärke <i>d</i>
RESSOURCEN VARIABLEN								
Selbstwertgefühl	<i>M</i> (<i>SD</i>)	[2]	2.70 (0.68)	[1]	2.65 (0.70)	[1]	2.75 (0.67)	0.147
Externale Kontrollüberzeugung	<i>M</i> (<i>SD</i>)	[11]	3.42 (1.03)	[5]	3.41 (1.09)	[6]	3.44 (0.97)	0.029
Internale Kontrollüberzeugung	<i>M</i> (<i>SD</i>)	[5]	4.41 (0.85)	[3]	4.41 (0.82)	[2]	4.41 (0.87)	0.012
Liebesfähigkeit	<i>M</i> (<i>SD</i>)	[4]	2.89 (0.42)	[2]	2.93 (0.44)	[2]	2.85 (0.39)	0.190
Positive Emotionen	<i>M</i> (<i>SD</i>)	[5]	2.74 (0.75)	[2]	2.72 (0.77)	[3]	2.76 (0.75)	0.053
Negative Emotionen	<i>M</i> (<i>SD</i>)	[5]	2.53 (0.86)	[2]	2.60 (0.88)	[3]	2.46 (0.84)	0.174
Selbstfürsorge	<i>M</i> (<i>SD</i>)	[3]	4.15 (1.02)	[2]	4.12 (1.08)	[1]	4.19 (0.96)	0.039
Kognitives Wohlbefinden	<i>M</i> (<i>SD</i>)	[12]	3.55 (1.23)	[4]	3.54 (1.34)	[8]	3.57 (1.20)	0.024
Emotionales Wohlbefinden	<i>M</i> (<i>SD</i>)	[9]	3.08 (1.17)	[5]	3.05 (1.26)	[4]	3.11 (1.09)	0.051
Körperliches Wohlbefinden	<i>M</i> (<i>SD</i>)	[6]	3.28 (1.06)	[4]	3.24 (1.10)	[2]	3.32 (1.03)	0.075
Depressivität	<i>M</i> (<i>SD</i>)	[8]	2.24 (0.61)	[4]	2.30 (0.62)	[4]	2.19 (0.59)	0.180

Anmerkungen: *N* = Gesamtstichprobe; *n* = Teilstichprobe; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; Angaben in eckigen Klammern = Missings; *t*-Test für unabhängige Stichproben bei metrischen Variablen; *d* = Effektstärke Cohens *d*.

Die Untersuchungen zeigen, dass sich die Interventionsgruppe mit der Kontrollgruppe in dem überwiegenden Teil der Variablen nicht statistisch signifikant unterscheiden. Es fällt auf, dass in der Interventionsgruppe signifikant mehr Frauen als Männer teilnahmen (Exakter Test nach Fisher: Wert: $p = .017$, $V = .161$). In der Kontrollgruppe ist das Geschlechterverhältnis ausgeglichen. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe umfassen zudem signifikant mehr Personen im Alter zwischen 26 – 30 Jahren ($\chi^2(1) = 10.14$, $p = .001$, $V = .195$), wobei kein signifikanter Unterschied beim Vergleich des durchschnittlichen Alters erkennbar ist. Es wird ebenfalls deutlich, dass in der Kontrollgruppe tendenziell ($p < .10$) weniger Personen sind, die einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen (Exakter Test nach Fisher: $p = .095$, $V = .110$). Bei Analyse der psychischen Erkrankungen zeigen sich signifikant erhöhte Werte in der Interventionsgruppe für die Diagnosegruppen F00-F09 „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ ($\chi^2(1) = 4.296$, $p = .038$, $V = .126$) sowie F50-F59 „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ (Exakter Test nach Fisher: $p =$

.027, $V = .140$), wobei anzumerken ist, dass die jeweiligen Stichprobengrößen sehr gering ausfallen.

Aufgrund der geringen Anzahl statistisch signifikanter Unterschiede sowie den ermittelten kleinen Effekten werden die Interventions- und Kontrollgruppe als vergleichbar angesehen. Einzig die Variable „Geschlecht“ wird für die folgenden Untersuchungen näher betrachtet (Prüfung der Hypothese^{2.6} „Das Geschlecht hat keinen Einfluss auf den Trainingserfolg der Teilnehmenden“).

11 Darstellung der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die wesentlichen Ergebnisse der Untersuchung zum Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. dargestellt. Im Zentrum der Studie standen zwei Fragestellungen.

Zum einen sollte untersucht werden, ob bzw. in welchem Ausmaß eine Veränderung in den erhobenen personalen Ressourcen durch die Teilnahme an dem Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. stattfand. Zum anderen sollte aufgezeigt werden, welche potenziellen Einflussfaktoren die Wirksamkeit des Programms mitbestimmen.

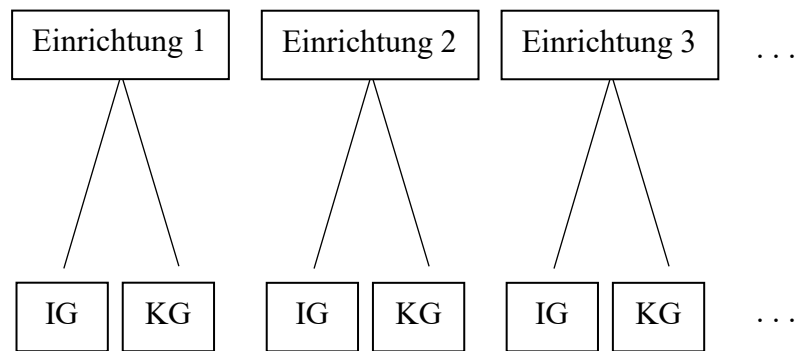
Um die zentralen Fragestellungen der Studie zu beantworten, müssen die vorliegenden Daten aufgrund ihrer hierarchischen Struktur zunächst hinsichtlich ihrer Unabhängigkeit geprüft werden. Dies ist die Voraussetzung für alle weiterführenden inferenzstatistischen Analysen (Kapitel 0 „Intracusterkorrelationskoeffizient (ICC)“). In Kapitel 11.1 „Effekte der Intervention“ werden alle untersuchten abhängigen Variablen (personale Ressourcen) bezüglich ihrer Veränderung zwischen den Gruppen (IG und KG) und über die drei Messzeitpunkte (Prä-, Post-, Follow-up-Messzeitpunkt) untersucht. Kapitel 11.2 „Potenzielle Einflussfaktoren auf den Trainingserfolg“ beinhaltet die Ergebnisse zu den Einflussfaktoren. Hierbei werden alle Faktoren beschrieben, die den Trainingserfolg der Teilnehmenden mitbestimmen. In dem darauffolgenden Kapitel 11.3 werden die allgemeine Bewertung des Ressourcenaufbauprogramms, die Adhärenz sowie der persönliche Trainingserfolg der Teilnehmenden dargestellt. Das Ergebniskapitel schließt mit der Auswertung der „schriftlichen Anmerkungen“ seitens der Gruppenleitungen, wobei mögliche Verbesserungsvorschläge für das Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. vorgestellt werden.

Intracusterkorrelationskoeffizient (ICC)

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden zwei Stichprobenziehungen vorgenommen. Im ersten Schritt wurden 29 sozialpsychiatrische Einrichtungen in Bayern rekrutiert. Im zweiten Schritt wurden aus diesen 29 Einrichtungen 275 Proband*innen für die Teilnahme an der Studie gewonnen (IG = 134, KG = 141). Die Daten weisen somit eine hierarchische Datenstruktur auf. Hierbei ist davon auszugehen, dass die Proband*innen innerhalb einer Einrichtung (Cluster) nicht unabhängig voneinander sind, sondern sich innerhalb eines Clusters überzufällig ähneln. Die Proband*in, die einer Interventions- oder Kontrollgruppe zugeordnet ist, stellt die *erste Ebene*, die Einrichtung, in der sich die Proband*in befindet, die *zweite Ebene*, dar.

Ebene 2
29 Einrichtungen

Ebene 1
275 Proband*innen
(IG=134; KG=141)



Sind sich die Proband*innen eines Clusters besonders ähnlich (Residuen korrelieren innerhalb eines Clusters), ist die Voraussetzung beispielsweise für eine ANOVA, bei der alle Fälle statistisch unabhängig sein müssen, verletzt. Bleibt die hierarchische Struktur der Daten demnach unberücksichtigt bzw. wird die Abhängigkeit innerhalb eines Clusters nicht geprüft, so ist nicht nur mit einer erhöhten α -Fehler Rate zu rechnen, sondern auch mit verzerrten und somit nicht interpretierbaren Ergebnissen, so Baltés-Götz (2020). In dieser Studie soll untersucht werden, ob bzw. inwiefern die Veränderungen der untersuchten personalen Ressourcen (abhängige Variablen) innerhalb einer Einrichtung zusammenhängen. Sollte dieser Zusammenhang gegeben sein, ist dies bei der Methodenauswahl zu berücksichtigen. Um die Abhängigkeit der Daten innerhalb eines Clusters zu prüfen, ist die Berechnung eines Intracusterkorrelationskoeffizienten (ICC) notwendig. Dieser gibt Aufschluss über den Anteil der Varianz an der Gesamtvarianz, die durch die Ebene 2 (Einrichtung) aufgeklärt wird. Ist dieser ICC größer .05 bedeutet dies, dass mehr als 5 % der Varianz an der Gesamtvarianz durch die Ebene 2 (Einrichtung) erklärt wird und somit ein hierarchisches Modell notwendig ist (Heck et al., 2010). Wird durch die Ebene 2 (Einrichtung)

weniger als 5 % der Varianz erklärt, so können herkömmliche Testverfahren verwendet werden.

Um den ICC zu ermitteln, werden zunächst Differenzwerte zwischen den jeweiligen Messzeitpunkten berechnet. Diese dienen als abhängige Variable im linearen gemischten Modell. Die Einrichtungsvariable dient als Subjektvariable. Mit den Schätzungen der Kovarianzparameter werden der Schätzwert zur Varianz der Einrichtungsmittelwerte sowie der Schätzwert zur Residualvarianz innerhalb der Einrichtungen ermittelt. Der Schätzwert der Varianz zwischen den Einrichtungen wird durch die Summe des Schätzwerts der Varianz der Einrichtungsmittelwerte und des Schätzwerts der Residualvarianz geteilt.

Im Folgenden wird für jede abhängige Variable (Differenzwert T1-T2 und Differenzwert T1-T3), getrennt für die Interventions- und Kontrollgruppe, der Intraclusterkorrelationskoeffizient (ICC) berechnet (siehe Tabelle 28).

Tabelle 28: Berechnung des Intraclusterkorrelationskoeffizienten für die Veränderungswerte (T1-T2 und T1-T3) der personalen Ressourcen getrennt für die Interventions- und Kontrollgruppe

PERSONALE RESSOURCEN	ICC der IG $n = 134$		ICC der KG $n = 141$	
	Differenzwerte T1-T2	Differenzwerte T1-T3	Differenzwerte T1-T2	Differenzwerte T1-T3
	$\hat{\rho}^1$	$\hat{\rho}$	$\hat{\rho}$	$\hat{\rho}$
Selbstwertgefühl	.116	.073	0	.056
Externale Kontrollüberzeugung	.146	.066	0	0
Internale Kontrollüberzeugung	.041	0	.045	.104
Liebesfähigkeit	.020	.012	0	.049
Positiver Affekt	0	.038	.014	.084
Negativer Affekt	.038	.013	0	0
Allgemeine Depressivität	0	0	0	0
Selbstfürsorge	.043	.006	0	0
Emotionales Wohlbefinden	0	0	0	.082
Kognitives Wohlbefinden	0	.011	0	0
Körperliches Wohlbefinden	0	0	0	.051

Anmerkungen: ¹ $\hat{\rho}$ = Schätzwert des Intraclusterkorrelationskoeffizienten (ICC); n = Teilstichprobe;

Berechnung des ICC mittels folgender Formel:

Schätzwert zur Varianz der Einrichtungsmittelwerte geteilt durch die Summe des Schätzwertes zur Residualvarianz innerhalb der Einrichtungen und des Schätzwerts zur Varianz der Einrichtungsmittelwerte.

In SPSS: Schätzungen von Kovarianzparametern (Lineares gemischtes Modell) $\frac{\text{Konstanter Term}}{(\text{Konstanter Term} + \text{Residuum})}$

Die Tabelle 28 zeigt die Ergebnisse der Berechnungen der jeweiligen ICC. Neun der elf untersuchten abhängigen Variablen übersteigen den Wert von .05 in der Interventionsgruppe nicht. Die beiden Variablen „Externale Kontrollüberzeugung“ und „Selbstwertgefühl“ zeigen sowohl in den Differenzwerten von T1 zu T2 als auch von T1 zu T3 Werte über .05. 12 % der Varianz der Veränderung des

Selbstwertgefühls im Interventionszeitraum wird durch die Ebene 2 (Einrichtungen) aufgeklärt. Im Zeitfenster vom Interventionsbeginn (T1) bis zum Follow-up-Zeitpunkt (T3) ist ein etwas niedrigerer Wert für die Interventionsgruppe zu beobachten, der jedoch immer noch größer als .05 ($\hat{\rho} = .073$) ist. Auch die Variable „Externale Kontrollüberzeugung“ scheint sich zwischen den Einrichtungen unterschiedlich zu verändern. Hierbei erklärt die Einrichtung, in der die Intervention wahrgenommen wurde, zum Interventionszeitraum 15 %, im gesamten Studienzeitraum noch 6 %, der Varianz.

Für die Kontrollgruppe können im Interventionszeitraum (T1-T2) keine erhöhten ICC festgestellt werden. Für den gesamten Studienzeitraum (T1-T3) sind auch Werte über .05 erkennbar (Selbstwertgefühl, $\hat{\rho} = .056$; Internale Kontrollüberzeugung, $\hat{\rho} = .104$; Positiver Affekt, $\hat{\rho} = .084$; Emotionales Wohlbefinden, $\hat{\rho} = .082$; Körperliches Wohlbefinden, $\hat{\rho} = .051$). Ausgenommen der Variable „Selbstwertgefühl“ sind die erhöhten ICC nur in der Kontrollgruppe, jedoch nicht in der Interventionsgruppe (und auch nur im gesamten Studienzeitraum T1-T3) beobachtbar. Da zudem die Fallzahlen in den jeweiligen Einrichtungen stark schwanken bzw. sehr gering sind und die Veränderungen in der Kontrollgruppe ebenfalls gering ausfallen, besteht die Gefahr, dass kleine Abweichungen überschätzt werden. Die generierten ICC liefern somit keine eindeutigen Ergebnisse für die besagten Variablen. Unter Berücksichtigung der genannten Aspekte erscheint es demnach nicht zielführend, die hierarchische Struktur der Daten in diesen Variablen in den weiterführenden Analysen zu berücksichtigen.

Allgemein kann festgehalten werden, dass die Einrichtung (Ebene 2), in der das Gruppenangebot wahrgenommen wurde, nur bedingt Einfluss auf die Veränderung der personalen Ressourcen nimmt. Eindeutige Ergebnisse können lediglich für die Variablen „Selbstwertgefühl“ und „Externale Kontrollüberzeugung“ beobachtet werden. Die hierarchische Struktur der Daten wird für beide Variablen in den weiterführenden Analysen berücksichtigt.

11.1 Effekte der Intervention

Theoretisch wurde davon ausgegangen, dass die Teilnahme an dem Gruppenangebot Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. zu einer verbesserten Bedürfnisbefriedigung und somit zu mehr Wohlbefinden und Symptomreduktionen (in der Depressivität) führt. Um diese Annahmen statistisch zu prüfen, wurde ein quasi-experimentelles Studiendesign mit einer Prä-, Post-, Follow-up-Datenerhebung entwickelt. Die Interventionsgruppe erhielt die beschriebene Gruppenintervention. Die Kontrollgruppe durchlief keine zusätzliche Behandlung (TAU - treatment as usual).

Um zu untersuchen, inwiefern sich die erhobenen abhängigen Variablen (personale Ressourcen siehe Abbildung 7, S. 127) zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe und über die drei Messzeitpunkte (Prä-, Post-, Follow-up) unterscheiden, werden im Folgenden zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung gerechnet. Wie bereits in Kapitel 0 „Intracusterkorrelationskoeffizient (ICC)“ dargestellt, weist der Datensatz eine hierarchische Struktur auf. Die Berechnungen der ICC ergaben für mehrere der untersuchten Variablen erhöhte Werte ($> .05$). Eindeutige Ergebnisse konnten jedoch lediglich für zwei der Variablen beobachtet werden. Die hierarchische Datenstruktur wird somit für die Variablen „Selbstwertgefühl“ und „Externale Kontrollüberzeugung“ im Modell berücksichtigt. Aufgrund dessen werden neben den herkömmlichen zweifaktoriellen ANOVAs auch geschachtelte ANOVAs (nested ANOVA) gerechnet, bei denen der Faktor „Einrichtung“ als weiterer benutzerdefinierter Term aufgenommen wird. Diese Analysemethode bietet die Möglichkeit zu untersuchen, in welchem Ausmaß die gefundenen Effekte von der Einrichtung (Ebene 1) abhängen, in der die Intervention wahrgenommen wurde.

Im ersten Schritt sollen die Variablen „Selbstwertgefühl“, „Internale und Externale Kontrollüberzeugungen“, „Positive und Negative Emotionen“ und „Liebesfähigkeit“ untersucht werden, die in dieser Arbeit kongruent zu den vier Grundbedürfnissen nach Grawe gesehen und erhoben wurden (siehe Abbildung 7, S. 127). Im Anschluss werden weiterhin die Wohlbefindens-Variablen als auch die Symptomschwere (Depressivität) analysiert. Aufgrund der guten Passung des Konstrukts „Selbstfürsorge“ zu den angestrebten Veränderungen wird auch diese personale Ressource im Rahmen zweifaktorieller Varianzanalysen mit Messwiederholungen geprüft.

11.1.1 Veränderung des Selbstwertgefühls

Hypothese zum Bedürfnis nach Selbsterhöhung und Selbstwertschutz

H_{1.1}: Die Teilnahme an dem Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. führt zu einem verbesserten *Selbstwertgefühl*. Proband*innen, die an dem R.A.P. teilnehmen, zeigen verbesserte Werte über die Messzeitpunkte und im Vergleich zur Kontrollgruppe auf.

Hypothetisch wurde angenommen, dass sich mit der Teilnahme am Gruppenprogramm das Selbstwertgefühl der Teilnehmenden verbessert. Die nachfolgende Tabelle 29 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen zur Variable „Selbstwertgefühl“. Tabelle 30 gibt Aufschluss über die Kennwerte der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung.

Tabelle 29: Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable „Selbstwertgefühl“ getrennt für die Gruppen (IG und KG) und die drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3)

VARIABLE	Zeit	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
		<i>n</i> = 127		<i>n</i> = 136	
Selbstwertgefühl	T1	2.66	0.70	2.74	0.66
	T2	2.85	0.65	2.76	0.63
	T3	2.82	0.66	2.79	0.61

Anmerkungen: T = Messzeitpunkt; T1 = Vor der Intervention; T2 = Nach der Intervention; T3 = Viermonatige Follow-up-Messung; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *n* = Stichprobengröße; Mittelwerte und Standardabweichungen beziehen sich auf die Werte ohne Verschachtelung.

Tabelle 30: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zur Überprüfung der Veränderung der Variable „Selbstwertgefühl“

VARIABLE	<i>df</i> -Werte		<i>F</i> -Wert	Haupteffekt Zeit	Interaktions effekt Zeit x Gr.		geschachtelte ANOVA Interaktion Zeit x Gr.	
	Gr. x Zeit	Fehler(Zeit)		<i>p</i> -Wert	<i>p</i> -Wert	η^2_p	<i>p</i> -Wert	η^2_p
Selbstwertgefühl	2.00	522	5.59	.000***	.004**	.021	.040*	.014

Anmerkungen: *df* = Freiheitsgrade; *F*-Wert = Wert der *F*-Statistik; Gr. = Gruppe; *p*-Wert = Signifikanz; η^2_p = Partielles Eta-Quadrat (Effektstärke); * = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** $p < .001$

Aufgrund des relativ hohen ICC von $\hat{\rho} = .116$ (siehe Tabelle 28) bedarf es bei der Berechnung der Mittelwertsunterschiede in der Variable „Selbstwertgefühl“ einer „geschachtelten ANOVA“. Hierbei wird die Ebene 2 (Einrichtung) als benutzerdefinierter Term mit in die Analyse aufgenommen. Um die Ergebnisse miteinander zu vergleichen, werden sowohl die Werte der geschachtelten als auch der

ungeschachtelten ANOVA angegeben. Die herkömmliche ungeschachtelte ANOVA mit Messwiederholung (Sphärizität angenommen) zeigt eine statistisch signifikant unterschiedliche Veränderung des Selbstwertgefühls über die Zeit zwischen den beiden Gruppen ($F(2, 522) = 5.59, p = .004, \eta^2_p = .021$). Dieser Effekt kann auch für die geschachtelte ANOVA, wenn auch etwas geringer, beobachtet werden ($F(2, 466) = 3.25, p = .040, \eta^2_p = .014$).

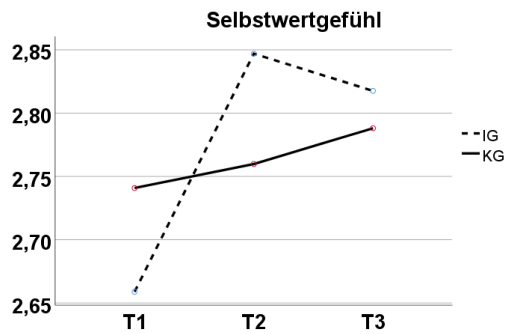


Abbildung 11: Mittelwertsverläufe des Selbstwertgefühls der beiden Gruppen IG (Interventionsgruppe) und KG (Kontrollgruppe) über die drei Messzeitpunkte (T1: Vor der Intervention; T2: Nach der Intervention; T3: Follow-up nach vier Monaten).

Die Abbildung 11 verdeutlicht die Veränderungen des Selbstwertgefühls. Zu Beginn der Intervention weisen die Proband*innen der Interventionsgruppe ein niedrigeres Selbstwertgefühl auf als die Teilnehmenden der Kontrollgruppe. Dieser Unterschied hebt sich nach der Teilnahme am R.A.P. (T2) auf. Die Interventionsgruppe zeigt zum zweiten Messzeitpunkt (T2) signifikant höhere Werte als die Kontrollgruppe, wobei auch bei der Kontrollgruppe höhere Werte als zum ersten Messzeitpunkt (T1) ersichtlich sind. Zum Follow-up-Zeitpunkt (T3) nehmen die Werte in der Interventionsgruppe im Vergleich zum Zeitpunkt direkt nach der Intervention (T2) etwas ab. Die Kontrollgruppe steigt weiter geringfügig an. Die Werte der Kontrollgruppe liegen dennoch unter den Werten der Interventionsgruppe. Allgemein kann festgehalten werden, dass sich die Werte der Interventionsgruppe deutlich verbesserten, insbesondere vom ersten bis zum zweiten Messzeitpunkt (T1-T2). Die Veränderungen in der Kontrollgruppe fallen insgesamt geringer, jedoch ebenfalls positiv, aus.

Um weitere Erkenntnisse darüber zu erhalten, zwischen welchen Messzeitpunkten die signifikanten Unterschiede bestehen, werden für jede Gruppe (IG und KG) separat Post-hoc-Analysen durchgeführt (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31: Post-hoc-Analyse zu der Variable „Selbstwertgefühl“

VARIABLE	T1 ↔ T2		T1 ↔ T3		T2 ↔ T3	
	IG Dif.-Wert	KG Dif.-Wert	IG Dif.-Wert	KG Dif.-Wert	IG Dif.-Wert	KG Dif.-Wert
Selbstwertgefühl	0.19*	0.02	0.16*	0.05	-0.03	0.03

Anmerkungen: T = Messzeitpunkt; IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; Dif.-Wert = Mittelwertsunterschiede zwischen den Messzeitpunkten; * = $p < .017$ (Signifikanzwert nach Bonferroni-Korrektur).

Es wird deutlich, dass die Veränderungen ausschließlich in der Interventionsgruppe statistisch signifikant werden. Zwischen dem zweiten und dritten Messzeitpunkt (T2-T3) ist ein leichtes Absinken des Selbstwertgefühls zu beobachten. Die Veränderungen in der Kontrollgruppe werden nicht statistisch signifikant. Zudem sind die Veränderungen in der Kontrollgruppe deutlich geringer als in der Interventionsgruppe. Der Bonferroni-korrigierte Post-hoc-Test zeigt einen statistisch signifikanten Unterschied in der Interventionsgruppe zwischen den Messzeitpunkten T1 und T2 (0.19, 95 % CI [0.09, 0.29], $p < .001$) sowie T1 und T3 (0.16, 95 % CI [0.07, 0.25], $p < .001$).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Ergebnisse für eine positive Veränderung des Selbstwertgefühls bei Teilnehmenden des Gruppenprogramms im Vergleich zu Nichtteilnehmenden sprechen. Proband*innen der Interventionsgruppe haben sowohl direkt nach dem Training als auch nach vier Monaten (Follow-up-Erhebung) ein signifikant höheres Selbstwertgefühl als vor der Teilnahme an dem Programm sowie im Vergleich zu Proband*innen, die nicht an dem Programm teilnahmen.

11.1.2 Veränderung der internalen und externalen Kontrollüberzeugung

Hypothese zum Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle

H_{1.2}: Durch die Teilnahme an dem Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. wird die *internale Kontrollüberzeugung* verbessert und die *externale Kontrollüberzeugung* vermindert. Proband*innen, die an dem R.A.P. teilnehmen, zeigen verbesserte Werte über die Messzeitpunkte und im Vergleich zur Kontrollgruppe auf.

Theoretisch wurde somit eine Zunahme der „Internalen Kontrollüberzeugungen“ sowie eine Abnahme der „Externalen Kontrollüberzeugungen“ erwartet. Die nachfolgende Tabelle 32 gibt Aufschluss über die Mittelwerte und Standardabweichungen getrennt für die Gruppen (IG und KG) und die drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3). Tabelle 33 zeigt weiterhin die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung für die untersuchten Variablen.

Tabelle 32: Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen „Internale Kontrollüberzeugung“ und „Externale Kontrollüberzeugung“ getrennt für die Gruppen (IG und KG) und die drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3)

VARIABLE	Zeit	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
		<i>n</i> = 128		<i>n</i> = 131	
Internale Kontrollüberzeugung	T1	4.40	0.82	4.41	0.86
	T2	4.54	0.83	4.42	0.78
	T3	4.52	0.74	4.44	0.80
		<i>n</i> = 125		<i>n</i> = 129	
Externale Kontrollüberzeugung	T1	3.39	1.05	3.43	0.97
	T2	3.30	0.94	3.45	1.02
	T3	3.37	1.00	3.41	0.96

Anmerkungen: T = Messzeitpunkt; T1 = Vor der Intervention; T2 = Nach der Intervention; T3 = Viermonatige Follow-up-Messung; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *n* = Stichprobengröße; Mittelwerte und Standardabweichungen beziehen sich auf die Werte ohne Verschachtelung.

Tabelle 33: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zur Überprüfung der Veränderung der Variablen „Internale Kontrollüberzeugung“ und „Externale Kontrollüberzeugung“

VARIABLE	df-Werte		F-Wert	Haupteffekt	Interaktions		geschachtelte ANOVA	
	Gr. x Zeit	Fehler(Zeit)		Zeit	Zeit x Gr.		Interaktion	
				p-Wert	p-Wert	η^2_p	p-Wert	η^2_p
Internale Kontrollüberzeugung ¹	1.95	501.05	1.39	.066°	.251	.005	--	--
Externale Kontrollüberzeugung ²	1.92	482.77	0.70	.780	.494	.003	.943	.000

Anmerkungen: df = Freiheitsgrade; F-Wert = Wert der F-Statistik; Gr. = Gruppe; p-Wert = Signifikanz; η^2_p = Partielles Eta-Quadrat (Effektstärke); ¹ = Huynh-Feldt Anpassung, Sphärizität $p = .008$; ² = Huynh-Feldt Anpassung, Sphärizität $p = .001$; ° = $p < .10$.

Die zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung mit Huynh-Feldt Anpassung (Sphärizität $p = .002$) zeigt keinen statistisch signifikanten Interaktionseffekt für die Variable „Internale Kontrollüberzeugung“ zwischen den Gruppen und innerhalb der Messzeitpunkte ($F(1.95, 501.05) = 1.39, p = .251, \eta^2_p = .005$).

Die Variable „Externale Kontrollüberzeugung“ weist einen relativ hohen ICC von $\hat{p} = .146$ (siehe Tabelle 28) auf. Die Abhängigkeit der Werte innerhalb einer Einrichtung dürfen deshalb nicht vernachlässigt werden. Um die hierarchische Struktur der Daten bei der Berechnung der zweifaktoriellen ANOVA mit Messwiederholung abzubilden, wird, genauso wie bei der Variable „Selbstwertgefühl“ (siehe S. 322), eine geschachtelte ANOVA durchgeführt. Es werden sowohl die Ergebnisse der geschachtelten als auch der ungeschachtelten ANOVA angegeben.

Der Interaktionseffekt der Variable „Externale Kontrollüberzeugung“ wurde bei der Berechnung einer herkömmlichen ungeschachtelten zweifaktoriellen ANOVA mit Messwiederholung mit Huynh-Feldt Anpassung (Sphärizität $p = .001$) nicht signifikant ($F(1.92, 482.77) = 0.70, p = .494, \eta^2_p = .003$). Die Ergebnisse der geschachtelten ANOVA bestätigen dieses Ergebnis. Auch hier ist kein statistisch signifikanter Effekt zu beobachten. Die Effekte fallen bei der geschachtelten ANOVA zudem deutlich geringer aus ($F(2, 448) = .058, p = .943, \eta^2_p = .000$).

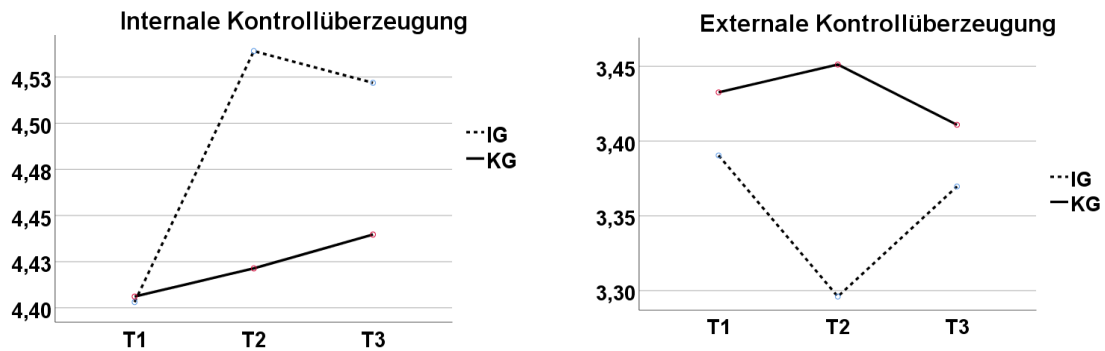


Abbildung 12: Mittelwertsverläufe der internalen und externen Kontrollüberzeugung der beiden Gruppen IG (Interventionsgruppe) und KG (Kontrollgruppe) über die drei Messzeitpunkte (T1: Vor der Intervention; T2: Nach der Intervention; T3: Follow-up nach vier Monaten)

Die Abbildung 12 zeigt den Verlauf der internalen und externen Kontrollüberzeugung zwischen den beiden Gruppen und über die drei Messzeitpunkte. Während die Werte in der Variable „Internale Kontrollüberzeugung“ bei der Kontrollgruppe etwas ansteigen, jedoch überwiegend konstant über die Messzeitpunkte bleiben, steigen diese in der Interventionsgruppe bis zum Zeitpunkt nach der Intervention deutlich an. Zum dritten Messzeitpunkt fallen die Werte leicht ab, sind jedoch immer noch deutlich höher als zum ersten Messzeitpunkt und auch im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Die Variable „Externale Kontrollüberzeugung“ verändert sich in der Interventions- und Kontrollgruppe unterschiedlich. Während sie in der Interventionsgruppe nach Beendigung der Intervention abgenommen hat, ist in der Kontrollgruppe eine geringfügige Zunahme zu beobachten. Zum Follow-up-Zeitpunkt (T3) hat sich die positive Veränderung in der Interventionsgruppe zurückgebildet, wobei trotzdem bessere Werte als zu Beginn der Intervention (T1) festzustellen sind. Die Werte in der Kontrollgruppe fallen vom zweiten (T2) bis zum dritten (T3) Messzeitpunkt etwas ab. Am Ende der Untersuchung (T3) können in der Kontrollgruppe etwas niedrigere Werte in der Variable „Externale Kontrollüberzeugung“ gefunden werden als zu Beginn der Studie (T1).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass auf Basis dieser Daten keine statistisch signifikanten Ergebnisse generiert werden konnten. Die externalen und internalen Kontrollüberzeugungen haben sich zwischen den Gruppen (IG und KG) und über die drei Messzeitpunkte nicht bedeutsam verändert.

11.1.3 Veränderung der positiven und negativen Affektivität

Hypothese zum Bedürfnis nach Lustgewinnung und Unlustvermeidung

H_{1.3}: Die Teilnahme an dem Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. führt dazu, mehr *positive* und weniger *negative Emotionen* zu erleben. Proband*innen, die an dem R.A.P. teilnehmen, zeigen verbesserte Werte über die Messzeitpunkte und im Vergleich zur Kontrollgruppe auf.

Auch in diesen Variablen wurde eine gegensätzliche Entwicklung erwartet. Während die Werte in der Variable „Positive Emotionen“ steigen sollten, wurde für die Variable „Negative Emotionen“ ein Rückgang der Werte in der Interventionsgruppe erwartet. Tabelle 34 und Tabelle 35 verdeutlichen sowohl die Mittelwerte und Standardabweichungen zwischen den Gruppen (IG und KG) und über die drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3) als auch die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse.

Tabelle 34: Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen „Positiver Affekt“ und „Negativer Affekt“ getrennt für die Gruppen (IG und KG) und die drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3)

VARIABLE	Zeit	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
		<i>n</i> = 128		<i>n</i> = 134	
Positiver Affekt	T1	2.74	0.76	2.77	0.75
	T2	2.96	0.76	2.75	0.73
	T3	2.90	0.79	2.86	0.75
		<i>n</i> = 129		<i>n</i> = 135	
Negativer Affekt	T1	2.62	0.88	2.47	0.85
	T2	2.38	0.85	2.39	0.80
	T3	2.46	0.86	2.37	0.80

Anmerkungen: T = Messzeitpunkt; T1 = Vor der Intervention; T2 = Nach der Intervention; T3 = Viermonatige Follow-up-Messung; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *n* = Stichprobengröße.

Tabelle 35: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zur Überprüfung der Veränderungen der Variablen „Positiver Affekt“ und „Negativer Affekt“

VARIABLE	df-Werte		F-Wert	Haupteffekt Zeit	Interaktions effekt Zeit x Gr.	
	Gr. x Zeit	Fehler(Zeit)		p-Wert	p-Wert	η^2_p
Positiver Affekt	2.00	520	4.63	.003**	.010*	.017
Negativer Affekt	2.00	524	1.64	.001**	.196	.006

Anmerkungen: *df* = Freiheitsgrade; *F*-Wert = Wert der *F*-Statistik; Gr. = Gruppe; *p*-Wert = Signifikanz; η^2_p = Partielles Eta-Quadrat (Effektstärke); * = $p < .05$, ** = $p < .01$.

Die zweifaktorielle Varianzanalyse zeigt einen statistisch signifikanten Interaktionseffekt für die Variable „Positiver Affekt“ ($F(2.00, 520) = 4.63, p = .010, \eta^2_p = .017$). Für die Variable „Negativer Affekt“ kann kein statistisch bedeutsamer Effekt nachgewiesen werden ($F(2.00, 524) = 1.64, p = .196, \eta^2_p = .006$).

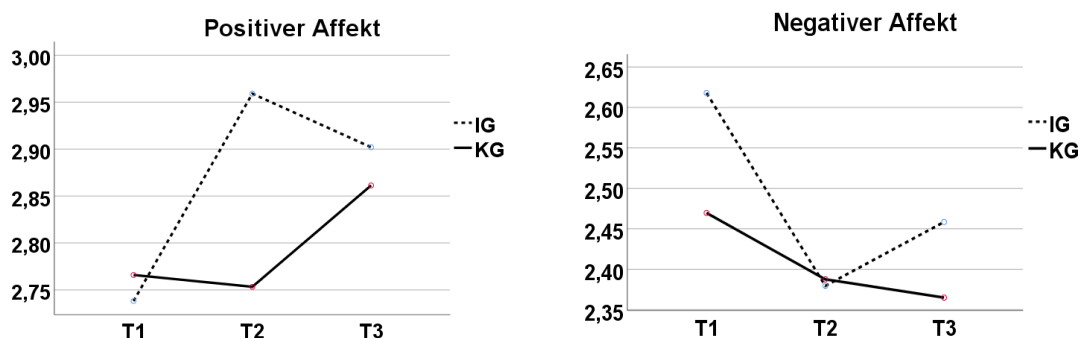


Abbildung 13: Mittelwertverläufe des positiven und negativen Affekts der beiden Gruppen IG (Interventionsgruppe) und KG (Kontrollgruppe) über die drei Messzeitpunkte (T1: Vor der Intervention; T2: Nach der Intervention; T3: Follow-up nach vier Monaten)

Die Abbildung 13 verdeutlicht dieses Ergebnis. Proband*innen der Interventionsgruppe erleben zu Beginn der Studie (T1) geringfügig weniger positive Emotionen als Proband*innen der Kontrollgruppe. Nach Beendigung der Intervention (T2) ist ein statistisch signifikanter Anstieg zu beobachten, der bis zum Follow-up-Zeitpunkt (T3) wieder etwas absinkt, jedoch höher ist als zu Beginn der Intervention (T1). Die Kontrollgruppe hingegen erlebt zum zweiten Messzeitpunkt (T2) einen geringen Abfall positiver Emotionen, zum Follow-up-Zeitpunkt (T3) jedoch einen Anstieg.

Wenngleich sich die Werte zum dritten Messzeitpunkt (T3) zwischen Interventions- und Kontrollgruppe annähern, ist insbesondere direkt nach der Intervention (T2) ein eindeutiger Unterschied zu erkennen, der dafürspricht, dass explizit die Interventionsgruppe einen Anstieg im Erleben positiver Emotionen verzeichnet. Dies bestätigt auch die statistisch signifikante Interaktion zwischen dem Gruppen- und Messwiederholungsfaktor.

Die Analysen zum negativen Affekt zeigen auf, dass die Interventionsgruppe zu Beginn der Intervention (T1) unter mehr negativen Emotionen leidet als die Kontrollgruppe. Dieser Unterschied hebt sich zum zweiten Messzeitpunkt (T2) auf. Proband*innen der Interventionsgruppe erleben im Laufe des Trainings einen größeren Abfall negativer Emotionen als die Kontrollgruppe. Zum viermonatigen Follow-up-Zeitpunkt (T3) ist ein Anstieg negativer Emotionen in der Interventionsgruppe zu beobachten. Die Kontrollgruppe erlebt weiterhin eine geringe Abnahme negativer Emotionen bis zum dritten Messzeitpunkt (T3).

Auch wenn die Kontrollgruppe zum dritten Messzeitpunkt (T3) weniger negative Emotionen aufzeigt als die Interventionsgruppe, ist, wenn auch nicht statistisch signifikant, eine Abnahme negativer Emotionen im Verlauf der Teilnahme an dem Gruppenprogramm R.A.P. zu erkennen.

Zwischen welchen Messzeitpunkten die bedeutsamen Veränderungen in der Variable „Positiver Affekt“ konkret stattfanden, zeigen die Post-hoc-Analysen in Tabelle 36.

Tabelle 36: Post-hoc-Analyse zu der Variable „Positiver Affekt“

VARIABLE	T1 ↔ T2		T1 ↔ T3		T2 ↔ T3	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	Dif.-Wert	Dif.-Wert	Dif.-Wert	Dif.-Wert	Dif.-Wert	Dif.-Wert
Positiver Affekt	0.22*	-0.01	0.16*	0.10	-0.06	0.11

Anmerkungen: T = Messzeitpunkt; IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; Dif.-Wert = Mittelwertsunterschiede zwischen den Messzeitpunkten; * = $p < .017$ (Signifikanzwert nach Bonferroni-Anpassung).

Die gruppeninternen Post-hoc-Analysen (ANOVA mit drei Messwiederholungen) verdeutlichen die statistisch signifikanten Veränderungen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Während die Veränderungen der Interventionsgruppe vom ersten bis zum zweiten Messzeitpunkt (T1-T2) (0.22, 95 % CI [0.08, 0.36], $p = .001$) als auch vom ersten bis zum dritten Messzeitpunkt (T1-T3) (0.16, 95 % CI [0.02, 0.30], $p = .016$) statistisch signifikant werden, sind in der Kontrollgruppe keine signifikanten Veränderungen in keinem der Vergleiche zu beobachten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass für die Variable „Positive Emotionen“ ein statistisch bedeutsamer Interaktionseffekt zu beobachten ist. Die Werte der Interventionsgruppe entwickeln sich im Vergleich zur Kontrollgruppe und über die drei Messzeitpunkte signifikant positiv. Ein statistisch bedeutsamer Rückgang negativer Emotionen ist nicht erkennbar.

11.1.4 Veränderung des positiven zwischenmenschlichen Kontakts

Hypothese zum Bedürfnis nach sozialer Bindung

H_{1.4}: Proband*innen, die an dem Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. teilnehmen, können mehr „Liebesfähigkeit“ (Becker, 1989) zeigen und praktizieren. Sie zeigen verbesserte Werte über die Messzeitpunkte und im Vergleich zur Kontrollgruppe auf.

Theoretisch wurde eine Steigerung der Liebesfähigkeit durch die Teilnahme am R.A.P. erwartet. Tabelle 37 und Tabelle 38 zeigen die Mittelwerte und Standardabweichungen über alle Messzeitpunkte sowie die ermittelten Kennwerte der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung.

Tabelle 37: Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable „Liebesfähigkeit“ getrennt für die Gruppen (IG und KG) und die drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3)

VARIABLE	Zeit	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
		<i>n</i> = 131		<i>n</i> = 136	
Liebesfähigkeit	T1	2.93	0.44	2.85	0.40
	T2	2.92	0.44	2.81	0.39
	T3	2.94	0.44	2.83	0.40

Anmerkungen: T = Messzeitpunkt; T1 = Vor der Intervention; T2 = Nach der Intervention; T3 = Viermonatige Follow-up-Messung; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *n* = Stichprobengröße.

Tabelle 38: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zur Überprüfung der Veränderung der Variable „Liebesfähigkeit“

VARIABLE	<i>df</i> -Werte		<i>F</i> -Wert	Haupteffekt	Interaktions	
	Gr. x Zeit	Fehler(Zeit)		Zeit	Zeit x Gr.	
				<i>p</i> -Wert	<i>p</i> -Wert	η^2_p
Liebesfähigkeit	2.00	530	0.36	.362	.696	.001

Anmerkungen: *df* = Freiheitsgrade; *F*-Wert = Wert der *F*-Statistik; Gr. = Gruppe; *p*-Wert = Signifikanz; η^2_p = Partielles Eta-Quadrat (Effektstärke).

Im Rahmen der Hypothesen wurde davon ausgegangen, dass die Teilnahme an der Gruppenintervention zu einer Verbesserung der Liebesfähigkeit (gemessen mit der Subskala „Liebesfähigkeit“ des Trierer Persönlichkeitsinventars nach Becker, 1989) führt. Es zeigt sich keine statistisch signifikante Interaktion ($F(2.00, 530) = 0.36, p = .696, \eta^2_p = .001$).

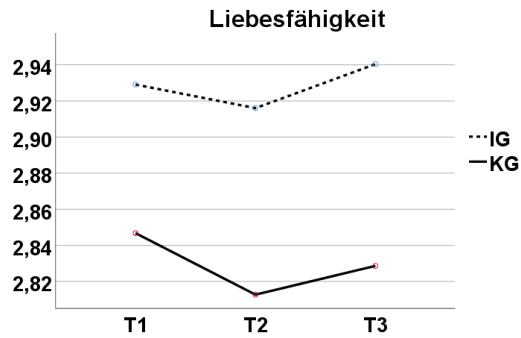


Abbildung 14: Mittelwertsverläufe der Liebesfähigkeit der beiden Gruppen IG (Interventionsgruppe) und KG (Kontrollgruppe) (KG) über die drei Messzeitpunkte (T1: Vor der Intervention; T2: Nach der Intervention; T3: Follow-up nach vier Monaten)

Abbildung 14 zeigt die Mittelwertsverläufe beider Gruppen (IG und KG) über die drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3). Die Interventionsgruppe beginnt mit einem höheren Wert in der Variable „Liebesfähigkeit“ als die Kontrollgruppe. Die Verläufe der beiden Gruppen (IG und KG) sind relativ ähnlich. Zum zweiten Messzeitpunkt (T2) sinkt die Liebesfähigkeit etwas und steigt zum dritten Messzeitpunkt (T3) wieder an.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Liebesfähigkeit durch die Teilnahme am R.A.P. nicht bedeutsam verändert. Es kann kein statistisch signifikanter Interaktionseffekt beobachtet werden.

11.1.5 Veränderung des Wohlbefindens

Hypothese zur Wohlbefindensveränderung

H_{1.5}: Die Teilnahme am Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. führt zu einem verbesserten *Wohlbefinden* im *emotionalen, kognitiven* und *körperlichen* Bereich. Proband*innen, die an dem R.A.P. teilnehmen, zeigen verbesserte Werte über die Messzeitpunkte und im Vergleich zur Kontrollgruppe auf.

Hypothetisch wurde in allen drei Variablen ein Anstieg der Werte erwartet. Die Variablen „Kognitives Wohlbefinden“ und „Emotionales Wohlbefinden“ werden als Subskalen der übergeordneten Skala „Habituell subjektive Wohlbefindensskala (HSWBS)“ (Dalbert, 2003) gemessen. Das „Körperliche Wohlbefinden“ wurde mit einer separaten Skala „FEW 16“ (Kolip & Schmidt, 1999) erhoben. Diese Skala weist ebenfalls vier Subskalen auf („Innere Ruhe“, „Belastbarkeit“, „Vitalität“, „Genussfähigkeit“).

Kognitives und Emotionales Wohlbefinden

Tabelle 39 und Tabelle 40 zeigen die Mittelwerte und Standardabweichungen der beiden Gruppen (IG und KG) getrennt für die drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3) sowie die ermittelten Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Variable „Habituell subjektives Wohlbefinden (gesamt)“ und deren Subskalen „Kognitives Wohlbefinden“ und „Emotionales Wohlbefinden“.

Tabelle 39: Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable „Habituell subjektives Wohlbefinden (gesamt)“ und deren Subskalen „Kognitives Wohlbefinden“ und „Emotionales Wohlbefinden“ getrennt für die Gruppen (IG und KG) und die drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3)

VARIABLE	Zeit	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
		M	SD	M	SD
		n = 128		n = 137	
Habituell subjektives Wohlbefinden (gesamt)	T1	3.32	1.26	3.35	1.10
	T2	3.63	1.16	3.35	1.14
	T3	3.62	1.16	3.45	1.09
Subskalen des Habituell subjektiven Wohlbefindens (gesamt)					
		n = 121		n = 127	
Kognitives Wohlbefinden	T1	3.51	1.33	3.54	1.19
	T2	3.90	1.22	3.55	1.24
	T3	3.87	1.24	3.66	1.21
		n = 122		n = 131	
Emotionales Wohlbefinden	T1	3.03	1.26	3.07	1.10
	T2	3.32	1.19	3.11	1.14
	T3	3.30	1.16	3.20	1.10

Anmerkungen: T = Messzeitpunkt; T1 = Vor der Intervention; T2 = Nach der Intervention; T3 = Viermonatige Follow-up-Messung; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; n = Stichprobengröße.

Tabelle 40: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zur Überprüfung der Veränderungen der Variable „Habituell subjektives Wohlbefinden (gesamt)“ und deren Subskalen „Kognitives Wohlbefinden“ und „Emotionales Wohlbefinden“

VARIABLE	df-Werte		F-Wert	Haupteffekt Zeit	Interaktionseffekt Zeit x Gr.	
	Gr. x Zeit	Fehler (Zeit)		p-Wert	p-Wert	η^2_p
Habituell subjektives Wohlbefinden (gesamt)	2.00	526	6.37	.000***	.002**	.024
Subskalen des Habituell subjektiven Wohlbefindens (gesamt)						
Kognitives Wohlbefinden	2.00	492	7.40	.000***	.001**	.029
Emotionales Wohlbefinden	2.00	502	3.41	.000***	.034*	.013

Anmerkungen: df = Freiheitsgrade; F-Wert = Wert der F-Statistik; Gr. = Gruppe; p-Wert = Signifikanz; η^2_p = Partielles Eta-Quadrat (Effektstärke); * = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .001$.

Die zweifaktorielle ANOVA zeigt für alle drei untersuchten Variablen einen statistisch signifikanten Interaktionseffekt. Sowohl die übergeordnete Skala „Habituell subjektives Wohlbefinden (gesamt)“ ($F(2.00, 526) = 6.37, p = .002, \eta^2_p = .024$)

als auch die Subskala „Kognitives Wohlbefinden“ ($F(2.00, 492) = 7.40, p = .001, \eta^2_p = .029$) zeigen einen sehr signifikanten Effekt.

Die Subskala „Emotionales Wohlbefinden“ zeigt eine signifikante Interaktion zwischen Gruppe und Zeit ($F(2.00, 502) = 3.41, p = .034, \eta^2_p = .013$).

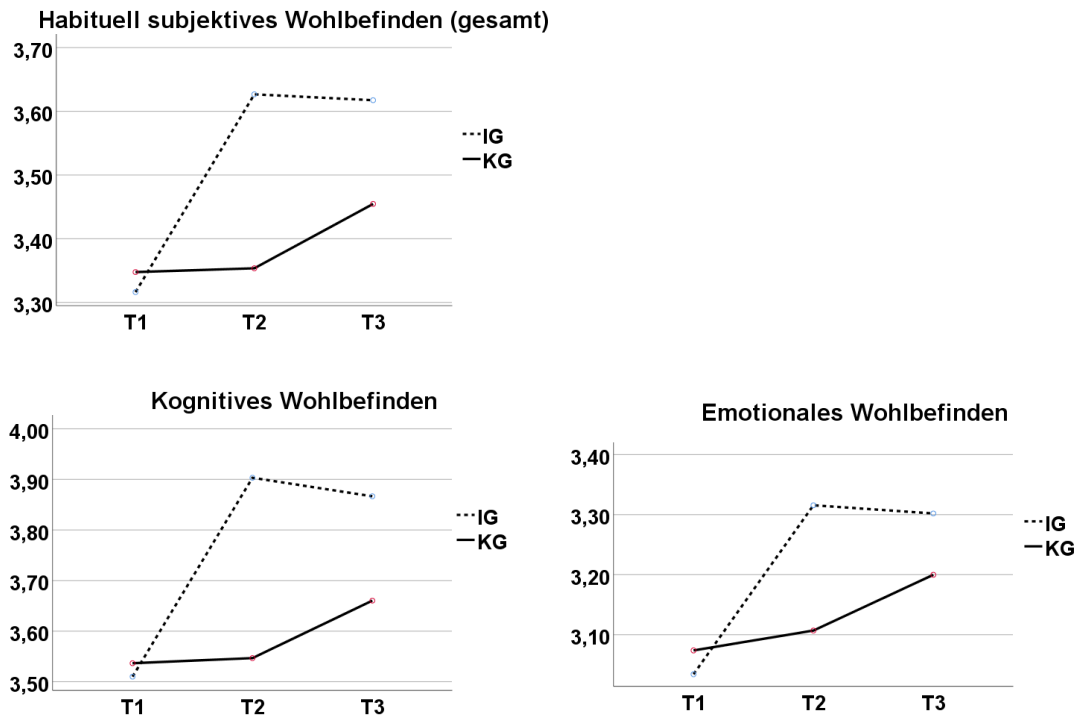


Abbildung 15: Mittelwertverläufe des habituell subjektiven Wohlbefindens (gesamt) und dessen Subskalen „Kognitives Wohlbefinden“ und „Emotionales Wohlbefinden“ der beiden Gruppen IG (Interventionsgruppe) und KG (Kontrollgruppe) über die drei Messzeitpunkte (T1: Vor der Intervention; T2: Nach der Intervention; T3: Follow-up nach vier Monaten)

Abbildung 15 zeigt die Mittelwertverläufe der übergeordneten Skala „Habituell subjektives Wohlbefinden (gesamt)“ sowie die Verläufe der Subskalen „Kognitives Wohlbefinden“ und „Emotionales Wohlbefinden“.

Für die übergeordnete Skala „Habituell subjektives Wohlbefinden“ ist zu beobachten, dass die Werte der Interventionsgruppe zu Beginn der Studie (T1) mit den Werten der Kontrollgruppe vergleichbar sind. Zum zweiten Messzeitpunkt (T2) steigen die Werte der Interventionsgruppe jedoch deutlich an, die der Kontrollgruppe bleiben weitestgehend konstant. Bis zum Follow-up-Zeitpunkt (T3) fallen die Werte der Interventionsgruppe leicht ab. Die Werte der Kontrollgruppe nehmen hingegen zu. Zum dritten Messzeitpunkt (T3) ist dennoch deutlich zu erkennen, dass die Interventionsgruppe höhere Werte aufzeigt als die Kontrollgruppe. Es zeigt sich insgesamt ein statistisch signifikanter Interaktionseffekt.

Das kognitive Wohlbefinden steigt mit der Teilnahme an der Intervention bis direkt nach Beendigung der Intervention (T2) an und kann bis zum Follow-up-Zeit-

punkt (T3) konstant gehalten werden, wenn auch ein geringer Abfall zu beobachten ist. Die Werte der Kontrollgruppe nehmen insbesondere vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt (T2-T3) zu.

Das emotionale Wohlbefinden steigt ebenfalls bis zum zweiten Messzeitpunkt (T2) an und kann sich, mit geringem Abfall, bis nach vier Monaten (Follow-up, T3) konstant halten. Bei der Kontrollgruppe ist ebenfalls ein Anstieg zu beobachten, der jedoch im Vergleich zur Interventionsgruppe geringer ausfällt. Auch diese Interaktion ist statistisch signifikant.

Tabelle 41 gibt Aufschluss über die Post-hoc-Analysen, die konkret Aufschluss darüber geben, zwischen welchen Messzeitpunkten bedeutsame Veränderungen stattfanden.

Tabelle 41: Post-hoc-Analyse zu der Variable „Habituell subjektives Wohlbefinden (gesamt)“ und deren Subskalen „Kognitives Wohlbefinden“ und „Emotionales Wohlbefinden“

VARIABLE	T1 ↔ T2		T1 ↔ T3		T2 ↔ T3	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	Dif.-Wert	Dif.-Wert	Dif.-Wert	Dif.-Wert	Dif.-Wert	Dif.-Wert
Habituell subjektives Wohlbefinden	0.31*	0.01	0.30*	0.11	-0.01	0.10
Subskalen des Habituell subjektiven Wohlbefindens (gesamt)						
Kognitives Wohlbefinden	0.39*	0.01	0.36*	0.12	-0.04	0.11
Emotionales Wohlbefinden	0.28*	0.03	0.27*	0.13	-0.01	0.09

Anmerkungen: T = Messzeitpunkt; IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; Dif.-Wert = Mittelwertsunterschiede zwischen den Messzeitpunkten; * = $p < .017$ (Signifikanzwert nach Bonferroni-Anpassung).

Die Post-hoc-Analysen zum „Habituell subjektiven Wohlbefinden (gesamt)“ (0.31, 95 % CI [0.15, 0.47], $p < .001$) und den Subskalen „Kognitives Wohlbefinden“ (0.39, 95 % CI [0.21, 0.57], $p < .001$) und „Emotionales Wohlbefinden“ (0.28, 95 % CI [0.10, 0.41], $p = .001$) zeigen sowohl für den Interventionszeitraum (T1-T2) als auch in dem gesamten Studienzeitraum (T1-T3) eine signifikante Veränderung in der Interventionsgruppe. Diese statistisch bedeutsamen Effekte sind für alle Variablen auch im gesamten Studienzeitraum (T1-T3) zu erkennen, „Habituell subjektives Wohlbefinden (gesamt)“ (0.30, 95 % CI [0.13, 0.47], $p < .001$); „Kognitives Wohlbefinden“ (0.36, 95 % CI [0.16, 0.55], $p < .001$) und „Emotionales Wohlbefinden“ (0.27, 95 % CI [0.09, 0.45], $p = .002$). Für die Kontrollgruppe kann

keine bedeutsame Veränderung im Interventionszeitraum (T1-T2) und im gesamten Studienzeitraum (T1-T3) festgestellt werden. Dies gilt auch für den Follow-up-Zeitraum (T2-T3).

Körperliches Wohlbefinden

Im Folgenden wird die übergeordnete Skala „Körperliches Wohlbefinden“ und die dazugehörigen Subskalen „Belastbarkeit“, „Innere Ruhe“, „Vitalität“ und „Genussfähigkeit“ hinsichtlich potenzieller Veränderungen untersucht. Tabelle 42 gibt Aufschluss über die Mittelwerte und Standardabweichungen getrennt für die Gruppen (IG und KG) und den jeweiligen Messzeitpunkten (T1, T2, T3). Tabelle 43 zeigt weiterhin die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung.

Tabelle 42: Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable „Körperliches Wohlbefinden (gesamt)“ und deren Subskalen „Belastbarkeit“, „Vitalität“, „Genussfähigkeit“ und „Innere Ruhe“ getrennt für die Gruppen (IG und KG) und die drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3)

VARIABLE	Zeit	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
		<i>n</i> = 129		<i>n</i> = 132	
Körperliches Wohlbefinden (gesamt)	T1	3.23	1.09	3.31	1.03
	T2	3.48	1.15	3.35	1.01
	T3	3.47	1.13	3.43	1.04
Subskalen des körperlichen Wohlbefindens (gesamt)					
		<i>n</i> = 124		<i>n</i> = 133	
Belastbarkeit	T1	3.31	1.23	3.33	1.29
	T2	3.54	1.23	3.34	1.25
	T3	3.51	1.27	3.35	1.31
		<i>n</i> = 127		<i>n</i> = 131	
Vitalität	T1	3.03	1.42	3.18	1.38
	T2	3.24	1.50	3.17	1.33
	T3	3.24	1.46	3.28	1.27
		<i>n</i> = 123		<i>n</i> = 130	
Genussfähigkeit	T1	3.60	1.22	3.58	1.11
	T2	3.80	1.25	3.69	1.09
	T3	3.86	1.17	3.78	1.20
		<i>n</i> = 126		<i>n</i> = 130	
Innere Ruhe	T1	3.03	1.30	3.17	1.19
	T2	3.42	1.38	3.19	1.15
	T3	3.38	1.29	3.30	1.20

Anmerkungen: T = Messzeitpunkt; T1 = Vor der Intervention; T2 = Nach der Intervention; T3 = Viermonatige Follow-up-Messung; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *n* = Stichprobengröße.

Darstellung der Ergebnisse

Tabelle 43: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zur Überprüfung der Veränderungen der Variable „Körperliches Wohlbefinden (gesamt)“ und deren Subskalen „Belastbarkeit“, „Vitalität“, „Genussfähigkeit“ und „Innere Ruhe“

VARIABLE	df-Werte		F-Wert	Haupteffekt Zeit	Interaktions effekt Zeit x Gr.	
	Gr. x Zeit	Fehler(Zeit)		p-Wert	p-Wert	η^2_p
Körperliches Wohlbefinden (gesamt)	2.00	518	3.28	.000***	.038*	.013
Subskalen des körperlichen Wohlbefindens (gesamt)						
Belastbarkeit	2.00	510	2.33	.051°	.098°	.009
Vitalität	2.00	512	1.82	.027*	.164	.007
Genussfähigkeit	2.00	502	0.30	.000***	.742	.001
Innere Ruhe	2.00	508	5.61	.000***	.004**	.022

Anmerkungen: df = Freiheitsgrade; F-Wert = Wert der F-Statistik; Gr. = Gruppe; p-Wert = Signifikanz; η^2_p = Partielles Eta-Quadrat (Effektstärke); * = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .001$, ° = $p < .10$.

Die zweifaktorielle ANOVA für die übergeordnete Skala „Körperliches Wohlbefinden (gesamt)“ zeigt einen statistisch signifikanten Interaktionseffekt ($F(2.00, 518) = 3.28$, $p = .038$, $\eta^2_p = .013$). Die Subskala „Belastbarkeit“ zeigt einen tendenziellen Interaktionseffekt ($F(2.00, 510) = 2.33$, $p = .098$, $\eta^2_p = .009$). Die Subskala „Innere Ruhe“ zeigt ebenfalls eine statistisch bedeutsame Interaktion ($F(2.00, 508) = 5.61$, $p = .004$, $\eta^2_p = .022$), wohingegen die Subskalen „Genussfähigkeit“ ($F(2.00, 502) = 0.30$, $p = .742$, $\eta^2_p = .001$) und „Vitalität“ ($F(2.00, 512) = 1.82$, $p = .164$, $\eta^2_p = .007$) keine bedeutsamen Interaktionen aufweisen.

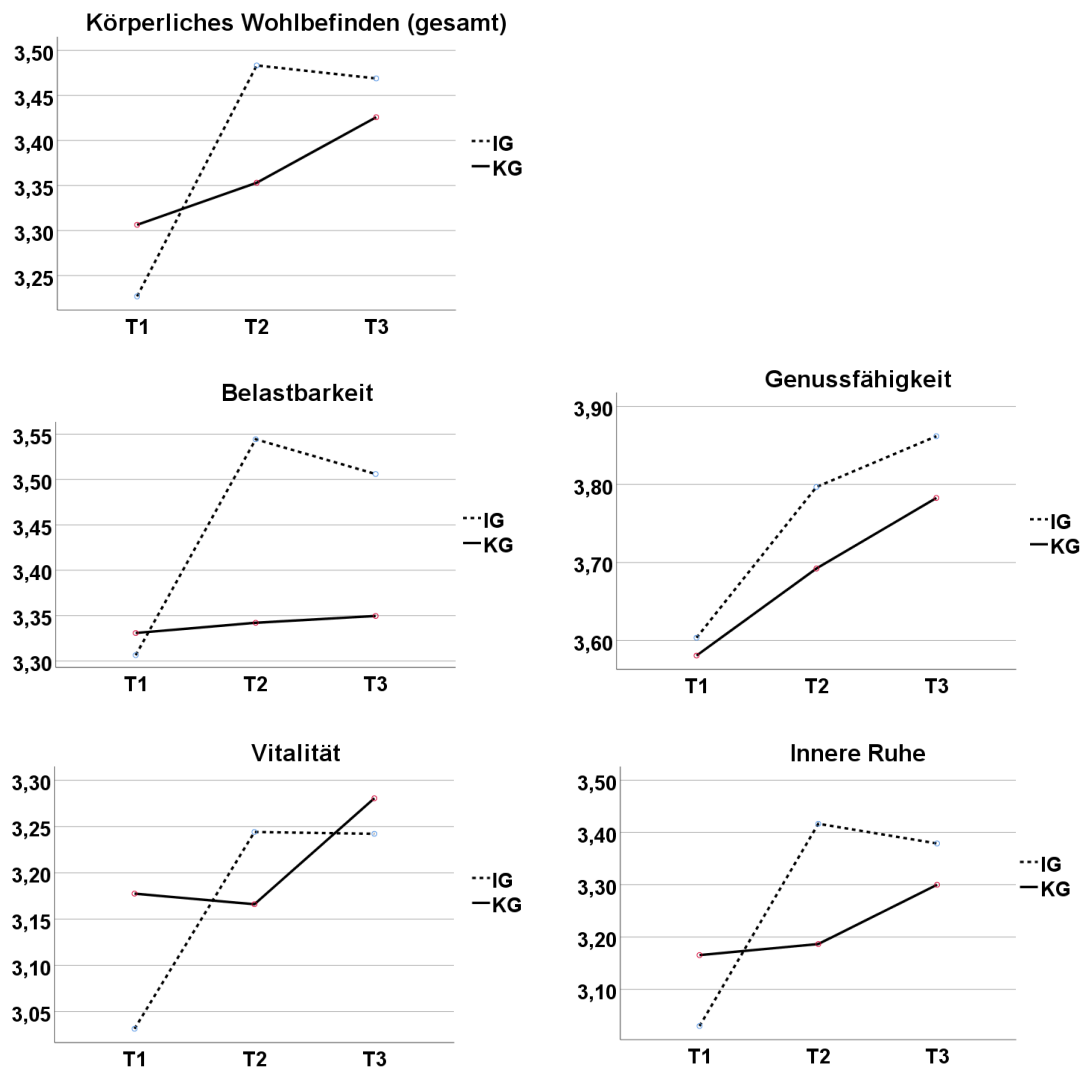


Abbildung 16: Mittelwertverläufe des körperlichen Wohlbefindens (gesamt) und dessen Subskalen „Innere Ruhe“, „Genussfähigkeit“, „Belastbarkeit“, „Vitalität“ der beiden Gruppen IG (Interventionsgruppe) und KG (Kontrollgruppe) über die drei Messzeitpunkte (T1: Vor der Intervention; T2: Nach der Intervention; T3: Follow-up nach vier Monaten)

Die Abbildung 16 verdeutlicht, dass die Interventionsgruppe zu Beginn (T1) geringere Werte in der Variable „Körperliches Wohlbefinden (gesamt)“ aufweist als die Kontrollgruppe. Dieser Unterschied hebt sich bis zum zweiten Messzeitpunkt (T2), nach der Intervention, auf. Zu diesem Zeitpunkt ist in der Interventionsgruppe ein höherer Wert als in der Kontrollgruppe zu beobachten. Dieser bleibt bis zum Follow-up-Zeitpunkt (T3) konstant, auch wenn ein geringer Abfall zu verzeichnen ist. Die Werte nach vier Monaten (T3) unterscheiden sich nur noch gering zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.

Für die Variable „Belastbarkeit“ ist eine tendenzielle Interaktion erkennbar. Hier sind die Werte zwischen den Gruppen zum ersten Messzeitpunkt (T1) ähnlich, unterscheiden sich zum zweiten Messzeitpunkt (T2) jedoch deutlich. Die Werte der Interventionsgruppe nehmen zu, während die der Kontrollgruppe konstant

bleiben. Zum Follow-up-Zeitpunkt (T3) sind die Werte der Interventionsgruppe ebenso höher als die der Kontrollgruppe.

Die Subskala „Genussfähigkeit“ weist keinen statistisch bedeutsamen Anstieg der Werte im Vergleich zur Kontrollgruppe auf. Die Werte der Interventions- und Kontrollgruppe sind zum ersten Messzeitpunkt (T1) beinahe identisch und steigen in ähnlichem Maße im Laufe der Studie an (siehe Abbildung 16).

Die Werte der Subskala „Vitalität“ unterscheiden sich zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe zu Beginn der Intervention (T1) deutlich. Die Kontrollgruppe zeigt zu diesem ersten Messzeitpunkt höhere Werte in der „Vitalität“ im Vergleich zur Interventionsgruppe. Zum zweiten Messzeitpunkt (T2) dreht sich dieser Unterschied um. Die Werte der Interventionsgruppe nehmen zu, während die Werte der Kontrollgruppe leicht abfallen. Zum dritten Messzeitpunkt (T3) bleiben die Werte der Interventionsgruppe konstant. Die Werte der Kontrollgruppe steigen hingegen an und übersteigen zum Follow-up-Zeitpunkt (T3) die Werte der Interventionsgruppe (siehe Abbildung 16). Der Interaktionseffekt erweist sich nicht als statistisch signifikant.

Für die Variable „Innere Ruhe“ ist ein Anstieg der Werte in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe zu erkennen, wobei sich auch hier die Werte zum dritten Messzeitpunkt annähern. Die Interaktion zeigt statistische Signifikanz.

Genauere Aufschlüsse über die Unterschiede im körperlichen Wohlbefinden zwischen den Gruppen und den Messzeitpunkten liefert die Tabelle 44 mit den Post-hoc-Analysen mit Bonferroni-Korrektur.

Tabelle 44: Post-hoc-Analyse zu der Variable „Körperliches Wohlbefinden“ und deren Subskala „Innere Ruhe“

VARIABLE	T1 ↔ T2		T1 ↔ T3		T2 ↔ T3	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	Dif.-Wert	Dif.-Wert	Dif.-Wert	Dif.-Wert	Dif.-Wert	Dif.-Wert
Körperliches Wohlbefinden (gesamt)	0.26*	0.05	0.24*	0.12*	-0.01	0.07
Subskala des Körperlichen Wohlbefindens (gesamt)						
Innere Ruhe	0.39*	0.02	0.35*	0.14	-0.04	0.11

Anmerkungen: T = Messzeitpunkt; IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; Dif.-Wert = Mittelwertsunterschiede zwischen den Messzeitpunkten; * = $p < .017$ (Signifikanzwert nach Bonferroni-Anpassung).

Die Post-hoc-Analysen zu den Variablen „Körperliches Wohlbefinden (gesamt)“ (0.26, 95 % CI [0.10, 0.42], $p < .001$) und „Innere Ruhe“ (0.39, 95 % CI [0.18, 0.59], $p = .038$) zeigen beide für den Interventionszeitraum (T1-T2) signifikante Veränderungen in der Interventionsgruppe an. Statistisch bedeutsame Veränderungen sind ebenfalls für beide Variablen für den gesamten Studienzeitraum (T1-T3) zu beobachten, „Körperliches Wohlbefinden (gesamt)“ (0.24, 95 % CI [0.08, 0.41], $p = .001$), „Innere Ruhe“ (0.35, 95 % CI [0.14, 0.56], $p < .001$). Auffällig ist die signifikante Veränderung in der Kontrollgruppe im gesamten Studienzeitraum (T1-T3) (0.12, 95 % CI [0.01, 0.23], $p = .038$). Hier ist demnach sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe ein statistisch signifikanter Zusammenhang zu erkennen. Signifikante Veränderungen in der Kontrollgruppe für den Interventionszeitraum (T1-T2) bleiben in beiden Variablen aus. Im Follow-up-Zeitraum (T2-T3) sind keine statistisch signifikanten Unterschiede, weder in der Interventions- noch in der Kontrollgruppe, zu beobachten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich das Wohlbefinden bei Teilnehmenden der Interventionsgruppe in allen drei Wohlbefindens-Komponenten (emotional, kognitiv, körperlich) statistisch signifikant erhöht. Für die Subskalen des „Körperlichen Wohlbefindens“ konnte lediglich die Variable „Innere Ruhe“ eine statistisch signifikante Veränderung aufzeigen. Diese positiven Veränderungen bleiben bis zum dritten Messzeitpunkt (T3) relativ konstant.

11.1.6 Veränderung der Symptome (Depressivität)

Hypothese zur Symptomveränderung

H_{1.6}: Proband*innen, die an dem Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. teilnehmen, zeigen verbesserte Werte hinsichtlich *depressiver Symptome*. Sie weisen verbesserte Werte über die Messzeitpunkte und im Vergleich zur Kontrollgruppe auf.

Hypothetisch wurde mit der Teilnahme am Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. eine Abnahme depressiver Symptome angenommen. Tabelle 45 und Tabelle 46 zeigen sowohl die Mittelwerte und Standardabweichungen getrennt für die Gruppen (IG und KG) und die drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3) als auch die Ergebnisse der zweifaktoriellen ANOVA.

Tabelle 45: Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable „Allgemeine Depressivität (gesamt)“ und deren Subskalen „Emotionale Beschwerden“, „Motivationale Beschwerden“, „Kognitive Beschwerden“, „Motorisch/Interaktionale Beschwerden“ und „Somatische Beschwerden“ getrennt für die Gruppen (IG und KG) und die drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3)

VARIABLE	Zeit	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
		<i>n</i> = 127		<i>n</i> = 137	
Allgemeine Depressivität (gesamt)	T1	2.30	0.61	2.19	0.59
	T2	2.15	0.63	2.18	0.59
	T3	2.15	0.60	2.18	0.60
Subskalen der Allgemeinen Depressivität (gesamt)					
		<i>n</i> = 110		<i>n</i> = 128	
Emotionale Beschwerden	T1	2.36	0.76	2.24	0.71
	T2	2.15	0.79	2.23	0.72
	T3	2.18	0.76	2.24	0.71
		<i>n</i> = 129		<i>n</i> = 140	
Motivationale Beschwerden	T1	2.42	0.92	2.29	0.92
	T2	2.28	0.91	2.32	0.90
	T3	2.27	0.89	2.40	0.86
		<i>n</i> = 119		<i>n</i> = 125	
Kognitive Beschwerden	T1	2.67	0.72	2.64	0.67
	T2	2.46	0.68	2.56	0.68
	T3	2.50	0.70	2.48	0.72
		<i>n</i> = 124		<i>n</i> = 130	
Motorisch/Interaktionale Beschwerden	T1	1.81	0.60	1.74	0.64
	T2	1.72	0.66	1.74	0.56
	T3	1.83	0.66	1.74	0.60
		<i>n</i> = 122		<i>n</i> = 129	
Somatische Beschwerden	T1	1.97	0.76	1.74	0.64
	T2	1.94	0.76	1.81	0.69
	T3	1.87	0.71	1.87	0.77

Anmerkungen: T = Messzeitpunkt; T1 = Vor der Intervention; T2 = Nach der Intervention; T3 = Viermonatige Follow-up-Messung; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *n* = Stichprobengröße.

Tabelle 46: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zur Überprüfung der Veränderungen der Variablen „Allgemeine Depressivität (gesamt)“ und deren Subskalen „Emotionale Beschwerden“, „Motivationale Beschwerden“, „Kognitive Beschwerden“, „Motorisch/Interaktionale Beschwerden“ und „Somatische Beschwerden“

VARIABLE	df-Werte		F-Wert	Haupteffekt Zeit	Interaktions effekt Zeit x Gr.	
	Gr. x Zeit	Fehler (Zeit)		p-Wert	p-Wert	η^2_p
Allgemeine Depressivität (gesamt)	2.00	524	3.03	.009**	.049*	.011
Subskalen der Allgemeinen Depressivität (gesamt)						
Emotionale Beschwerden	2.00	472	3.17	.021*	0.43*	.013
Motivationale Beschwerden	2.00	534	3.12	.527	.045*	.012
Kognitive Beschwerden	2.00	484	1.60	.000***	.203	.007
Motorisch/Interakti- onale Beschwerden	2.00	504	1.28	.325	.279	.005
Somatische Beschwerden ¹	2.00	498	4.06	.886	.018*	.016

Anmerkungen: df = Freiheitsgrade; F-Wert = Wert der F-Statistik; Gr. = Gruppe; p-Wert = Signifikanz; η^2_p = Partielles Eta-Quadrat (Effektstärke); ¹ Huynh-Feldt Anpassung, Sphärizität: $p = .035$, * = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .001$.

Die Allgemeine Depressionsskala (gesamt) zeigt eine statistisch signifikante Veränderung zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe über die Messzeitpunkte ($F(2.00, 524) = 3.03$, $p = .049$, $\eta^2_p = .011$). Ebenso statistisch signifikante Interaktionseffekte sind für die Subskalen „Emotionale Beschwerden“ ($F(2.00, 472) = 3.17$, $p = .043$, $\eta^2_p = .013$), den „Motivatonalen Beschwerden“ ($F(2.00, 534) = 3.12$, $p = .045$, $\eta^2_p = .012$) und den „Somatischen Beschwerden“ ($F(2.00, 498) = 4.06$, $p = .018$, $\eta^2_p = .016$) zu erkennen. Die Subskala „Motorisch/Interaktionale Beschwerden“ ($F(2.00, 504) = 1.28$, $p = .279$, $\eta^2_p = .005$) und „Kognitive Beschwerden“ ($F(2.00, 484) = 1.60$, $p = .203$, $\eta^2_p = .007$) zeigen keine statistisch bedeutsamen Veränderungen auf.

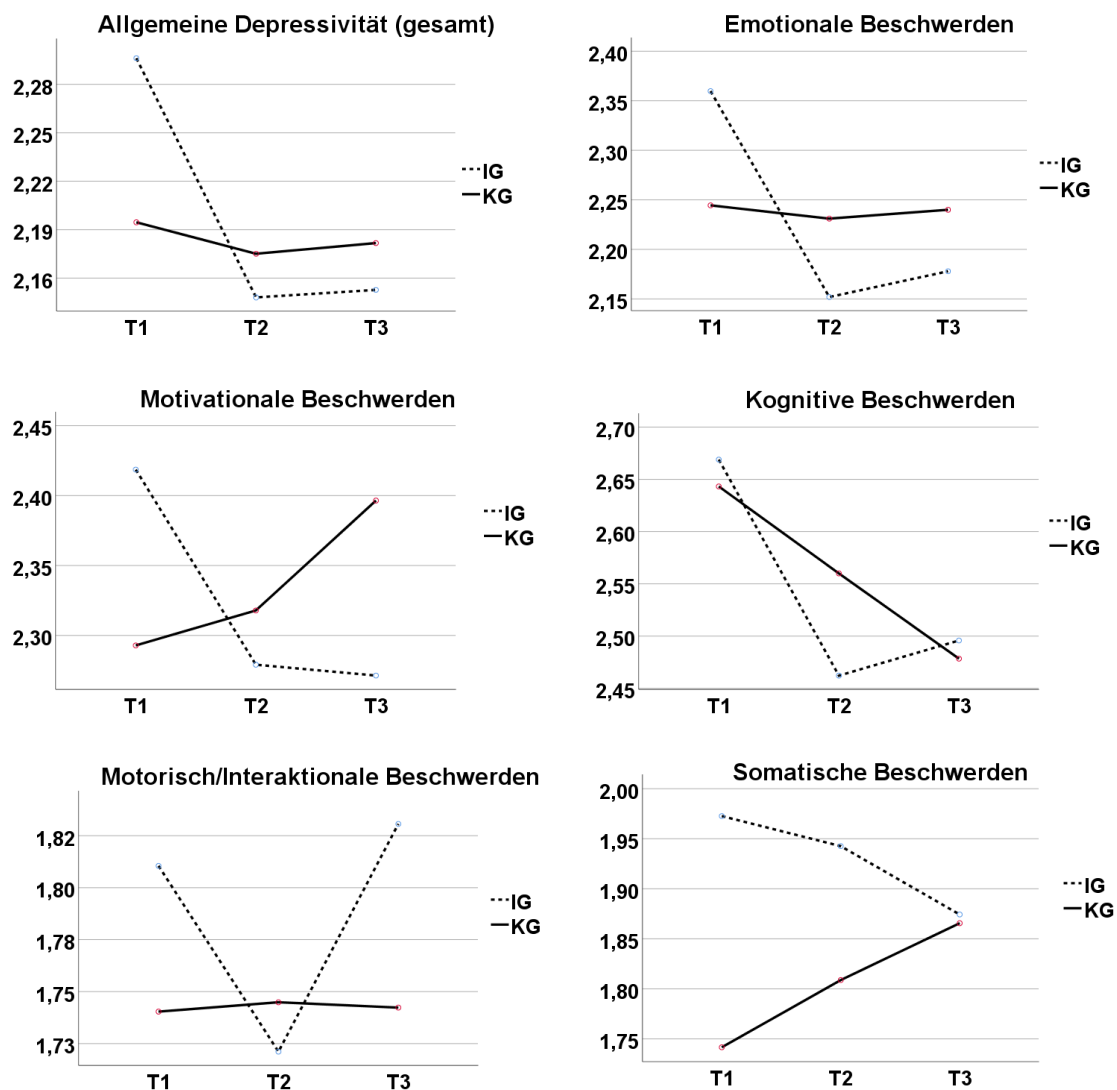


Abbildung 17: Mittelwertsverläufe der allgemeinen Depressivität und deren Subskalen „Emotionale Beschwerden“, „Motivationale Beschwerden“, „Motorisch/Interaktionale Beschwerden“, „Kognitive Beschwerden“ und „Somatische Beschwerden“ der beiden Gruppen IG (Interventionsgruppe) und KG (Kontrollgruppe) über die drei Messzeitpunkte (T1: Vor der Intervention; T2: Nach der Intervention; T3: Follow-up nach vier Monaten)

Abbildung 17 gibt weitere Aufschlüsse über die Veränderungen zwischen den Gruppen und über die Messzeitpunkte der Variable „Allgemeine Depressivität“ und deren Subskalen. Die Allgemeine Depressionsskala (gesamt) zeigt eine bedeutsame Veränderung zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe über die Messzeitpunkte. Auffällig hierbei ist der Unterschied zwischen den Gruppen zu Beginn der Intervention (T1). Die Interventionsgruppe zeigt zum ersten Messzeitpunkt (T1) höhere Werte in der Depressivität als die Kontrollgruppe. Dieser Unterschied hebt sich zum zweiten Messzeitpunkt (T2) auf und bleibt bis zum Follow-up-Zeitpunkt (T3) konstant.

Die fünf Subskalen weisen unterschiedliche Veränderungen auf, die im Folgenden kurz dargestellt werden sollen.

Die „Emotionalen Beschwerden“ verlaufen ähnlich der Gesamtskala „Allgemeine Depressivität“. Auch hier ist festzuhalten, dass die Interventionsgruppe mit höheren Werten und somit mehr emotionalen Beschwerden im Vergleich zur Kontrollgruppe beginnt (T1). Dies gleicht sich nach der Intervention (T2) aus und bleibt bis zum dritten Messzeitpunkt (T3) relativ konstant, wobei ein leichter Anstieg emotionaler Beschwerden bei der Interventionsgruppe zu beobachten ist. Die Interaktion ist als statistisch signifikant zu bewerten.

Für die Subskala „Motivationale Beschwerden“ zeigt sich, dass die Interventionsgruppe einen Abfall der Werte zu verzeichnen hat, dieser bis zum Follow-up-Zeitpunkt (T3) weiterhin etwas sinkt und die Kontrollgruppe in entgegengesetzter Richtung einen Anstieg motivationaler Beschwerden aufweist. Die beiden Gruppen verändern sich demnach konträr und weisen statistische Signifikanz auf.

Die Werte im Bereich der „Kognitiven Beschwerden“ unterscheiden sich zwischen den beiden Gruppen zu Beginn der Intervention (T1) und zum Ende der Studie (T3) kaum. Einzig zum zweiten Messzeitpunkt (T2), direkt nach der Intervention, weist die Interventionsgruppe geringere Werte und somit weniger kognitive Beschwerden auf als die Kontrollgruppe. Diese Interaktion erweist sich nicht als statistisch signifikant.

Die „Motorisch/Interaktionalen Beschwerden“ nehmen bei der Interventionsgruppe direkt nach dem Programm (T2) ab, steigen jedoch bis zum dritten Messzeitpunkt (T3) wieder an, sodass zum Follow-up-Zeitpunkt (T3) ein höherer Wert erreicht wird als zu Beginn der Intervention (T1). Demnach werden zum in der Interventionsgruppe zum dritten Messzeitpunkt (T2) mehr motorische/interaktionale Beschwerden empfunden als zum ersten Messzeitpunkt (T1). Die Kontrollgruppe bleibt über alle drei Messzeitpunkte hingegen relativ konstant. Die Interaktion ist nicht statistisch signifikant.

Während die „Somatischen Beschwerden“ vom ersten (T1) bis zum dritten Messzeitpunkt (T3) in der Kontrollgruppe ansteigen, nehmen sie in der Interventionsgruppe kontinuierlich ab. Zu beachten ist hierbei jedoch, dass die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe mit mehr somatischen Beschwerden das R.A.P. beginnt. Auch wenn die Interventionsgruppe direkt nach dem Programm (T2) einen Abfall der somatischen Beschwerden zu verzeichnen hat, weist die Kontrollgruppe dennoch bessere Werte auf. Zum Ende der Studie (T3) hebt sich dieser Unterschied beinahe auf und beide Gruppen zeigen ähnliche Werte. Die Interaktion der beiden Gruppen zeigt statistische Signifikanz.

Um konkrete Ergebnisse darüber zu erhalten, zwischen welchen Messzeitpunkten die bedeutsame Veränderung stattfand, werden im Folgenden Post-hoc-Analysen für die signifikant veränderten Variablen durchgeführt (Tabelle 47).

Tabelle 47: Post-hoc-Analysen zu der Variable „Allgemeine Depressivität (gesamt)“ und deren Subskalen „Emotionale Beschwerden“, „Motivationale Beschwerden“ und „Somatische Beschwerden“

VARIABLE	T1 ↔ T2		T1 ↔ T3		T2 ↔ T3	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	Dif.-Wert	Dif.-Wert	Dif.-Wert	Dif.-Wert	Dif.-Wert	Dif.-Wert
Allgemeine Depressivität (gesamt)	-0.15*	-0.02	-0.14*	-0.01	0.01	0.00
Subskalen der Allgemeinen Depressivität (gesamt)						
Emotionale Beschwerden	-0.21*	-0.01	-0.18*	-0.00	0.03	0.01
Motivationale Beschwerden	-0.14	0.03	-0.15	0.10	-0.01	0.08
Somatische Beschwerden	-0.03	0.07	-0.10	0.12°	-0.07	0.06

Anmerkungen: T = Messzeitpunkt; IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; Dif.-Wert = Mittelwertsunterschiede zwischen den Messzeitpunkten; * = $p < .017$ (Signifikanzwert nach Bonferroni-Anpassung), ° = $p < .10$.

Die Post-hoc-Analysen zeigen, dass bei der Variable „Allgemeine Depressivität (gesamt)“ insbesondere Veränderungen im ersten Messzeitraum T1-T2 (-0.15, 95 % CI [-0.27, -0.03], $p = .009$) als auch im gesamten Studienzeitraum (T1-T3) (-0.14, 95 % CI [-0.25, -0.04], $p = .005$) für die Interventionsgruppe zu beobachten sind. Dies ist ebenfalls bei der Subskala „Emotionale Beschwerden“ zu erkennen. Im ersten Messzeitraum T1-T2 (-0.21, 95 % CI [-0.37, -0.05], $p = .007$) sowie im Zeitraum T1-T3 (-0.18, 95 % CI [-0.34, -0.02], $p = .019$) ergeben sich statistisch signifikante Unterschiede. Im Follow-up-Zeitraum sind in keiner der untersuchten Variablen statistisch signifikante Unterschiede erkennbar. Zudem fallen die Veränderungswerte in der Interventionsgruppe überwiegend größer aus als in der Kontrollgruppe.

In den Variablen „Motivationale Beschwerden“ und „Somatische Beschwerden“ können keine statistisch signifikanten Veränderungen für die Interventionsgruppe beobachtet werden, obwohl die zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung einen signifikanten Interaktionseffekt nachwies. Bei Betrachtung der Abbildung 17 fällt auf, dass sich in beiden Variablen nicht nur die Interventions-

gruppe deutlich verändert, sondern auch die Kontrollgruppe. Während die Interventionsgruppe in den Variablen einen deutlichen Abfall der Werte zu verzeichnen hat, steigt die Kontrollgruppe in beinahe gleichem Maße an. Außerdem ist für die Variable „Somatische Beschwerden“ im gesamten Studienzeitraum (T1-T3) ein Anstieg der Werte in der Kontrollgruppe zu verzeichnen, der als tendenzielles Ergebnis gesehen werden kann (0.12, 95 % CI [0.00, 0.25], $p = .050$).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Ergebnisse für eine positive Veränderung der allgemeinen Depressivität bei Teilnehmenden des Gruppenprogramms im Vergleich zu Nichtteilnehmenden sprechen. Auch die Werte der Subskala „Emotionale Beschwerden“ verbessern sich über die drei Messzeitpunkte und zwischen den Gruppen (IG und KG) bedeutsam. Wenngleich auch für die Subskalen „Motivationale Beschwerden“ und „Somatische Beschwerden“ statistisch signifikante Interaktionseffekt vorliegen, lassen die durchgeführten Post-hoc-Analysen keine eindeutigen Interpretationen der Ergebnisse zu.

11.1.7 Veränderung der Selbstfürsorge

Hypothese zur Selbstfürsorge

H_{1.7}: Proband*innen, die an dem Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. teilnehmen, zeigen verbesserte Werte hinsichtlich ihrer *Selbstfürsorge*. Sie weisen verbesserte Werte über die Messzeitpunkte und im Vergleich zur Kontrollgruppe auf.

Hypothetisch wurde angenommen, dass sich die Teilnehmenden des R.A.P.s besser um sich selbst sorgen können, indem sie zum einen sich selbst Gutes tun und auch Gutes annehmen können. Tabelle 48 und Tabelle 49 verdeutlichen die Mittelwertsunterschiede und Standardabweichungen sowie die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung.

Tabelle 48: Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable „Selbstfürsorge (gesamt)“ und deren Subskalen „Sich selbst Gutes tun“ und „Gutes annehmen können“ getrennt für die Gruppen (IG und KG) und die drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3)

VARIABLE	Zeit	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
		<i>n</i> = 131		<i>n</i> = 139	
Selbstfürsorge (gesamt)	T1	4.13	1.08	4.17	0.96
	T2	4.36	1.03	4.17	0.94
	T3	4.34	0.97	4.22	0.93
Subskalen der Selbstfürsorge (gesamt)					
		<i>n</i> = 120		<i>n</i> = 133	
Sich selbst Gutes tun	T1	4.21	1.04	4.19	0.99
	T2	4.42	1.04	4.19	0.96
	T3	4.37	0.96	4.19	0.94
		<i>n</i> = 129		<i>n</i> = 137	
Gutes annehmen können	T1	4.11	1.19	4.15	1.03
	T2	4.35	1.10	4.15	1.01
	T3	4.34	1.04	4.23	1.00

Anmerkungen: T = Messzeitpunkt; T1 = Vor der Intervention; T2 = Nach der Intervention; T3 = Viermonatige Follow-up-Messung; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *n* = Stichprobengröße.

Tabelle 49: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zur Überprüfung der Veränderungen der Variable „Selbstfürsorge (gesamt)“ und deren Subskalen „Sich selbst Gutes tun“ und „Gutes annehmen können“

VARIABLE	df-Werte		F-Wert	Haupteffekt Zeit	Interaktions effekt Zeit x Gr.	
	Gr. x Zeit	Fehler (Zeit)		p-Wert	p-Wert	η^2_p
Selbstfürsorge (gesamt) ¹	1.92	513.20	4.24	.003**	.016*	.016
Subskalen der Selbstfürsorge (gesamt)						
Sich selbst Gutes tun ²	1.93	485.51	3.25	.035*	.041*	.013
Gutes annehmen können ³	1.92	507.20	3.44	.002**	.035*	.013

Anmerkungen: *df* = Freiheitsgrade; Gr. = Gruppe; *F*-Wert = Wert der *F*-Statistik; *p*-Wert = Signifikanz; η^2_p = partielles Eta-Quadrat (Effektstärke); ¹ Huynh-Feldt Anpassung, Sphärizität: $p < .001$; ² Huynh-Feldt Anpassung, Sphärizität: $p = .003$; ³ Huynh-Feldt Anpassung, Sphärizität: $p = .001$, * = $p < .05$, ** = $p < .01$.

Das übergeordnete Konstrukt „Selbstfürsorge (gesamt)“ verändert sich statistisch signifikant unterschiedlich zwischen den Gruppen und über die Messzeitpunkte (Huynh-Feldt Anpassung, Sphärizität: $p < .001$) ($F(1.92, 513.20) = 4.24$, $p = .016$, $\eta^2_p = .016$). Dieser bedeutsame Effekt zeigt sich auch in den beiden Subskalen. Die Skala „Sich selbst Gutes tun“ zeigt eine signifikant positive Veränderung im Vergleich zur Kontrollgruppe (Huynh-Feldt Anpassung; Sphärizität: $p = .003$) ($F(1.93, 485.51) = 3.25$, $p = .041$, $\eta^2_p = .013$). Die Skala „Gutes annehmen können“ zeigt ebenfalls eine deutlich positive Entwicklung für die Teilnehmenden des R.A.P.s im Vergleich zur Kontrollgruppe, die ebenfalls statistische Signifikanz erreicht (Huynh-Feldt Anpassung, Sphärizität: $p = .001$) ($F(1.92, 507.20) = 3.44$, $p = .035$, $\eta^2_p = .013$).

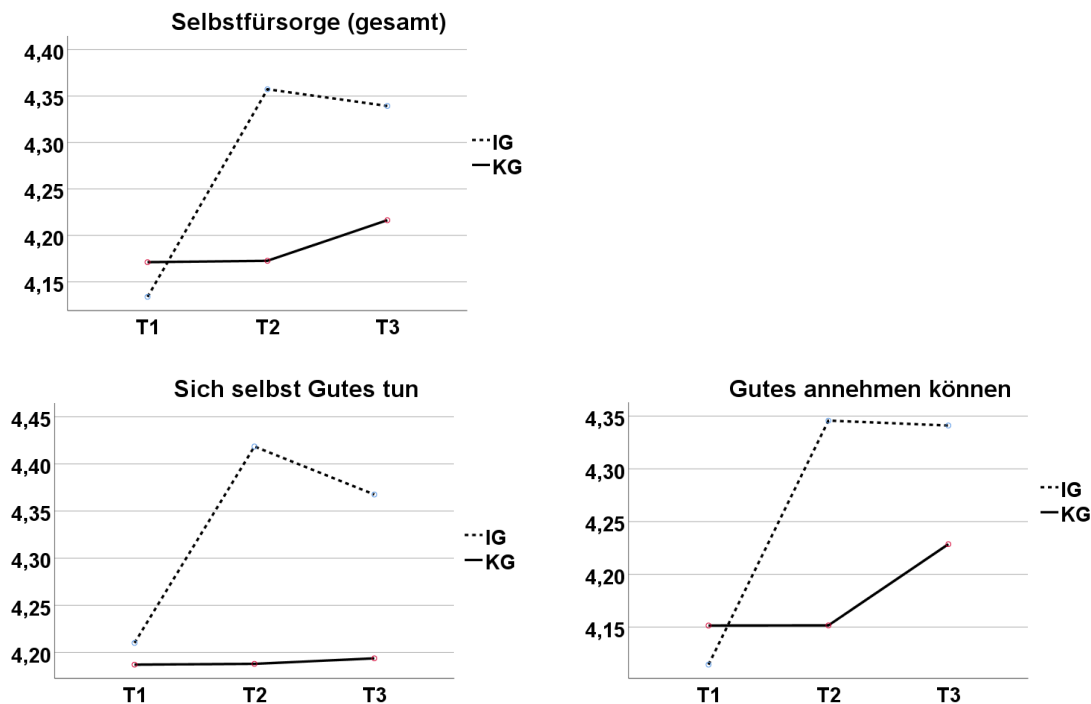


Abbildung 18: Mittelwertsverläufe der Selbstfürsorge und deren Subskalen „Sich selbst Gutes tun“ und „Gutes annehmen können“ der beiden Gruppen IG (Interventionsgruppe) und KG (Kontrollgruppe) über die drei Messzeitpunkte (T1: Vor der Intervention; T2: Nach der Intervention; T3: Follow-up nach vier Monaten)

Abbildung 18 verdeutlicht die Mittelwertsverläufe für beide Gruppen und über die drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3). Für die Variable „Selbstfürsorge (gesamt)“ zeigen die Proband*innen der Interventionsgruppe zum zweiten (T2) und dritten Messzeitpunkt (T3) deutlich höhere Werte auf als die Proband*innen der Kontrollgruppe. Dieser Verlauf zeigt sich sowohl für die Subskala „Sich selbst Gutes tun“ als auch für die Subskala „Gutes annehmen können“. Für die Skala „Selbstfürsorge (gesamt)“ und der Subskala „Gutes annehmen können“ steigen die Werte der Kontrollgruppe vom zweiten (T2) bis zum dritten Messzeitpunkt (T3) wieder etwas an. Sowohl in der übergeordneten Gesamtskala als auch in den beiden Subskalen fallen die Werte in der Interventionsgruppe zum Follow-up-Zeitpunkt höher aus als zu Beginn der Intervention und im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Weiterführende Post-hoc-Analysen zeigen, zwischen welchen Messzeitpunkten deutliche Veränderungen zu erkennen sind (Tabelle 50).

Tabelle 50: Post-hoc-Analysen zu der Variable „Selbstfürsorge (gesamt)“ und deren Subskalen „Sich selbst Gutes tun“ und „Gutes annehmen können“

VARIABLE	T1 ↔ T2		T1 ↔ T3		T2 ↔ T3	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	Dif.-Wert	Dif.-Wert	Dif.-Wert	Dif.-Wert	Dif.-Wert	Dif.-Wert
Selbstfürsorge (gesamt)	0.22*	0.00	0.21*	0.05	-0.02	0.04
Subskalen der Selbstfürsorge (gesamt)						
Sich selbst Gutes tun	0.21*	0.00	0.16	0.01	-0.05	0.01
Gutes annehmen können	0.23*	0.00	0.23*	0.08	-0.01	0.08

Anmerkungen: T = Messzeitpunkt; IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; Dif.-Wert = Mittelwertsunterschiede zwischen den Messzeitpunkten; * = $p < .017$ (Signifikanz nach Bonferroni-Anpassung).

Es fällt auf, dass sowohl beide Subskalen „Sich selbst Gutes tun“ (0.21, 95 % CI [0.04, 0.37], $p = .008$) und „Gutes annehmen können“ (0.23, 95 % CI [0.06, 0.41], $p = .005$) als auch die Gesamtskala „Selbstfürsorge“ (0.22, 95 % CI [0.07, 0.38], $p = .002$) statistisch signifikante Unterschiede im Interventionszeitraum (T1-T2) für die Interventionsgruppe aufweisen. In der Kontrollgruppe sind in keiner dieser Variablen Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten zu erkennen. Im gesamten Studienzeitraum (T1-T3) weist die Subskala „Gutes annehmen können“ (0.23, 95 % CI [0.06, 0.40], $p = .005$) sowie die übergeordnete Skala „Selbstfürsorge“ (0.21, 95 % CI [0.05, 0.36], $p = .004$) statistisch signifikante Veränderung auf. Die Skala „Sich selbst Gutes tun“ wird im gesamten Studienzeitraum (T1-T3) nicht statistisch signifikant. Auch bei dieser Variable zeigt sich, dass die Veränderungen im Follow-up-Zeitraum (T2-T3) in der Kontrollgruppe positiv und in der Interventionsgruppe durchweg negativ ausfallen. Allgemein ist festzustellen, dass in der Kontrollgruppe zu keinem Zeitpunkt statistisch signifikante Veränderungen erkennbar sind.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Teilnahme am R.A.P. mit einer bedeutsamen Verbesserung der Selbstfürsorge einhergeht. Sowohl die Subskala „Sich selbst Gutes tun“ als auch die Subskala „Gutes annehmen können“ zeigen positive Veränderungen über die Zeit und zwischen den Gruppen. Die positiven Veränderungen können auch noch nach vier Monaten (Follow-up-Zeitpunkt) beobachtet werden.

11.1.8 Zusammenfassung der Ergebnisse zu den personalen Ressourcen

Die Tabelle 51 gibt Auskunft darüber, welche Ressourcen sich im Laufe des Trainings statistisch signifikant verändert haben und in welchem Maße die Veränderung stattfand.

Tabelle 51: Übersicht aller untersuchten abhängigen Variablen und deren Interaktion (Zeit x Gruppe) mit Effektstärkemaßen

PERSONALE RESSOURCEN	Effektstärke des Interaktionseffekts (Zeit x Gr.) η^2_p	Signifikant positive Veränderung der IG im Vergleich zur KG über die Zeit
Selbstwertgefühl	.014*	✓
Externale Kontrollüberzeugung	.000	
Internale Kontrollüberzeugung	.005	
Positiver Affekt	.017*	✓
Negativer Affekt	.006	
Liebesfähigkeit	.001	
Habituell subjektives Wohlbefinden (gesamt)	.024**	✓
• Kognitives Wohlbefinden	.029**	✓
• Emotionales Wohlbefinden	.013*	✓
Körperliches Wohlbefinden (gesamt)	.013*	✓
• Belastbarkeit	.009°	✓
• Vitalität	.007	
• Genussfähigkeit	.001	
• Innere Ruhe	.022**	✓
Allgemeine Depressivität (gesamt)	.011*	✓
• Emotionale Beschwerden	.013*	✓
• Motivationale Beschwerden	.012*	✓
• Kognitive Beschwerden	.007	
• Motorisch/Interaktionale Beschwerden	.005	
• Somatische Beschwerden	.016*	✓
Selbstfürsorge (gesamt)	.016*	✓
• Sich selbst Gutes tun	.013*	✓
• Gutes annehmen können	.013*	✓

Anmerkungen: η^2_p = Partielles Eta-Quadrat (Effektstärke); ° = $p < .10$, * = $p < .05$, ** = $p < .01$; ✓ = Statistisch signifikanter Interaktionseffekt Gr. x Zeit ($p < .05$); ✓ = tendenzieller Interaktionseffekt Gr. x Zeit ($p < .10$); Gr. = Gruppe.

Bei Betrachtung aller Skalen und den dazugehörigen Subskalen ist festzustellen, dass sich 11 der 19 untersuchten abhängigen Variablen in der Interventions-

gruppe statistisch signifikant positiv gegenüber der Kontrollgruppe verändert haben. Die Effekte fallen für alle personalen Ressourcen gering aus. Die größten Veränderungen konnten in den Variablen „Kognitives Wohlbefinden“ und „Innere Ruhe“ beobachtet werden.

11.2 Potenzielle Einflussfaktoren auf den Trainingserfolg

Neben den Veränderungen der untersuchten personalen Ressourcen (AVs) über die drei Messzeitpunkte und zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe stand zudem die Analyse potenzieller Einflussfaktoren im Fokus der Studie. Hypothesen bezüglich des Einflusses auf die Wirksamkeit des Trainings wurden sowohl in gerichteter als auch ungerichteter Form aufgestellt. Diese beziehen sich zum einen auf die Individuen- ($n_{IG} = 134^{38}$) und zum anderen auf die Gruppenebene ($n = 29$). Die Einflussfaktoren lassen sich in vier Kategorien unterteilen: krankheitsbezogene, soziodemografische, trainingsbezogene und gruppenbezogene Einflussfaktoren.

Zur besseren Übersichtlichkeit wurde auf die Testung des Zusammenhangs jeder einzelnen abhängigen Variable (personale Ressource) mit der jeweiligen unabhängigen Variable (Einflussfaktor) verzichtet. Stattdessen wurden für alle abhängigen Variablen die Differenzwerte zwischen den Messzeitpunkten (T1-T2 und T1-T3) gebildet, um anschließend den Mittelwert aller Differenzwerte zu berechnen. Es entstehen zwei neue Variablen, welche die Veränderungen in den personalen Ressourcen sowohl für den Interventionszeitraum (T1-T2) als auch für den gesamten Studienzeitraum (T1-T3) abbilden. Die Variablen werden „Objektiver Trainingserfolg T1-T2“ und „Objektiver Trainingserfolg T1-T3“ genannt. Zusätzlich wurde eine Skala zum persönlich eingeschätzten Trainingserfolg (siehe S. 331) abgefragt, die ebenfalls als Indikator für den Trainingserfolg steht. Ergänzend zu den Variablen „Objektiver Trainingserfolg“ wird diese Variable als „Subjektiver Trainingserfolg“ bezeichnet. Da die Skala einmalig am Ende des Programms erhoben wurde (T2) erfolgt keine Aufteilung hinsichtlich des Studienzeitraums.

Die Variablen „Objektiver Trainingserfolg T1-T2“, „Objektiver Trainingserfolg T1-T3“ und „Subjektiver Trainingserfolg“ stellen somit die Indikatoren für den allgemeinen Trainingserfolg dar.

Die unabhängigen Variablen (Einflussfaktoren), die eine metrische Skalierung aufzeigen, werden mit den Indikatoren zum Trainingserfolg korreliert (Bivariate Korrelationen nach Pearson). Die Zusammenhänge zwischen den nominalen bzw. kategorialen Variablen und den Trainingserfolgsvariablen werden mittels *t*-Test für unabhängige Stichproben geprüft.

³⁸ Die Analysen werden ausschließlich auf Daten der Interventionsgruppe gerechnet, wobei nur Proband*innen einbezogen werden, die mindestens an vier der acht Sitzungen teilnahmen und alle drei Fragebögen vollständig ausfüllten.

11.2.1 Krankheitsbezogene Einflussfaktoren

Die krankheitsbezogenen Einflussfaktoren wurden zum einen erhoben, um einen konkreten Eindruck über die Eigenschaften der Stichprobe und der Klientel der chronisch psychisch erkrankten Menschen zu erhalten. Zum anderen dienen die Daten jedoch auch dazu, potenzielle Einflussfaktoren, welche die Wirksamkeit des Trainings mitbestimmen, zu identifizieren. Hinsichtlich der Wirkungsrichtung der krankheitsbezogenen Variablen wurden folgende gerichtete Hypothesen aufgestellt.

Hypothesen zu den krankheitsbezogenen Einflussfaktoren

H_{2.1}:	Das <i>Funktionsniveau</i> und der <i>Schweregrad der Erkrankung</i> (GAF-Wert) haben keinen Einfluss auf den Trainingserfolg der Teilnehmenden.
H_{2.2}:	Je länger die <i>Behandlungsdauer</i> bzw. die <i>Erkrankungsdauer</i> ist, desto geringer ist der Trainingserfolg der Teilnehmenden.
H_{2.3}:	Der Trainingserfolg wird nicht davon beeinflusst, wie oft die Teilnehmenden bereits in <i>psychiatrischen Krankenhäusern</i> untergebracht waren.
H_{2.4}:	Die <i>Art der psychischen Erkrankung</i> hat keinen Einfluss auf den Trainingserfolg der Teilnehmenden.

Zur Überprüfung der Hypothesen 2.1 bis 2.3 werden bivariate Korrelationen nach Pearson gerechnet (metrische Datenstruktur). Um weiterhin zu testen, ob es Unterschiede hinsichtlich des Trainingserfolgs zwischen den verschiedenen psychiatrischen Diagnosegruppen gibt, werden *t*-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt (Hypothese 2.4).

Das Funktionsniveau und der Schweregrad der Erkrankung wurden mit dem „GAF-Wert“ (Sass, 2003) erhoben, wobei ein einzelner Prozentwert (0 = keine Funktionsfähigkeit bis 100 = volle Funktionsfähigkeit) den Grad des Funktionsniveaus und den Schweregrad der Erkrankung angibt. Die Behandlungs- und Erkrankungsdauer wurde in Jahren erfasst. Die Anzahl psychiatrischer Krankenhausaufenthalte wurde mittels einer sechsstufigen Skala von „noch nie“ bis „mehr als 10 Mal“ (siehe S. 321) abgefragt. Die Art der psychischen Erkrankung wurde mittels einer Fremderhebung durch die jeweilige Gruppenleitung ermittelt, wobei die übergeordnete Diagnose der ICD-10 als auch die konkrete Diagnosebezeichnung erhoben wurden.

Tabelle 52: Bivariate Korrelationen der Indikatoren des Trainingserfolgs mit den metrischen krankheitsbezogenen Variablen

KRANKHEITSBEZOGENE VARIABLEN (metrisch)	Objektiver Trainingser- folg T1-T2		Objektiver Trainingser- folg T1-T3		Subjektiver Trainingser- folg	
	(n)	r	(n)	r	(n)	r
Funktionsniveau und Schweregrad der Erkrankung (GAF-Wert)	(121)	.037	(118)	.076	(131)	.164[°]
Behandlungsdauer	(113)	-.209*	(111)	-.176[°]	(121)	-.121
Erkrankungsdauer	(116)	.006	(114)	-.004	(123)	-.122
Anzahl stationärer Aufenthalte	(121)	-.228*	(118)	-.119*	(130)	-.021

Anmerkungen: n = Stichprobengröße; r = Korrelationskoeffizient nach Pearson; T1-T2 = Interventionszeitraum; T1-T3 = Gesamter Studienzeitraum; ° = $p < .10$, * = $p < .05$.

Die Korrelationsmatrix (Tabelle 52) zeigt die Zusammenhänge der Variablen zum Trainingserfolg mit den erhobenen metrischen krankheitsrelevanten Variablen. Der „Schweregrad der Erkrankung bzw. das Funktionsniveau“ (GAF-Wert: gemessen mit dem Global Assessment of Functioning) zeigt keine Zusammenhänge zu den Variablen „Objektiver Trainingserfolg T1-T2“ ($r(n = 121) = .037$, $p = .685$) und „Objektiver Trainingserfolg T1-T3“ ($r(n = 118) = .076$, $p = .413$). Es ist jedoch ein tendenzieller Zusammenhang mit dem subjektiv erlebten Trainingserfolg zu beobachten ($r(n = 131) = .164$, $p = .061$). Der Effekt von $r = .164$ ist als klein einzustufen.

Die „Behandlungsdauer“ stellt die Zeit in Jahren dar, in der die Proband*innen bereits in irgendeiner Form eine Behandlung für die psychische Erkrankung erhielten. Dieser Aspekt scheint den Trainingserfolg insbesondere im Interventionszeitraum statistisch signifikant zu beeinflussen. Je länger die Klient*innen in Behandlung sind, desto geringer ist der „Objektive Trainingserfolg T1-T2“ ($r(n = 113) = -.209$, $p = .027$). Für den gesamten Studienzeitraum („Objektiver Trainingserfolg T1-T3“) ist ein tendenzieller Zusammenhang zu erkennen ($r(n = 111) = -.176$, $p = .064$). Die gefundenen Effekte sind als schwach einzustufen. Es zeigt sich kein bedeutsamer Zusammenhang zur Variable „Subjektiver Trainingserfolg“ ($r(n = 121) = -.121$, $p = .184$).

Die „Erkrankungsdauer“ (gemessen in Jahren) zeigt weder zum „Objektiven Trainingserfolg T1-T2“ ($r(n = 116) = .006$, $p = .952$) bzw. „Objektiven Trainingserfolg T1-T3“ ($r(n = 114) = -.004$, $p = .969$) noch zum „Subjektiven Trainingserfolg“ ($r(n = 123) = -.122$, $p = .178$) einen statistisch signifikanten Zusammenhang.

Weiterhin fällt auf, dass die Anzahl, wie häufig eine Proband*in bisher im Leben stationär in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht war, statistisch

signifikant mit den Variablen „Objektiver Trainingserfolg T1-T2“ ($r(n = 121) = -.228, p = .012$) und „Objektiver Trainingserfolg T1-T3“ ($r(n = 118) = -.119, p = .021$) korreliert. Der Effekt ist in beiden Fällen als gering zu deuten. Es zeigt sich kein bedeutsamer Zusammenhang zum „Subjektiven Trainingserfolg“ ($r(n = 130) = -.021, p = .812$).

Um weiterhin zu prüfen, inwiefern das R.A.P. für Klient*innen mit unterschiedlichen psychiatrischen Erkrankungen geeignet ist, soll im Folgenden untersucht werden, ob es Unterschiede bezüglich des Trainingserfolgs, getrennt für die 11 Diagnosegruppen der ICD-10, gibt. Da das R.A.P. so konzipiert wurde, dass alle Erkrankungen gleichermaßen profitieren sollen, wird eine ungerichtete Zusammenhangshypothese angenommen:

H_{2.4}: Die Art der psychischen Erkrankung hat keinen Einfluss auf den Trainingserfolg.

Die Daten zur jeweiligen Diagnose der Teilnehmenden wurden mittels einer Fremderhebung durch die zuständigen Mitarbeitenden erfasst. Für jede teilnehmende Klient*in wurde die übergeordnete Diagnosegruppe z. B. F40-F49 und, wenn bekannt, die genaue Bezeichnung der psychischen Erkrankung z. B. F43.1 erhoben. Da zahlreiche Klient*innen zwei oder mehr Diagnosen parallel aufweisen, konnten auch Mehrfachantworten gegeben werden.

Aufgrund der Variablenart „Mehrfachantworten-Set“ können keine Testverfahren angewendet werden, welche die Differenz der Werte zwischen den Diagnosegruppen prüfen.³⁹ Einzig die vier Diagnosegruppen „F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“, „F30-F39: Affektive Störungen“, „F40-F49: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ und „F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ weisen ausreichend große Stichprobengrößen auf, um zum einen die Voraussetzungen des *t*-Tests für unabhängige Stichproben zu erfüllen und zum anderen annähernd valide Aussagen zu generieren. Alle anderen Diagnosegruppen finden bei den nachfolgenden Untersuchungen keine Berücksichtigung.

Um die Hypothese möglichst umfassend zu behandeln, werden im ersten Schritt deskriptive Analysen bezüglich der Veränderungen der personalen Ressourcen für die jeweiligen Diagnosegruppen durchgeführt. Diese Veränderungswerte

³⁹ Es wurde überlegt, aus den genannten Mehrfachantworten die „Hauptdiagnose“ herauszufiltern, sodass auch Aussagen über die Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen getroffen werden können. Dies erschien aufgrund der Datenlage jedoch nicht sinnvoll. Es wurden beispielsweise zahlreiche gleichrangige Diagnosen z. B. Depression und Persönlichkeitsstörung, bei einer Klient*in genannt, wobei die Entscheidung für eine Hauptdiagnose willkürlich getroffen würde.

werden zunächst für alle Fälle der Interventionsgruppe (auch Doppel- und Mehrfachdiagnosen) und anschließend nur für die Fälle mit Einzeldiagnosen betrachtet. In einem weiteren Schritt wird für jede Diagnosegruppe separat geprüft, ob sich die Mittelwerte zwischen Proband*innen, die die Erkrankung aufweisen, von denen, die sie nicht aufweisen, unterscheiden. Hierzu werden *t*-Tests für unabhängige Stichproben mit dem Gruppenfaktor „Diagnose“ (zutreffend vs. nicht zutreffend) und den Indikatoren zum Trainingserfolg durchgeführt.

Tabelle 53: Mittelwertsübersicht der Indikatoren zum Trainingserfolg getrennt für die Diagnosegruppen der ICD-10 für alle Teilnehmenden

ICD-10 DIAGNOSEGRUPPEN	Objektiver Trainingserfolg T1-T2			Objektiver Trainingserfolg T1-T3			Subjektiver Trainingserfolg		
	(<i>n</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	(<i>n</i>)	<i>M</i>	<i>SD</i>	(<i>n</i>)	<i>M</i>	<i>SD</i>
F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (<i>n</i> = 40)	(37)	0.07	0.35	(35)	0.05	0.37	(40)	4.60	1.15
F30-F39: Affektive Störungen (<i>n</i> = 60)	(53)	0.25	0.48	(52)	0.20	0.40	(59)	5.05	0.69
F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (<i>n</i> = 23)	(20)	0.20	0.47	(20)	0.27	0.40	(23)	4.84	0.91
F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (<i>n</i> = 25)	(23)	0.25	0.32	(22)	0.22	0.41	(25)	4.70	0.92

Anmerkungen: *n* = Stichprobengröße (alle Proband*innen der Interventionsgruppe); *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; T1-T2 = Interventionszeitraum; T1-T3 = Gesamter Studienzeitraum; Es können Doppel- oder Mehrfachdiagnosen vorliegen.

Die Tabelle 53 zeigt die Mittelwerte der Differenzwerte in den personalen Ressourcen gegliedert nach den Diagnosegruppen. Der „Objektive Trainingserfolg“ fällt sowohl für den Interventionszeitraum (T1-T2) als auch für die gesamte Studiendauer (T1-T3) bei den „Affektiven Störungen“, den „Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“ sowie den „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ im Vergleich zu den Teilnehmenden mit der Diagnose „Schizophrenie, schizotype und wahnhaften Störungen“ relativ hoch aus. Dieser Trend zeigt sich auch für den subjektiv erlebten Trainingserfolg. Auch dieser fällt bei den schizophren erkrankten Teilnehmenden geringer aus.

Tabelle 54: Mittelwertsübersicht der Indikatoren des Trainingserfolgs getrennt für die Diagnosegruppen der ICD-10 für die Teilnehmenden mit einer Einzeldiagnose

ICD-10 DIAGNOSEGRUP- PEN	Objektiver Trainingserfolg T1-T2			Objektiver Trainingserfolg T1-T3			Subjektiver Trainingserfolg		
	(n)	M	SD	(n)	M	SD	(n)	M	SD
F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (n = 31)	(30)	0.10	0.34	(28)	0.05	0.36	(31)	4.57	1.25
F30-F39: Affektive Störun- gen (n = 33)	(31)	0.27	0.52	(30)	0.18	0.38	(32)	5.15	0.62
F40-F49: Neurotische, Be- lastungs- und somatoforme Störungen (n = 5)	(4)	0.47	0.73	(5)	0.33	0.39	(5)	4.37	1.57
F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (n = 8)	(8)	0.26	0.23	(7)	0.24	0.36	(8)	4.60	1.19

Anmerkungen: n = Stichprobengröße (Proband*innen der Interventionsgruppe, die eine Einzeldiagnose aufweisen); M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; T1-T2 = Interventionszeitraum; T1-T3 = Gesamter Studienzeitraum; Es liegen ausschließlich Einzeldiagnosen vor. Die grau formatierten Zeilen weisen besonders geringe Stichprobengrößen auf.

In einer weiteren Analyse (Tabelle 54) werden ausschließlich die Fälle mit einer Einzeldiagnose betrachtet. Die Erkenntnisse werden hier für den „Objektiven Trainingserfolg“ reproduziert. Wenn auch die Diagnosegruppen „F40-F49: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ und „F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ in nur sehr wenigen Fällen als Einzeldiagnose auftreten, so ist auch hier der geringste „Objektive Trainingserfolg“ bei den Schizophrenen zu erkennen. Der „Subjektive Trainingserfolg“ fällt für die Gruppe der „F30-F39: Affektiven Störungen“ am höchsten und für die Teilnehmenden mit einer „F40-F49: Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störung“ am geringsten aus. Auch hier sei jedoch auf die geringe Stichprobengröße der Diagnosegruppen „F40-F49: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ und „F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ hingewiesen. Inwiefern diese Unterschiede ausschließlich deskriptiv zu beobachten sind oder sich auch als statistisch relevant erweisen, sollen die folgenden Untersuchungen zeigen.

Tabelle 55: Mittelwertsunterschiede im „Objektiven Trainingserfolg T1-T2“ bezogen auf die Diagnosegruppen der ICD-10

ICD-10 DIAGNOSEGRUPPEN	Erkrankung Ja/nein	Objektiver Trainingserfolg T1-T2					
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>	<i>t</i> -Wert (<i>df</i> = 119)	Cohens <i>d</i>
F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	Ja	(37)	0.07	0.35	.042*	-2.06	0.444
	Nein	(84)	0.24	0.45			
F30-F39: Affektive Störungen	Ja	(53)	0.25	0.48	.161	1.41	0.287
	Nein	(68)	0.14	0.38			
F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Ja	(20)	0.20	0.47	.877	.16	0.026
	Nein	(101)	0.19	0.42			
F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Ja	(23)	0.25	0.32	.431	.79	0.209
	Nein	(98)	0.17	0.45			

Anmerkungen: *n* = Stichprobengröße (Interventionsgruppe); *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *p* = Signifikanzwert, Berechnung eines *t*-Tests für unabhängige Stichproben; *df* = Freiheitsgrade; T1-T2 = Interventionszeitraum; Cohens *d* = Effektstärkemaß; * = *p* < .05.

Tabelle 56: Mittelwertsunterschiede im „Objektiven Trainingserfolg T1-T3“ bezogen auf die Diagnosegruppen der ICD-10

ICD-10 DIAGNOSEGRUPPEN	Erkrankung Ja/Nein	Objektiver Trainingserfolg T1-T3					
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>	<i>t</i> -Wert (<i>df</i> = 116)	Cohens <i>d</i>
F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	Ja	(35)	0.05	0.37	.059°	-1.90	0.409
	Nein	(83)	0.20	0.41			
F30-F39: Affektive Störungen	Ja	(52)	0.20	0.40	.370	.90	0.190
	Nein	(66)	0.13	0.41			
F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Ja	(20)	0.27	0.40	.159	1.42	0.382
	Nein	(98)	0.13	0.40			
F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Ja	(22)	0.22	0.41	.425	.80	0.218
	Nein	(96)	0.14	0.40			

Anmerkungen: *n* = Stichprobengröße (Interventionsgruppe); *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *p* = Signifikanzwert, Berechnung eines *t*-Tests für unabhängige Stichproben; *df* = Freiheitsgrade; Cohens *d* = Effektstärkemaß; T1-T3 = Gesamter Studienzeitraum; ° = *p* < .10.

Tabelle 55 und Tabelle 56 zeigen die Ergebnisse zu den durchgeführten *t*-Tests für unabhängige Stichproben bezüglich des „Objektiven Trainingserfolgs“ getrennt für die Diagnosegruppen (Vorliegen der Erkrankung ja/nein). Proband*innen mit einer schizophrenen Erkrankung (*M* = 0.07, *SD* = 0.35, *n* = 37) zeigen für den Interventionszeitraum T1-T2 statistisch signifikant geringere Veränderungswerte ($t(119) = -2,06$, $p = .042$) auf als Proband*innen mit einer anderen psychischen Erkrankung (*M* = 0.24, *SD* = 0.45, *n* = 84). Dieser Effekt bleibt auf dem 10 % Signifikanzniveau für den gesamten Studienzeitraum erhalten ($t(116) = -1.90$, $p = .059$). Beide Effekte sind als gering zu bewerten ($d = 0.444$ bzw. $d = 0.409$).

Tabelle 57: Mittelwertsunterschiede im „Subjektiven Trainingserfolg“ bezogen auf die Diagnosegruppen der ICD-10

ICD-10 DIAGNOSEGRUPPEN	Erkrankung Ja/Nein	n	Subjektiver Trainingserfolg		p	t-Wert (df = 129)	Cohens d
			M	SD			
F20-F29: Schizophrenie, schizo- totype und wahnhaftige Störungen	Ja	(40)	4.60	1.15	.043*	-2.04	0.383
	Nein	(91)	4.97	0.87			
F30-F39: Affektive Störungen	Ja	(59)	5.05	0.69	.032*¹	2.16	0.363
	Nein	(72)	4.70	1.13			
F40-F48: Neurotische, Belas- tungs- und somatoforme Störungen	Ja	(23)	4.84	0.91	.943	-.07	0.021
	Nein	(108)	4.86	0.99			
F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Ja	(25)	4.70	0.92	.381	-.88	0.197
	Nein	(106)	4.89	0.98			

Anmerkungen: n = Stichprobengröße (Interventionsgruppe); M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p = Signifikanzwert, Berechnung eines t-Tests für unabhängige Stichproben; Cohens d = Effektstärkemaß; ¹ = Welch-Anpassung, df = 120.27); * = p < .05.

Auch die Untersuchungen zum „Subjektiven Trainingserfolg“ (Tabelle 57) unterstützen die bisher gefundenen Zusammenhänge. Proband*innen, die eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis haben (F20-F29), zeigen auch hier deutlich niedrigere Werte ($M = 4.60$, $SD = 1.15$, $n = 40$) als Proband*innen anderer Diagnosegruppen ($M = 4.97$, $SD = 0.87$, $n = 91$). Dieser Unterschied erweist sich als statistisch signifikant ($t(129) = -2.04$, $p = .043$). Weiterhin schätzen Proband*innen mit einer affektiven Störung ($M = 5.05$, $SD = 0.69$, $n = 59$) ihren „Subjektiven Trainingserfolg“ deutlich höher ein, als Proband*innen mit anderen psychischen Erkrankungen ($M = 4.70$, $SD = 1.13$, $n = 72$). Auch dieser Unterschied zeigt statistische Signifikanz ($t(120.27) = 2.16$, $p = .032$). Die Effekte sind als gering zu bewerten ($d = 0.383$ bzw. $d = 0.363$).

Konkretisierung der Diagnosen

Im Rahmen der Erhebung der Art der psychischen Erkrankung wurde nicht nur die übergeordnete Diagnosegruppe, sondern auch, wenn vorhanden, die genaue Bezeichnung der Erkrankung, erhoben. Im Folgenden sollen die vier am häufigsten vertretenen Diagnosegruppen hinsichtlich der konkreten Gestaltung des Krankheitsbildes untersucht werden.

Zu 36 der 60 Personen, die eine affektive Störung aufzeigen, liegen genaue Angaben zur Art der psychischen Erkrankung vor. 5 Personen weisen eine „Bipolare affektive Störung (F31)“ auf, 2 Personen haben „Manische Episoden (F30)“, 18 Personen eine „Rezidivierende depressive Störung (F33)“, 4 Personen zeigen „Depressive Episoden (F32)“ und 7 Personen geben als nähere Bezeichnung nur

„Depression“ an. Somit ist festzuhalten, dass 80.55 %, die eine genauere Angabe zu ihrer Erkrankung gemacht haben, depressive Symptome aufzeigen.

Von den 25 Proband*innen mit einer Diagnose im Bereich „F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ sind 19⁴⁰ Krankheitsbilder näher bezeichnet. 11 davon sind der „Spezifischen Persönlichkeitsstörung (F60)“ zuzuordnen, 6 weisen Erkrankungen aus anderen Gruppen (F64, F65, F63, F61) auf. Am häufigsten wird die Diagnose „Borderline-Typ (F60.31)“ (7 Mal) aufgeführt.

Auch in der Diagnosegruppe „F40-F49: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ sind Konkretisierungen zu erkennen. Von den 23 Proband*innen mit einer Erkrankung aus diesem Bereich haben 15⁴¹ genauere Angaben gemacht. Die meisten Proband*innen weisen die Diagnose „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)“ (7 Mal) auf, gefolgt von „Anderen Angststörungen (F41)“ (5 Mal). Die Diagnosen „Phobische Störungen (F40)“ (3 Mal), „Dissoziative Störung (F44)“ (2 Mal) und „Somatoforme Störung (F45)“ (2 Mal) treten nur vereinzelt auf. Auch wenn die Erkrankungsbilder im Bereich F40-F49 recht heterogen verteilt sind, lassen sich Häufungen im Bereich der „Angststörungen“ bzw. „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ erkennen.

Von den insgesamt 40 Klient*innen, die an einer Diagnose aus der Gruppe F20-F29 „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ erkrankt sind, wurden 22 nähere Angaben gemacht. Die am häufigsten genannte Diagnose ist die „Paranoide Schizophrenie (F20.0)“ mit 11 Nennungen, gefolgt von der „Hebephrenen Schizophrenie (F10.1)“ mit 4 Nennungen und dem „Schizophrenen Residuum (F20.5)“ mit 3 Nennungen. Die „Schizotype Störung (F21)“, die „Akute vorübergehende psychotische Störung (F23)“, die „Schizoaffective Störung (F25)“ sowie die „Nicht näher bezeichnete Schizophrenie (F20.9)“ wurden jeweils 1 Mal genannt.

Allgemein kann festgehalten werden, dass mit steigendem Funktionsniveau der Teilnehmenden auch der subjektive Trainingserfolg positiver eingeschätzt wird. Außerdem zeigt sich für die Variable „Behandlungsdauer“ eine negative Korrelation zum objektiven Trainingserfolg, sowohl für den Interventions- als auch den gesamten Studienzeitraum. Die Erkrankungsdauer scheint, den Daten zu entnehmen, keine bedeutsame Rolle für den Trainingserfolg zu spielen. Anders verhält es sich hingegen mit der Anzahl stationärer Aufenthalte in einem psychiatrischen Krankenhaus. Je häufiger Klient*innen bereits stationär untergebracht

⁴⁰ Es konnten Mehrfachnennungen innerhalb der Diagnosegruppe beobachtet werden (z. G. Proband*in hat F64 und F60).

⁴¹ Es konnten auch Mehrfachnennungen innerhalb der Diagnosegruppe beobachtet werden (z. B. Proband*in hat F40 und F41).

waren, desto geringer fällt der objektive Trainingserfolg (T1-T2 und T1-T3) aus. Die Ergebnisse geben weiterhin Hinweise darauf, dass Klient*innen mit einer schizophrenen Erkrankung (vermehrt Klient*innen mit einer paranoiden Schizophrenie) eher weniger, Klient*innen mit einer affektiven Erkrankung (insbesondere Klient*innen mit einer Depression) eher mehr von dem R.A.P. profitieren.

11.2.2 Soziodemografische Einflussfaktoren

Neben krankheitsbezogenen Einflussfaktoren wurden ebenfalls Hypothesen zu den erhobenen soziodemografischen Variablen aufgestellt und getestet. Ob und in welchem Ausmaß das Geschlecht oder das Alter einen Einfluss auf den Trainingserfolg haben, soll mit der Testung folgender Hypothesen geprüft werden.

Hypothesen zu den soziodemografischen Einflussfaktoren

H_{2.5}: Mit zunehmendem *Alter* steigt auch der Trainingserfolg der Teilnehmenden.

H_{2.6}: Das Geschlecht hat keinen Einfluss auf den Trainingserfolg der Teilnehmenden.

Die Altershypothese (H_{2.5}) wird mittels bivariater Korrelationsberechnungen geprüft. Die Geschlechts-Hypothese (H_{2.6}) wird aufgrund der nominalen Datenstruktur mittels *t*-Test für unabhängige Stichproben untersucht. Die Variable „Alter“ wird in Jahren angegeben. Das Geschlecht wurde in „männlich“, „weiblich“ und „divers“ differenziert.

Tabelle 58: Bivariate Korrelationen der metrischen Variable „Alter“ mit den Indikatoren des Trainingserfolgs

SOZIO- DEMOGRAFISCHE VARIABLE (metrisch)	Objektiver Trainingserfolg T1-T2		Objektiver Trainingserfolg T1-T3		Subjektiver Trainingserfolg	
	(<i>n</i>)	<i>r</i>	(<i>n</i>)	<i>r</i>	(<i>n</i>)	<i>r</i>
Alter	(120)	.027	(117)	.007	(130)	-.087

Anmerkungen: *n* = Stichprobengröße; *r* = Korrelationskoeffizient nach Pearson; T1-T2 = Interventionszeitraum; T1-T3 = Gesamter Studienzeitraum.

Tabelle 58 zeigt, dass weder zum „Objektiven Trainingserfolg T1-T2“ ($r(n = 120) = .027, p = .773$) noch zum „Objektiven Trainingserfolg T1-T3“ ($r(n = 117) = .007, p = .941$) ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang besteht. Auch die Beziehung zur Variable „Subjektiver Trainingserfolg“ ($r(n = 130) = -.087, p = .326$) erweist sich als nicht signifikant.

Tabelle 59: Mittelwertsunterschiede im „Objektiven Trainingserfolg T1-T2“ bezogen auf die Variable „Geschlecht“

SOZIODEMOGRAFISCHE VARIABLE (nominal/kategorial)		Objektiver Trainingserfolg T1-T2				
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i> - Wert	<i>t</i> -Wert (<i>df</i> = 119)	Cohens <i>d</i>
Geschlecht	w (<i>n</i> = 80)	0.18	0.43	.904	-.12	0.026
	m (<i>n</i> = 41)	0.19	0.43			

Anmerkungen: w = weiblich; m = männlich; *n* = Stichprobengröße; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *p*-Wert = Signifikanzwert, Berechnung eines *t*-Tests für unabhängige Stichproben; Cohens *d* = Effektstärkemaß; T1-T2 = Interventionszeitraum.

Tabelle 60: Mittelwertsunterschiede im „Objektiven Trainingserfolg T1-T3“ bezogen auf die Variable „Geschlecht“

SOZIODEMOGRAFISCHE VARIABLE (nominal/kategorial)		Objektiver Trainingserfolg T1-T3				
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i> - Wert	<i>t</i> -Wert (<i>df</i> = 116)	Cohens <i>d</i>
Geschlecht	w (<i>n</i> = 77)	0.16	0.40	.893	.13	0.027
	m (<i>n</i> = 41)	0.15	0.42			

Anmerkungen: w = weiblich; m = männlich; *n* = Stichprobengröße; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *p*-Wert = Signifikanzwert, Berechnung eines *t*-Tests für unabhängige Stichproben; Cohens *d* = Effektstärkemaß; T1-T3 = Gesamter Studienzeitraum.

Tabelle 61: Mittelwertsunterschiede im „Subjektiven Trainingserfolg“ bezogen auf die Variable „Geschlecht“

SOZIODEMOGRAFISCHE VARIABLE (nominal/kategorial)		Subjektiver Trainingserfolg				
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i> - Wert	<i>t</i> -Wert (<i>df</i> = 129)	Cohens <i>d</i>
Geschlecht	w (<i>n</i> = 84)	4.85	0.97	.895	.13	0.021
	m (<i>n</i> = 47)	4.83	0.98			

Anmerkungen: w = weiblich; m = männlich; *n* = Stichprobengröße; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *p*-Wert = Signifikanzwert, Berechnung eines *t*-Tests für unabhängige Stichproben; Cohens *d* = Effektstärkemaß.

Tabelle 59, Tabelle 60 und Tabelle 61 fassen die Ergebnisse bezüglich der Hypothese 2.6 „Das *Geschlecht* hat keinen Einfluss auf den Trainingserfolg der Teilnehmenden“ zusammen. Es zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich des „Objektiven Trainingserfolgs T1-T2“ ($t(119) = -.12, p = .904$) und des „Objektiven Trainingserfolgs T1-T3“ ($t(116) = .13, p = .893$) zwischen Männern und Frauen. Ebenso zeigt sich kein bedeutsamer Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich des „Subjektiven Trainingserfolgs“ ($t(129) = .13, p = .895$).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass weder das Geschlecht noch das Alter der Teilnehmenden einen bedeutsamen Einfluss auf den Trainingserfolg der Teilnehmenden nehmen.

11.2.3 Trainingsbezogene Einflussfaktoren

Unter trainingsbezogenen Einflussfaktoren werden all jene Aspekte verstanden, die mit dem Gruppenprogramm selbst zusammenhängen. Um die statistische Relevanz dieser Einflüsse zu prüfen, wurden folgende Hypothesen aufgestellt.

Hypothesen zu den trainingsbezogenen Einflussfaktoren

H_{2.7}:	Teilnehmende, die regelmäßig die aufgegebenen <i>häuslichen Übungen</i> durchführen, weisen einen höheren Trainingserfolg auf als Teilnehmende, die diese seltener durchführen.
H_{2.8}:	Die Häufigkeit der <i>Anwendung der Methoden</i> wirkt sich positiv auf den Trainingserfolg aus. Teilnehmende, die häufig die erlernten Methoden anwenden (Interventions- und Follow-up-Zeitraum), profitieren mehr von dem Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. als Teilnehmende, die diese seltener anwenden.
H_{2.9}:	Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des <i>Vorwissens</i> zu den Themen des R.A.P.s und dem Trainingserfolg der Teilnehmenden.
H_{2.10}:	Teilnehmende, die <i>häufiger die Sitzungen besuchen</i> , profitieren mehr von dem Programm als Teilnehmende, die die Sitzungen seltener besuchen.

Die Variable „Häusliche Übung“ wurde mittels eines Einzelitems mit fünf Ausprägungen („immer“ bis „nie“) erfasst. Die Häufigkeit der Methodenanwendung wurde mittels zehn Items, die auf einer sechsstufigen Skala (von „nie“ bis „täglich“) beantwortet wurden, erhoben (siehe S. 332). Die Häufigkeit der Methodenanwendung wurde sowohl für den Interventionszeitraum (T1-T2) als auch für den Follow-up-Zeitraum (T2-T3) erfasst. Zur besseren Übersichtlichkeit wurden die beiden Variablen summiert und durch zwei geteilt. Es ergibt sich eine neue Variable „Methodenanwendung (gesamt)“. Auf einer vierstufigen Skala (von „Ich kenne mich wenig aus“ bis „Ich kenne mich sehr gut aus“) konnten die Teilnehmenden zum ersten Messzeitpunkt (T1) angeben, wie gut sie sich bereits mit den Themen des R.A.P.s auskennen. Dies stellt die Variable „Vorwissen zu den Themen“ dar. Die Anzahl der teilgenommenen Sitzungen ergibt sich durch eine Fremdeinschätzung seitens der Gruppenleitungen. Mittels einer Teilnehmendenliste wurde in jeder Sitzung die Anwesenheit der Proband*innen geprüft. Anhand dieser Liste wurde die Anzahl der teilgenommenen Sitzungen ermittelt.

Tabelle 62: Bivariate Korrelationen der Indikatoren des Trainingserfolgs mit den metrischen trainingsbezogenen Variablen „Methodenanwendung (gesamt)“, „Häusliche Übung“, „Vorwissen zu den Themen“ und „Teilnahmhäufigkeit an den Sitzungen“

TRAININGSBEZOGENE VARIABLEN (metrisch)	Objektiver Trainingserfolg T1-T2		Objektiver Trainingserfolg T1-T3		Subjektiver Trainingserfolg	
	(n)	r	(n)	r	(n)	r
Methodenanwendung (gesamt)	(123)	.219*	(120)	.118	(133)	.546***
Häusliche Übung	(118)	.319***	(115)	.170°	(127)	.521***
Vorwissen zu den Themen	(123)	-.111	(120)	-.069	(132)	.026
Teilnahmhäufigkeit an den Sitzungen	(120)	.124	(120)	.033	(133)	.185*

Anmerkungen: n = Stichprobengröße; r = Korrelationskoeffizient nach Pearson; p = Signifikanzwert; T1 = Beginn der Intervention; T2 = Ende der Intervention; T3 = Follow-up nach vier Monaten; T1-T2 = Interventionszeitraum; T1-T3 = Gesamter Studienzeitraum; ° = $p < .10$, * = $p < .05$, *** = $p < .001$.

Die Korrelationsmatrix (Tabelle 62) zeigt die Zusammenhänge der trainingsbezogenen metrischen Variablen mit den Indikatoren des Trainingserfolgs. Die Variable „Methodenanwendung (gesamt)“ stellt das Ausmaß dar, wie häufig die Teilnehmenden in ihrem privaten Alltag die erlernten Übungen angewendet haben. Die private Anwendung der Übungen scheint eine bedeutsame Auswirkung sowohl auf den „Objektiven Trainingserfolg T1-T2“ insbesondere im Interventionszeitraum ($r(n = 123) = .219, p = .015$) als auch auf den subjektiv eingeschätzten Trainingserfolg zu haben ($r(n = 133) = .546, p < .001$). Für den gesamten Studienzeitraum („Objektiver Trainingserfolg T1-T3“) kann der bedeutsame Zusammenhang nicht nachgewiesen werden ($r(n = 120) = .118, p = .201$). Für den „Subjektiven Trainingserfolg“ kann ein hochsignifikantes Ergebnis ($p < .001$) und ein großer Effekt ($r = .546$) ermittelt werden. Der Effekt für den „Objektiven Trainingserfolg T1-T2“ fällt gering aus ($r = .219$).

Auch das Ausmaß, wie regelmäßig die in jeder Sitzung aufgegebene häusliche Übung durchgeführt wurde, zeigt bedeutsame Zusammenhänge mit dem Trainingserfolg auf. Ein hochsignifikanter Zusammenhang kann sowohl für den „Objektiven Trainingserfolg T1-T2“ ($r(n = 118) = .319, p < .001$) im Interventionszeitraum (mittlerer Effekt, $r = .319$) als auch für den „Subjektiven Trainingserfolg“ ($r(n = 127) = .521, p < .001$) beobachtet werden. Der Effekt für den „Subjektiven Trainingserfolg“ fällt mit einem Wert von $r = .521$ groß aus. Für den gesamten Studienzeitraum ist ein tendenzieller Zusammenhang ($r(n = 115) = .170, p = .069$) mit einem kleinen Effekt ($r = .170$) zu beobachten. Je häufiger die Proband*innen die häuslichen Übungen durchgeführt haben, desto höher ist auch der Trainingserfolg.

Inwieweit die Teilnehmenden sich vor der Teilnahme an der Gruppenintervention mit den darin behandelten Themen auskannten („Vorwissen zu den Themen“) spielt, den Daten zu entnehmen, keine statistisch bedeutsame Rolle. Es zeigen sich keine bedeutsamen Zusammenhänge zu den Variablen „Objektiver Trainingserfolg T1-T2“ ($r(n = 123) = -.111, p = .221$) und „Objektiver Trainingserfolg T1-3“ ($r(n = 120) = -.069, p = .456$). Auch die Beziehung zwischen dem „Vorwissen zu den Themen“ und dem „Subjektiven Trainingserfolg“ erweist sich als nicht statistisch bedeutsam ($r(n = 132) = .026, p = .767$).

Hypothetisch wurde weiterhin davon ausgegangen, dass Proband*innen, die häufiger an den Sitzungen des Programms teilnehmen, auch mehr davon profitieren. Ein geringer positiver statistisch signifikanter Effekt ($r(n = 133) = .185, p = .033$) zeigt sich beim Zusammenhang mit dem „Subjektiven Trainingserfolg“. Je häufiger die Klient*innen an den Sitzungen teilnahmen, desto positiver schätzen sie auch ihren persönlichen Erfolg ein. Statistisch signifikante Zusammenhänge mit den Variablen „Objektiven Trainingserfolg T1-T2“ ($r(n = 120) = .124, p = .173$) und „Objektiven Trainingserfolg T1-T3“ ($r(n = 120) = .033, p = .718$) können nicht beobachtet werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der subjektive Trainingserfolg sowie der objektive Trainingserfolg (T1-T2) damit zusammenhängt, wie häufig die erlernten Methoden angewendet wurden. Es zeigt sich außerdem eine positive Korrelation zwischen der regelmäßigen Durchführung der häuslichen Übung und dem objektiven Trainingserfolg (T1-T2 und T1-T3) sowie dem subjektiven Trainingserfolg. Das Ausmaß des Vorwissens der Teilnehmenden scheint keinen Einfluss auf den Trainingserfolg der Teilnehmenden zu haben. Die Anzahl der besuchten Sitzungen korreliert lediglich mit dem subjektiven Trainingserfolg gering positiv.

11.2.4 Gruppenbezogene Einflussfaktoren

Neben den Einflussfaktoren auf der Individuen-Ebene wurden auch gruppenspezifische Aspekte erhoben, deren Relevanz bezüglich des Trainingserfolgs untersucht werden soll. Die Daten wurden ausschließlich auf Gruppen-Ebene erhoben. Jede Variable liegt demnach nicht für jede Klient*in ($n_{IG} = 134$), sondern nur für jede Gruppe ($n = 29$), vor. Ob und in welchem Ausmaß die erhobenen Gruppenaspekte wie beispielsweise die Gruppenatmosphäre, die Gruppengröße oder auch die Gruppenleitung einen Einfluss auf den Trainingserfolg der Teilnehmenden haben, zeigen die folgenden Untersuchungen.

Hypothesen zu den gruppenbezogenen Einflussfaktoren

H2.11:	Zeigt die Gruppenleitung besonderes <i>Interesse an den Themen des R.A.P.s</i> , wirkt sich dies positiv auf den Trainingserfolg der Teilnehmenden aus.
H2.12:	Gruppenleitungen, die das Ressourcenaufbauprogramm <i>positiv bewerten</i> , erzielen einen besseren Trainingserfolg bei den Teilnehmenden als Gruppenleitungen, die das Programm weniger gut bewerten.
H2.13:	Eine <i>optimale Gruppengröße</i> von sieben bis acht Teilnehmenden geht mit einem gesteigerten Trainingserfolg bei den Teilnehmenden einher.
H2.14:	Das <i>Fehlen einzelner Mitglieder</i> in den Sitzungen hat einen negativen Effekt auf den Trainingserfolg der „verbleibenden“ Gruppenmitglieder.
H2.15:	Eine gute <i>Gruppenatmosphäre</i> hat einen positiven Effekt auf den Trainingserfolg der Teilnehmenden.

Die Variable „Interesse der Gruppenleitung an den Themen des R.A.P.s“ wurde mittels einer sechs Items umfassenden Skala (siehe S. 342) von der Gruppenleitung am Schulungstag erhoben. Die Zuneigung der Gruppenleitung zum Ressourcenaufbauprogramm wurde am Ende des Programms (T2) durch eine aus elf Items bestehende Skala erfasst. Die Variable „Ausmaß der Zuneigung zum R.A.P. seitens der Gruppenleitung“ stellt den Mittelwert der elf Items dar. Die Gruppengröße wurde von der Leitung am Ende des Programms angegeben.⁴² Ebenso gab die Gruppenleitung in jeder Sitzung an, wie viel Teilnehmende gefehlt haben. Für die Variable „Anzahl fehlender Mitglieder“ wurde ein Mittelwert über alle Sitzungen gebildet. Die „Gruppenatmosphäre“ wurde mittels eines Einzelitems seitens der Gruppenleitung erhoben (fünfstufig von „sehr angenehm“ bis „sehr unangenehm“, S. 334).

⁴² Proband*innen, die weniger als drei Sitzungen besuchten, wurden nicht zur „Gruppengröße“ hinzugezählt.

Tabelle 63: Bivariate Korrelationen der metrischen gruppenbezogenen Variablen und den Indikatoren des Trainingserfolgs

GRUPPENBEZOGENE VARIABLEN (metrisch)	Objektiver Trainingser- folg T1-T2		Objektiver Trainingser- folg T1-T3		Subjektiver Trainingserfolg	
	(n)	r	(n)	r	(n)	r
Interesse der Gruppenleitung an den Themen des R.A.P.s	(111)	.094	(109)	.096	(121)	.096
Gruppenatmosphäre	(114)	-.061	(112)	-.053	(123)	-.106
Anzahl fehlender Mitglieder	(123)	-.023	(120)	.126	(133)	-.216*
Ausmaß der Zuneigung zum R.A.P. seitens der Gruppenleitung	(123)	.052	(120)	.031	(133)	.212*

Anmerkungen: n = Stichprobengröße; r = Korrelationskoeffizient nach Pearson; p = Signifikanzwert; T1 = Beginn der Intervention; T2 = Ende der Intervention; T3 = Follow-up nach vier Monaten; T1-T2 = Interventionszeitraum; T1-T3 = Gesamter Studienzeitraum; * = $p < .05$.

Die Korrelationsmatrix (Tabelle 63) zeigt überwiegend keine statistisch signifikanten Zusammenhänge auf. Das Interesse der Gruppenleitung an den Themen des R.A.P.s korreliert weder mit der Variable „Objektiver Trainingserfolg T1-T2“ ($r(n = 111) = .094, p = .327$) noch mit dem „Objektiven Trainingserfolg T1-T3“ ($r(n = 109) = .096, p = .322$). Es zeigen sich ebenso keine bedeutsamen Beziehungen zum „Subjektiven Trainingserfolg“ ($r(n = 121) = .096, p = .294$).

Auch die Variable „Gruppenatmosphäre“ scheint keinen bedeutsamen Einfluss zu haben. Es finden sich keine signifikanten Zusammenhänge zum „Objektiven Trainingserfolg T1-T2“ ($r(n = 114) = -.061, p = .520$) und zum „Objektiven Trainingserfolg T1-T3“ ($r(n = 112) = -.053, p = .580$). Genauso bleibt ein bedeutsamer Zusammenhang zum „Subjektiven Trainingserfolg“ ($r(n = 123) = -.106, p = .241$) aus.

In der Variable „Anzahl fehlender Mitglieder“ kann eine statistisch signifikante negative Beziehung zum „Subjektiven Trainingserfolg“ beobachtet werden ($r(n = 133) = -.216, p = .012$). Je mehr Personen in einer Sitzung fehlen, desto geringer fällt der persönlich eingeschätzte Trainingserfolg aus. Der Effekt von $r = -.216$ ist als niedrig einzustufen. Es zeigen sich hingegen keine bedeutsamen Zusammenhänge zu den Variablen „Objektiver Trainingserfolg T1-T2“ ($r(n = 123) = -.023, p = .797$) und „Objektiver Trainingserfolg T1-T3“ ($r(n = 120) = .126, p = .170$).

Eine positive Bewertung des R.A.P.s seitens der Gruppenleitung (Ausmaß der Zuneigung zum R.A.P.) korreliert statistisch signifikant mit dem „Subjektiven Trainingserfolg“ ($r(n = 133) = .212, p = .014$). Der beobachtete Effekt von $r = .212$

ist auch hier als gering zu bewerten. Je positiver die Gruppenleitungen das Programm einschätzen, desto höher fällt auch der subjektiv erlebte Trainingserfolg aus. Zum „Objektiven Trainingserfolg T1-T2“ ($r(n = 123) = .052, p = .567$) und zum „Objektiven Trainingserfolg T1-T3“ ($r(n = 120) = .031, p = .741$) können keine bedeutsamen Zusammenhänge beobachtet werden.

Weiterhin ist mittels *t*-Test für unabhängige Stichproben zu prüfen, inwiefern die Gruppengröße den Trainingserfolg der Teilnehmenden beeinflusst (Tabelle 64, Tabelle 65, Tabelle 66).

Tabelle 64: Mittelwertsunterschiede im „Objektiven Trainingserfolg T1-T2“ bezogen auf die untersuchte Variable „Gruppengröße“ (nominal codiert in „optimale Gruppengröße 7-8 Teilnehmende“ und „andere Gruppengröße“)

GRUPPENBEZOGENE VARIABLE (nominal/kategorial)		Objektiver Trainingserfolg T1-T2				
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i> -Wert	<i>t</i> -Wert (<i>df</i> = 121)	Cohens <i>d</i>
Gruppengröße	7-8 Teilnehmende (<i>n</i> = 54)	0.23	0.45	.375	-.89	0.183
	Andere Gruppengröße (<i>n</i> = 69)	0.16	0.41			

Anmerkungen: *n* = Stichprobengröße; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *p*-Wert = Signifikanzwert, Berechnung eines *t*-Tests für unabhängige Stichproben; Cohens *d* = Effektstärkemaß; T1-T2 = Interventionszeitraum.

Tabelle 65: Mittelwertsunterschiede im „Objektiven Trainingserfolg T1-T3“ bezogen auf die untersuchte Variable „Gruppengröße“ (nominal codiert in „optimale Gruppengröße 7-8 Teilnehmende“ und „andere Gruppengröße“)

GRUPPENBEZOGENE VARIABLE (nominal/kategorial)		Objektiver Trainingserfolg T1-T3				
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i> -Wert	<i>t</i> -Wert (<i>df</i> = 118)	Cohens <i>d</i>
Gruppengröße	7-8 Teilnehmende (<i>n</i> = 53)	0.18	0.39	.762	-.30	0.055
	Andere Gruppengröße (<i>n</i> = 67)	0.16	0.42			

Anmerkungen: *n* = Stichprobengröße; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung, *p*-Wert = Signifikanzwert, Berechnung eines *t*-Tests für unabhängige Stichproben; T1-T3 = Gesamter Studienzeitraum; Cohens *d* = Effektstärkemaß; ¹ = Welch Anpassung;

Tabelle 66: Mittelwertsunterschiede im „Subjektiven Trainingserfolg“ bezogen auf die untersuchte Variable „Gruppengröße“ (nominal codiert in „optimale Gruppengröße 7-8 Teilnehmende“ und „andere Gruppengröße“)

GRUPPENBEZOGENE VARIABLE (nominal/kategorial)	Subjektiver Trainingserfolg					
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i> - Wert	<i>t</i> -Wert (<i>df</i> = 130.21)	Cohens <i>d</i>	
Gruppengröße	7-8 Teilnehmende (<i>n</i> = 58)	5.03	0.77	.052^{o1}	-1.88	0.321
	Andere Gruppengröße (<i>n</i> = 75)	4.72	1.08			

Anmerkungen: *n* = Stichprobengröße; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung, *p*-Wert = Signifikanzwert, Berechnung eines *t*-Tests für unabhängige Stichproben; Cohens *d* = Effektstärkemaß; ¹ = Welch Anpassung; ^o = *p* < .10.

Proband*innen, die eine Gruppe mit sieben bis acht Teilnehmenden besuchten, zeigen durchschnittlich 0.31 Punkte mehr im „Subjektiven Trainingserfolg“ auf als Proband*innen in anderen Gruppen ($t(130.21) = -1.88, p = .052$). Der Effekt von $d = 0.321$ ist als kleiner Effekt zu interpretieren. Auch hier sind keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zum „Objektiven Trainingserfolg T1-T2“ ($t(121) = -.89, p = .357$) oder zum „Objektiven Trainingserfolg T1-T3“ ($t(118) = -.30, p = .762$) zu erkennen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Interesse der Gruppenleitung an den Themen des R.A.P.s keinen Einfluss auf den Trainingserfolg der Teilnehmenden nimmt. Auch die Gruppenatmosphäre scheint, den Daten zu entnehmen, keine Relevanz für den Trainingserfolg zu haben. Ein signifikanter negativer Zusammenhang kann zwischen dem subjektiven Trainingserfolg und der Anzahl fehlender Mitglieder in der Gruppe beobachtet werden. Weiterhin ist ein bedeutsamer positiver Zusammenhang zwischen dem subjektiven Trainingserfolg und dem Ausmaß der Zuneigung zum R.A.P. seitens der Gruppenleitung zu erkennen. Abschließend konnte ein tendenzieller Zusammenhang zwischen dem subjektiven Trainingserfolg und der optimalen Gruppengröße von sieben bis acht Teilnehmenden gezeigt werden.

11.2.5 Zusammenfassung der Ergebnisse zu den Einflussfaktoren

Die Tabelle 67 liefert eine Übersicht über die untersuchten unabhängigen Variablen und deren Zusammenhänge mit den Indikatoren des Trainingserfolgs.

Tabelle 67: Übersicht zu den statistisch signifikanten Zusammenhängen zwischen den potenziellen Einflussvariablen und den Indikatoren des Trainingserfolgs

EINFLUSSVARIABLEN	Einflussrichtung	Objektiver Trainingserfolg		Subjektiver Trainingserfolg
		T1-T2	T1-T3	
KRANKHEITSBEZOGENE EINFLÜSSE				
Psychosoziales Funktionsniveau (GAF-Wert)				
Behandlungsdauer	↘	✓	✓	
Erkrankungsdauer				
Anzahl stationärer Aufenthalte	↘	✓	✓	
SOZIODEMOGRAFISCHE EINFLÜSSE				
Alter				
Geschlecht				
TRAININGSBEZOGENE EINFLÜSSE				
Regelmäßige Anwendung der häuslichen Übung	↗	✓		✓
Regelmäßige Anwendung der erlernten Methoden	↗	✓		✓
Vorwissen				
Teilnahmhäufigkeit	↗			✓
GRUPPENBEZOGENE EINFLÜSSE				
Interesse der Gruppenleitung an den Themen des R.A.P.s				
Einhaltung der optimalen Gruppengröße (7-8 Teilnehmende)	↗			✓
Gruppenatmosphäre				
Fehlen der Mitglieder	↘			✓
Ausmaß der Zuneigung zum R.A.P. seitens der Gruppenleitung	↗			✓

Anmerkungen: ↘ = Negativer Zusammenhang, ↗ = Positiver Zusammenhang, ✓ = Statistisch signifikanter Zusammenhang ($p < .05$), ✓ = Tendenzieller Zusammenhang ($p < .10$).

Der überwiegende Teil der Variablen zeigt keine statistisch signifikanten Beziehungen zu den untersuchten abhängigen Variablen. Wenn bedeutsame Veränderungen ($p < .05$) festgestellt wurden, dann sind diese insbesondere im Interventionszeitraum (T1-T2) zu beobachten. Einen negativen Einfluss haben somit eine lange Behandlungsdauer sowie vermehrte stationäre Aufenthalte in einem

psychiatrischen Krankenhaus. Positiv hingegen wirken sich die regelmäßige Durchführung der häuslichen Übung als auch die kontinuierliche Anwendung der erlernten Methoden aus.

Werden die erlernten Methoden und häuslichen Übungen regelmäßig angewendet, wird auch der „Subjektive Trainingserfolg“ höher eingeschätzt. Der subjektive Trainingserfolg geht außerdem mit einer hohen Teilnahmehäufigkeit an dem Programm einher. Das Fehlen einzelner Mitglieder wirkt sich entsprechend negativ auf den persönlich erlebten Trainingserfolg aus. Außerdem zeigt sich, dass eine Gruppenleitung, die dem R.A.P. besonders zugeneigt ist, mit einem erhöhten subjektiven Trainingserfolg der Teilnehmenden einhergeht.

Einzig die Variable „Anzahl stationärer Aufenthalte“ zeigt auch für den gesamten Studienzeitraum einen negativen Zusammenhang mit dem „Objektiven Trainingserfolg“.

Die optimale Gruppengröße und der Schweregrad der Erkrankung (gemessen mit dem GAF-Wert) sind als tendenzielle Zusammenhänge ($p < .10$) mit dem subjektiv erlebten Trainingserfolg zu interpretieren.

Auffällig ist abschließend die Diskrepanz zwischen dem subjektiven und objektiven Trainingserfolg. Eine gemessene Veränderung im subjektiv erlebten Trainingserfolg geht in nur zwei Variablen auch mit einer bedeutsamen Veränderung im „Objektiven Trainingserfolg“ einher.

11.3 Bewertung des R.A.P.s, Trainingserfolg und Adhärenz

a) Einschätzung des subjektiven Trainingserfolgs

Um zu erfahren, wie die Teilnehmenden selbst ihren Trainingserfolg einschätzen, wurde eine aus sechs Items bestehende Skala mit jeweils zwei Items zur Erwartung der Aufrechterhaltung des Erfolgs, zwei Items zur Bereitschaft, das Erlernte weiterhin anzuwenden und zwei Items zur Einschätzung des persönlichen Gewinns verwendet. Die Items konnten auf einer sechsstufigen Skala von „trifft voll und ganz zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“ beantwortet werden. Die übergeordnete Variable stellt den „Subjektiven Trainingserfolg“ dar.

Tabelle 68: Bewertung des subjektiven Trainingserfolgs

SUBJEKTIVER TRAININGSERFOLG	(n)	+++ (6)	++ (5)	+ (4)	- (3)	-- (2)	--- (1)	M	SD
Erwartung der Aufrechterhaltung								4.83	1.02
<ul style="list-style-type: none"> „Ich werde die erlernten (häuslichen) Übungen weiterhin für mich anwenden.“ 	(134)	28	45	44	11	3	3		
<ul style="list-style-type: none"> „Ich werde die erlernten Methoden weiterhin anwenden, um mein Wohlbefinden zu steigern.“ 	(133)	31	51	38	7	2	4		
Bereitschaft das Erlernte weiterhin anzuwenden								4.62	1.04
<ul style="list-style-type: none"> „Ich bin zuversichtlich, dass das, was ich im Kurs gelernt habe, mir auch im Alltag helfen wird.“ 	(134)	39	62	24	3	2	4		
<ul style="list-style-type: none"> „Ich glaube, dass ich durch das im Kurs Gelernte mein (künftiges) Wohlbefinden positiv beeinflussen kann.“ 	(134)	33	58	29	8	3	3		
Einschätzung des persönlichen Gewinns								5.12	1.08
<ul style="list-style-type: none"> „Ich würde das Gruppenkonzept (Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.) jederzeit anderen Leuten empfehlen.“ 	(134)	69	41	17	1	1	5		
<ul style="list-style-type: none"> „Das Programm war für mich ein großer persönlicher Gewinn.“ 	(134)	57	45	20	5	3	4		

Anmerkungen: „+++“ = „trifft voll und ganz zu“; „---“ = „trifft überhaupt nicht zu“; M = Mittelwerte, SD = Standardabweichungen; Werte stellen Häufigkeitsangaben dar; n = IG der Evaluationsstichprobe.

Die Tabelle 68 zeigt deutlich, dass die Teilnehmenden des R.A.P.s ihren persönlichen Trainingserfolg positiv einschätzen. Die Proband*innen möchten das Erlernte weiterhin aufrechterhalten ($M = 4.83$, $SD = 1.02$) und sind zuversichtlich,

die Übungen und Methoden weiterhin anzuwenden ($M = 4.62$, $SD = 1.04$). Sie denken weiterhin, dass die Anwendung positive Auswirkungen auf ihren Alltag und ihr Wohlbefinden haben wird. Besonders positiv ($M = 5.12$, $SD = 1.08$) wird der persönliche Gewinn eingeschätzt. 94.78 % würden das Programm anderen weiterempfehlen und 91 % sehen das Programm als persönlichen Gewinn an.

b) Bewertung der Sitzungen durch die Teilnehmenden

Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe hatten nach Beendigung des Gruppenangebots (T2) die Möglichkeit, alle acht Sitzungen mittels einer Notenskala von 1-6 (Note 1 = sehr gut, Note 6 = ungenügend) zu bewerten.

Tabelle 69: Bewertung der Sitzungseinheiten 1-8 auf einer Notenskala

SITZUNGSEINHEITEN	(n)	1	2	3	4	5	6	M	SD
1. Ressourcenarten	(121)	60	45	13	0	2	1	1.69	0.89
2. Aufbau positiver Aktivitäten	(110)	63	31	12	3	0	1	1.62	0.90
3. Genuss und Achtsamkeit	(120)	71	27	13	5	2	2	1.72	1.10
4. Dankbarkeit und das Positive	(120)	54	44	12	6	3	1	1.86	1.05
5. Eigene Stärken erkennen und nutzen	(116)	56	36	17	3	2	2	1.84	1.07
6. Wertschätzender Umgang (Das Positive an sich und anderen sehen)	(112)	54	40	11	1	1	5	1.84	1.18
7. Hilfsbereitschaft und Mitmenschlichkeit (Anderen etwas Gutes tun)	(107)	57	31	10	4	2	3	1.80	1.17
8. Abschluss und Zusammenfassung aller Inhalte	(101)	56	27	11	4	1	2	1.74	1.08

Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; 1-6 Notenbewertung; Angaben unter Noten sind Häufigkeitswerte, n = IG der Evaluationsstichprobe

Aus der Tabelle 69 wird sichtbar, dass alle acht Sitzungseinheiten bzw. Sitzungsthemen deutlich im positiven Bereich benotet wurden. Vereinzelt können Noten zwischen 4-6 ermittelt werden. Die Mittelwerte unterscheiden sich kaum zwischen den einzelnen Sitzungen. Durchschnittlich werden die Sitzungen zwischen der Note eins „sehr gut“ und der Note 2 „gut“ (Mittelwerte zwischen 1.62 und 1.86) bewertet. Die Sitzung 4 „Dankbarkeit und das Positive“ wird als schlechteste (dicht gefolgt von Sitzung 5 und Sitzung 6), die Sitzung 2 „Aufbau positiver Aktivitäten“ als beste der acht Sitzungen bewertet. Der Modalwert liegt bei allen acht Sitzungseinheiten bei der Note 1.

c) Bewertung des R.A.P.s durch die Gruppenleitungen

Neben den Proband*innen hatten am Ende der Durchführung auch die Gruppenleitungen die Möglichkeit das Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. zu bewerten und ihren persönlichen Eindruck abzugeben. Zur Erfassung des Gesamteindrucks wurde eine aus elf Items bestehende Skala entwickelt (Antwortmöglichkeiten: sechsstufige Likert-Skala von „trifft sehr zu“ bis „trifft gar nicht zu“). Hierbei wurden verschiedene inhaltliche und strukturelle Aspekte zum R.A.P. (Item 1, Item 2, Item 3, Item 4, Item 5, Item 7), die Passung zur Klientel (Item 6, Item 9) sowie der persönliche Gewinn (Item 8, Item 10, Item 11) erhoben.

Tabelle 70: Bewertung des R.A.P.s durch die Gruppenleitungen

BEWERTUNG R.A.P	+++ (6)	++ (5)	+ (4)	- (3)	-- (2)	--- (1)	<i>M</i>	<i>SD</i>
Ablauf des R.A.P.s	23	5	1	0	0	0	5.76	0.51
Aufbau der Sitzungen	13	15	1	0	0	0	5.41	0.57
Themenauswahl	26	3	0	0	0	0	5.90	0.31
Übungen u. häusliche Übungen	14	14	1	0	0	0	5.45	0.57
Angemessene Sitzungsdauer (2h)	8	6	8	5	2	0	4.45	1.27
Gut geeignet für Klienten der Abteilung	8	14	4	3	0	0	4.93	0.92
Anwendung des Manuals	25	4	0	0	0	0	5.86	0.35
Allgemeine Zufriedenheit mit dem R.A.P.	21	8	0	0	0	0	5.72	0.45
Gefühl, dass Klienten profitiert haben	13	12	4	0	0	0	5.31	0.71
Froh, dass man das R.A.P. durchgeführt hat	23	4	2	0	0	0	5.72	0.59
Würde das R.A.P. wieder durchführen	23	5	0	0	0	1	5.66	0.97

Anmerkungen: „+++“ = „trifft voll und ganz zu“; „---“ = „trifft überhaupt nicht zu“; *M* = Mittelwerte, *SD* = Standardabweichungen. Die Zahlen stellen die Häufigkeiten der genannten Antworten dar, *n* = 29.

Die Tabelle 70 zeigt, dass die Gruppenleitungen insbesondere mit der Themenwahl des R.A.P.s, gefolgt vom Ablauf des R.A.P.s und der Anwendung des Manuals sehr zufrieden sind. In allen drei Aspekten können Mittelwerte über 5.5 (von 6) berechnet werden, was eine deutlich positive Bewertung darstellt. Auch der Aufbau der Sitzungen und die verwendeten Übungen bzw. häuslichen Übungen werden mit Mittelwerten von 5.41 und 5.45 (von 6) deutlich positiv eingestuft. Auch wenn die Sitzungsdauer von zwei Stunden ebenfalls positiv bewertet wird, stellt dieser Wert der „schlechteste Wert“ der Tabelle dar. Die Gruppenleitungen haben ausschließlich das Gefühl, dass die Teilnehmenden von dem Programm profitiert haben (keine negativ Nennung) und finden das Programm überwiegend gut geeignet für die Zielgruppe ihrer Abteilung. Drei Gruppenleitungen finden das Programm eher nicht gut geeignet. Insgesamt sind alle Gruppenleitungen zufrieden bzw. sehr zufrieden mit dem R.A.P. (*M* = 5.72; *SD* = 0.45). Alle

Gruppenleitungen sind froh, dass sie das R.A.P. durchgeführt haben und bis auf eine Person würden alle das Programm wieder anwenden.

Alle abgefragten Items liegen deutlich im positiven Bereich. Der Mittelwert der Skala „Gesamteindruck vom R.A.P.“ beträgt 5.46 ($SD = 0.40$) und verdeutlicht die positive Einstellung der Gruppenleitungen zum R.A.P.

d) Adhärenz

Die Adhärenz der Teilnehmenden zeigt sich nicht nur in der regelmäßigen Teilnahme an den Sitzungen, sondern auch in dem Ausmaß des Transfers der erlernten Methoden in den Alltag und der Durchführung der aufgegebenen häuslichen Übungen.

Tabelle 71: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Variablen „Teilnahmehäufigkeit“, „Durchführung der häuslichen Übung“ und „Anwendung der erlernten Methoden im Alltag (gesamt)“

ADHÄRENZINDIKATOREN			
	(n)	M	SD
Teilnahmehäufigkeit ¹	(188)	6.17	2.07
Durchführung der häuslichen Übung ²	(128)	3.56	0.93
Anwendung der erlernten Methoden im Alltag (gesamt) ³	(134)	4.46	0.93

Anmerkungen: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung; ¹ = Skala 1-8 Sitzungen; ² = Skala 1-5 (1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = immer); ³ = Skala 1-6 (1 = nie, 2 = seltener, 3 = mehrmals im Monat, 4 = einmal in der Woche, 5 = mehrmals in der Woche, 6 = täglich)

Die Tabelle 71 verdeutlicht das Ausmaß, inwiefern die Teilnehmenden bereit waren, die Intervention anzunehmen und die damit verbundenen Aufgaben durchzuführen. Durchschnittlich nahmen die Proband*innen an sechs der acht Sitzungen teil, wobei eine relativ hohe Standardabweichung von 2.07 zu beobachten ist. Insgesamt besuchten 61 Proband*innen (32.8 %) alle Sitzungen und 76.6 % nahmen an mehr als vier der acht Sitzungen teil.

Die aufgegebenen häuslichen Übungen wurden im Schnitt „manchmal“ bis „oft“ ($M = 3.56$, $SD = 0.93$) durchgeführt.

Die erlernten Methoden wurden durchschnittlich einmal in der Woche ($M = 4.46$, $SD = 0.93$) angewendet.

Das in dieser Arbeit entwickelte Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. wurde sowohl von den Gruppenleitungen als auch von den Teilnehmenden selbst durchweg sehr positiv bewertet. Beinahe alle Gruppenleitungen würden das R.A.P. wieder anbieten. Dies spricht für einen gelungenen Transfer des Programms in den sozialpsychiatrischen Alltag. Der subjektiv eingeschätzte Trainingserfolg fällt ebenfalls hoch aus. Die Klient*innen sehen die Teilnahme am R.A.P. als großen

persönlichen Gewinn. Die Mitwirkungsbereitschaft (Adhärenz) der Proband*innen hinsichtlich der aufgegebenen Übungen und der Teilnahmehäufigkeit sind als akzeptabel einzustufen.

11.4 Feedback und Verbesserungsmöglichkeiten zum R.A.P.

Neben der quantitativen Feedbackerhebung wurde zusätzlich die Möglichkeit geboten, Anmerkungen in schriftlicher Form zu jeder Sitzungseinheit und eine allgemeine Rückmeldung am Ende des Programms abzugeben. Diese Form der Datenerhebung ermöglicht nicht nur eine umfassende inhaltliche Analyse des Programms, sondern bietet dadurch auch die Möglichkeit des Herausarbeitens potenzieller Optimierungsmöglichkeiten. Bei der Analyse dieser Anmerkungen kristallisierten sich vier Kategorien („Positives Feedback“, „Kritische Anmerkungen“, „Verbesserungsvorschläge“, „Herausfordernde Situationen“) heraus, denen die am häufigsten genannten Aussagen zugeordnet werden können. Für die Darstellung des Positiven Feedbacks sei auf den Anhang (siehe S. 354) verwiesen.

Tabelle 72: Kritische Anmerkungen, Verbesserungsvorschläge und herausfordernde Situationen zum bzw. im R.A.P.

KRITISCHE ANMERKUNGEN
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer von 2 Stunden zu lange (7 N.), Konzentrationsfähigkeit nicht ausreichend, insbesondere bei Sitzung 1 und Sitzung 2 • Sitzung überfordert, zu viel Input, zu viele Arbeitsblätter (5 N.), insbesondere bei Sitzung 5 (8 N.), Sitzung 2 (4 N.) und Sitzung 1 (3 N.), • Zu hochschwellig für schwächere Teilnehmende (7 N.) • Übung „Duschmeditation“ in Sitzung 4 zu intim (8 N.)
VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE ¹
<ul style="list-style-type: none"> • Vorgespräch mit Teilnehmenden, um Passung zur Gruppe abzuklären (hinsichtlich der Themen und des kognitiven Anspruchs) • Gruppenmitglieder homogen bzgl. des kognitiven Niveaus gestalten • Auflockerungsübungen zur Konzentrationssteigerung • Weniger Schreiarbeit, mehr Raum für gruppendynamische Prozesse • Besser 16 Sitzungen à 1 Stunde • Einfachere Begriffsklärung schwieriger Wörter, z. B. „Ressourcen“
HERAUSFORDERNDE SITUATIONEN
<ul style="list-style-type: none"> • Abbruch, Nichtteilnahme von Teilnehmenden (9 N.) • Ausbruch intensiver Emotionen (7 N.) • Besonders hoher Redebedarf einzelner Teilnehmenden (3 N.) • Heterogenität der Gruppe (3 N.)

Anmerkungen: „N“ = Anzahl der Nennungen, Nennungen wurden ausschließlich dann in die Tabelle aufgenommen, wenn sie mindestens drei Mal genannt wurden. ¹ beispielhafte Einzelnennungen, „T“ = Teilnehmende.

Die Übersicht (Tabelle 72) verdeutlicht die Einstellungen der Gruppenleitungen zum R.A.P. Die beiden zu bemängelnden Hauptaspekte beziehen sich zum einen auf die zeitliche Länge des Programms sowie die Niedrigschwelligkeit. Zwei

Stunden wurden teilweise als zu lange empfunden, sodass die Konzentrationsfähigkeit der Teilnehmenden überstrapaziert wurde. Zudem wurde angemerkt, dass das Programm zu viel Input und Arbeitsblätter beinhalte, dadurch überfordernd wirke und für schwächere Klientel zu anspruchsvoll sei. Besonders die fünfte Sitzung zum Thema „Eigene Stärken erkennen und nutzen“ wurde als herausfordernd empfunden. Weiterhin wurde die Übung „Duschmeditation“ vermehrt als unpassend angesehen.

Durch die Anmerkungen der Gruppenleitungen konnten zahlreiche Optimierungsideen gesammelt werden (siehe Anhang „Schriftliche Rückmeldungen der Gruppenleitung“). Aufgrund der Vielzahl und Individualität der Vorschläge zeigt die Tabelle 72 nur wenige dieser Vorschläge. Es wird deutlich, dass sich die Optimierungsmöglichkeiten primär auf eine niedrigschwelligere Gestaltung des R.A.P.s beziehen.

Die Kategorie „Herausfordernde Situationen“ (weitere Herausforderungen siehe Anhang S. 344) verdeutlicht, mit welchen Schwierigkeiten im Gruppensetting mit chronisch psychisch kranken Menschen zu rechnen ist. Hierbei scheint insbesondere das Abbrechen bzw. Nichtteilnehmen von Klient*innen am Gruppenprogramm eine Herausforderung darzustellen. Auch der intensive Emotionsausdruck einzelner Klient*innen wurde als besonders herausfordernd empfunden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die schriftlichen Anmerkungen der Gruppenleitungen sich mit den quantitativen Erhebungen überwiegend decken. Dennoch konnten durch die schriftlichen Aussagen hilfreiche und interessante Aspekte bezüglich des R.A.P.s erfasst werden. Neben allgemeinen wurden auch sitzungsspezifische Verbesserungsvorschläge ermittelt. Zudem wurden die vielfältigen Herausforderungen deutlich, mit denen im Gruppensetting mit chronisch psychisch kranken Menschen zu rechnen ist. Die Aussagen der Gruppenleitungen deuten darauf hin, dass das R.A.P. allgemein sehr interessant und positiv empfunden wurde. Den kritischen Äußerungen zu entnehmen, wurde die Dauer von zwei Stunden als zu lange und allgemein als zu anspruchsvoll insbesondere für schwächere Klient*innen bewertet.

12 Diskussion

Die vorliegende R.A.P.-Studie beinhaltete zwei Hauptziele. Zum einen sollte ein ressourcenorientiertes Gruppenprogramm speziell für die Zielgruppe der chronisch psychisch erkrankten Menschen im Setting der Sozialpsychiatrie konzipiert und aufbereitet werden. In einem weiteren Schritt stand die Untersuchung der Wirksamkeit des Programms hinsichtlich der Veränderung ausgewählter personaler Ressourcen und potenzieller Einflussfaktoren im Fokus.

Im Folgenden sollen zunächst die methodischen Herangehensweisen diskutiert werden. Im Anschluss erfolgt die Diskussion der gewonnenen Ergebnisse hinsichtlich der Veränderungen in den personalen Ressourcen sowie der Einflussvariablen. Hierbei werden neben Interpretationen und Vergleichen mit anderen Studien erste konkrete Impulse für künftige Forschungsbemühungen gegeben. In einem weiteren Kapitel werden Optimierungsmöglichkeiten bezüglich einer Veränderung des Ressourcenaufbauprogramms R.A.P. vorgestellt sowie die Bewertungen der Gruppenleitungen und Proband*innen zusammengefasst und erläutert. Um die allgemeine Wirksamkeit des Programms in den aktuellen Forschungsstand einzuordnen, wird dieses mit bereits bestehenden Gruppenprogrammen verglichen.

12.1 Diskussion der Methoden

Die Wirksamkeit des entwickelten Gruppenprogramms wurde im Rahmen einer quasi-experimentellen Prä-, Post-, Follow-up-Feldstudie untersucht.

Aufgrund organisatorischer Gegebenheiten wurde ein quasi-experimentelles Design realisiert, bei dem die Proband*innen freiwillig an der Interventions- oder Kontrollgruppe teilnahmen. Da die randomisierte Zuteilung der Proband*innen somit ausblieb und die Wahrscheinlichkeit personenbezogener Störvariablen stieg, wurde in besonderem Maße auf eine Vergleichbarkeit der Interventions- und Kontrollgruppe in allen relevanten Variablen geachtet. Die Vergleichbarkeit bezog sich sowohl auf soziodemografische als auch krankheitsbezogene Aspekte. Es konnte eine überwiegende Prätestäquivalenz festgestellt werden. Die Gruppen unterschieden sich in nur wenigen Variablen signifikant. Auffällig war der Unterschied der Geschlechter zwischen den beiden Gruppen. Es nahmen signifikant mehr Frauen als Männer an der Intervention teil. Umgekehrt nahmen signifikant mehr Männer als Frauen an der Kontrollgruppe teil. Frauen scheinen demnach an der Teilnahme einer solchen ressourcenorientierten Gruppenintervention interessierter zu sein. Männer hingegen zeigen ein größeres Interesse an einer solchen Studie eher passiv zu partizipieren. Hier könnte der Verdacht naheliegen, dass Frauen dementsprechend auch mehr von dem Gruppenprogramm profitieren. Dieser Verdacht bestätigte sich nicht. Die Wirksamkeit unterschied sich zwischen Männern und Frauen nicht bedeutsam. Die Variable „Geschlecht“ wurde somit nicht als Kovariate in die Analysen mit einbezogen.

Wenngleich die Interventions- und Kontrollgruppe in den relevanten Variablen als gut vergleichbar angesehen werden konnten, bleibt eine Verzerrung zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der „Motivation zur Teilnahme am R.A.P.“. Während in der Interventionsgruppe ausschließlich Klient*innen partizipierten, die dem Gruppenprogramm R.A.P. zugeneigt waren, nahmen in der Kontrollgruppe primär Klient*innen teil, die sich lediglich für das Ausfüllen der Fragebögen interessierten. Aufgrund dieses systematischen Unterschieds können Alternativerklärungen bezüglich des Trainingserfolgs nicht vollständig ausgeschlossen werden. Es könnte beispielsweise davon ausgegangen werden, dass motivierte Teilnehmende auch in ihrer herkömmlichen Behandlung (z. B. Betreuung durch das BEW, Termine im SpDi) motivierter waren und insbesondere in diesem Rahmen positive Veränderungen erreichten. Mit dem vorliegenden Studiendesign ist nicht endgültig zu klären, ob bzw. in welchem Ausmaß ausschließlich die R.A.P.-Teilnahme zu den Veränderungen in den personalen Ressourcen führte. Kausale Interpretationen scheinen demnach zu hoch gegriffen.

Es sei außerdem darauf hingewiesen, dass eine Vorselektion nicht nur bezüglich motivierter Proband*innen, sondern auch hinsichtlich der teilnehmenden Ein-

richtungen und durchführenden Gruppenleitungen (sozialpsychiatrische Mitarbeitende), stattfand. Die freiwillige Teilnahme führte automatisch zu einer vermehrten Teilnahme interessierter und engagierter Gruppenleitungen.

Vergleichbarkeit wurde nicht nur zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe, sondern auch hinsichtlich der Proband*innen, die vollständig an der Studie partizipierten sowie derer, die die Studie nicht abschlossen, erwartet. Um diese Annahme zu prüfen, wurde eine ausführliche Dropout-Analyse durchgeführt. Die Untersuchungen geben Hinweise darauf, dass die ausgeschiedenen Klient*innen einer engeren Betreuung bedurften (da sie häufiger in stationären Einrichtungen leben) und möglicherweise auch schwerer krank sind. Wie auch die weiterführenden Analysen zeigten, scheinen weniger stark psychosozial beeinträchtigte Klient*innen mehr von dem Ressourcenaufbauprogramm zu profitieren und verblieben möglicherweise dementsprechend auch eher in der Evaluationsstichprobe (Teilnehmende, die die Studie vollständig durchlaufen haben). Im stationären Setting werden tendenziell eher Klient*innen betreut, die schwerer erkrankt sind und somit auch mehr Unterstützung benötigen. Es scheint demnach nicht überraschend, dass eben diese Klient*innen, die einen geringeren Trainingserfolg hatten, auch häufiger aus der Studie ausschieden. Für weitere Forschungsarbeiten ist zu überdenken, wie auch diese Zielgruppe adäquat miteinbezogen werden könnte. Eine Möglichkeit besteht in der Entwicklung eines noch niedrigschwelligeren Programms. Erste Ideen hierfür finden sich in dem Kapitel 12.4 „Optimierungspotentiale, Bewertung und Feedback“.

Zudem ist zu bedenken, dass die Proband*innen der Interventionsgruppe deutlich mehr Zuwendung erhielten als diejenigen der Kontrollgruppe. Die Teilnehmenden der Kontrollgruppe erfuhren durch das Ausfüllen der Fragebögen sowie den Erhalt von fünf Euro (pro ausgefülltem Fragebogen) zwar auch eine Minimalintervention, durchliefen jedoch darüber hinaus die herkömmliche Behandlung (Treatment as usual). Die positiven Ergebnisse könnten somit teilweise auch dem Faktor der ungleichen Behandlung zuzuschreiben sein. Eine Studie, deren Studiendesign eine Kontrollgruppe mit Teilnehmenden vorsieht, die ebenfalls eine Intervention anderer Art erhalten, würde zusätzliche Informationen hinsichtlich der Wirksamkeit des R.A.P.s liefern.

Aufgrund der umfangreichen Zuwendung, die der Interventionsgruppe zukam, könnte außerdem die Gefahr bestehen, dass die Proband*innen ein deutlich positiveres Antwortverhalten zeigten, als es ihren tatsächlichen Einschätzungen entsprach. Um solche „sozial erwünschten“ Antworten zu vermeiden, wurden die Fragebögen ausschließlich in anonymer Form abgegeben. Mittels einer Code-Liste und der Verwendung von Kuverts konnte kein Bezug zwischen dem Fragebogen und der Testperson hergestellt werden. Neben der Einhaltung der Datenschutzrichtlinien sollten diese Maßnahmen auch die Wahrscheinlichkeit „ehrlicher Antworten“ erhöhen. Zusätzlich wurde mitunter aus diesem Grund die

Funktion der Gruppenleitung auf externe, unabhängige Mitarbeitende in den sozialpsychiatrischen Einrichtungen übertragen. Wäre die Rolle der Gruppenleitung der Forscherin selbst inne gewesen, so wären von ihr unkontrollierbare Versuchsleitereffekte (Rosenthal, R., 1966) ausgegangen, die Verzerrungen im Antwortverhalten begünstigt hätten.

Durch die Vielfalt der 29 Gruppenleitungen und den damit einhergegangenen unterschiedlichen Untersuchungsbedingungen konnte eine einheitliche Durchführung des Ressourcenaufbauprogramms nicht vollständig gewährleistet werden.⁴³ Zu Beginn der Studie erhielten jedoch alle Gruppenleitungen im Rahmen einer standardisierten Schulung ein ausführliches Manual sowie vorgefertigte Arbeitsblätter und eine begleitende PowerPoint-Präsentation. Somit wurde eine möglichst vergleichbare Interventionsdurchführung in den Gruppen angestrebt. Mittels mehrerer Items wurde zusätzlich nach jeder Sitzung der Grad der Einhaltung des Manuals erhoben. Auch die Einhaltung der strukturellen Vorgaben wurde einmalig am Ende des Programms ermittelt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Gruppenleitungen durchschnittlich gut an das Manual und die strukturellen Vorgaben hielten. Unkontrollierte umweltbezogene Störvariablen wie beispielsweise der Einfluss des Raumes, die Uhrzeit etc. können in Feldforschungen nur bedingt kontrolliert werden. Der Vorteil der Feldstudie im Vergleich zur Laboruntersuchung besteht jedoch in der hohen externen Validität. Die generierten Ergebnisse sind aufgrund der herkömmlichen Settingbedingungen gut auf das Arbeitsfeld der Sozialpsychiatrie und der Zielgruppe der chronisch psychisch erkrankten Menschen übertragbar. Auch die zum Großteil geringen Intracusterkorrelationskoeffizienten sprechen dafür, dass die Bedingungen in den Einrichtungen keinen bedeutsamen Einfluss auf den Trainingserfolg nahmen und die Standardisierungsmaßnahmen griffen.

Der Intracusterkorrelationskoeffizient (ICC) beschreibt den Zusammenhang der Variablen innerhalb einer Gruppe. Eindeutig erhöhte ICC Werte ($> 5\%$) können in den Variablen „Selbstwertgefühl“ und „Externalen Kontrollüberzeugungen“ beobachtet werden. Die Veränderung in diesen Variablen hängt offensichtlich von der Einrichtung ab, in der die Intervention wahrgenommen wurde. Zu bedenken ist an dieser Stelle, dass die Gruppengrößen aufgrund ausgeschiedener Klient*innen oder unzureichend ausgefüllter Fragebögen stark schwanken bzw. teilweise sehr gering ausfielen. Um noch aussagekräftigere Ergebnisse diesbezüglich zu erhalten, wären konstantere und größere Fallzahlen pro Einrichtung (Cluster) notwendig. Hierbei erscheint es sinnvoll, bereits zu Beginn

⁴³ Initial wurden zahlreiche Maßnahmen getroffen, untersuchungsbedingte Störvariablen auszuschalten, konstant zu halten oder mit zu erfassen (siehe Kapitel 10.2 „Maßnahmen zur Gewährleistung hoher wissenschaftlicher Qualität“).

größer angelegte Gruppen mit beispielsweise 10-15 Teilnehmenden zu konstruieren, sodass sich trotz eines relativ großen Dropouts eine optimale Gruppengröße von sieben bis acht Teilnehmenden einpendeln würde.

Aufgrund der Vielzahl an getesteten Hypothesen könnte weiterhin der Einwand einer erhöhten Wahrscheinlichkeit des Alpha-Fehlers erhoben werden. Mit zunehmender Anzahl getesteter Hypothesen nimmt auch die Wahrscheinlichkeit zu, einen Zusammenhang fälschlicherweise als signifikant zu erweisen (Multiples Testen; Bortz & Schuster, 2010). Um diese Wahrscheinlichkeit zu minimieren, wurde bei der Verwendung der ANOVAs eine Anpassung des Signifikanzniveaus mittels der Bonferroni-Adjustierung vorgenommen (ebd.).

Die verwendeten Messinstrumente stellen großteils standardisierte Skalen mit guten Kennwerten dar. Neu konstruierte bzw. für diese Studie veränderte Skalen wurden mittels der gewonnenen Daten hinsichtlich ihrer internen Konsistenz erneut untersucht. Die veränderte Skala zum „Gesundheitsbezogenen Kontrollerleben“ hat sich als gutes Konstrukt zur Messung wohlbefindensbezogener internaler und externaler Kontrollüberzeugungen herausgestellt. Auch durch die Veränderungen der Skalen zum „Subjektiven Trainingserfolg“ konnten keine Verschlechterungen in den Kennwerten beobachtet werden. Die umformulierte Skala zum „Interesse der Gruppenleitung an den Themen des R.A.P.s“ zeigte zwar eine akzeptable interne Konsistenz von $\alpha = .79$, die Trennschärfekoeffizienten lagen jedoch vereinzelt im unteren Bereich. Die neu erstellte Skala zum „Gesamteindruck vom R.A.P.“ zeigte für zwei Items sehr geringe Trennschärfekoeffizienten ($< .30$). Wenngleich die interne Konsistenz auch hier akzeptabel ausfiel ($\alpha = .76$), sollten bei erneuter Verwendung der Skala die Items 3 und 7 umformuliert bzw. deren Verbleib in der Skala überdacht werden.

Die erhobenen psychologischen Konstrukte stellen, ausgenommen des GAF-Wertes (Global Assessment of Functioning), Selbsteinschätzungen der Klient*innen dar. Aufgrund der schweren psychischen Erkrankung und der Retrospektivität der Fragen kann es zum einen zu verzerrten Selbsteinschätzungen und zum anderen zu Erinnerungsfehlern kommen. Offensichtlich nicht plausibel ausgefüllte Fragebögen wurden deshalb aus der Evaluationsstichprobe ausgeschlossen. 14 Fälle wurden aufgrund unzureichend bzw. unplausibel ausgefüllter Fragebögen nicht in die Auswertung aufgenommen. Um außerdem neben den überwiegenden Selbsteinschätzungen auch Werte hinsichtlich der Veränderung durch eine Fremdeinschätzung zu erhalten, würde es sich in künftigen Forschungsarbeiten anbieten, den GAF-Wert (Funktionsniveau und Schweregrad der Erkrankung) nicht nur vor, sondern insbesondere nach der Studienteilnahme zu erheben. Dies könnte ergänzende Informationen hinsichtlich des Trainingserfolgs liefern.

Im Folgenden ist zu prüfen, inwiefern die realisierte Stichprobe der R.A.P-Studie repräsentativ für die besagte Zielgruppe der chronisch psychisch Erkrankten ist.

Die Stichprobe der R.A.P.-Studie wird mit Stichproben anderer Untersuchungen an chronisch psychisch erkrankten Menschen verglichen. Der Vergleich erfolgt sowohl hinsichtlich soziodemografischer als auch krankheitsbezogener Daten.⁴⁴

Die erhobenen soziodemografischen Variablen sind mit denjenigen anderer Studien weitestgehend vergleichbar. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen ist relativ ausgeglichen (R.A.P.-Studie = 43 % Männer; Lora et al., 2007 = 49 % Männer; Richter, D., 2010 = 63 % Männer; Green et al., 2013 = 45 % Männer). Durchschnittlich sind die Proband*innen 49.56 Jahre alt (Cook et al., 2012 = 45 Jahre; Lora et al., 2007 = 45 Jahre, Richter, D., 2010 = 48.6 Jahre), ledig (R.A.P.-Studie = 78.1 %; Richter, D., 2010 = 78.9 %; Green et al., 2013 = 77 %; Cook et al., 2012 = 88 %) und nur 12.8 % der Proband*innen sind im herkömmlichen Sinne berufstätig (Voll- oder Teilzeitbeschäftigung, Geringfügige Beschäftigung, Ausbildung o. Studium) (Lora et al., 2007 = 25 %; Cook et al., 2012 = 15 %; Green et al., 2013 = 14 %)⁴⁵. Der Schweregrad der Erkrankung und das Funktionsniveau (GAF-Wert) fallen beinahe identisch mit anderen Studien aus (R.A.P.-Studie = 52 %; Gruyters et al., 1997 = 52 %; Iffland, Februar, 2015 = 52 %). Der Krankheitsbeginn (R.A.P.-Studie = 25 Jahren; Hammer, 2008 = 27 Jahren) liegt im jungen Erwachsenenalter. Es sind vermehrte stationäre Aufenthalte im Leben der Klient*innen zu beobachten (R.A.P.-Studie = 3.04 Mal; Hammer, 2008 = 4.3 Mal). Hinsichtlich der Behandlungsdauer liegen die Werte der R.A.P.-Studie im Vergleich zu anderen Studien an schwer psychisch erkrankten Menschen deutlich höher (R.A.P.-Studie = 19.43 Jahre; Richter, D., 2010 = 11.9 Jahre, Lora et al., 2007 = 9.3 Jahre). Auch wenn die Vielfalt der Diagnosen im sozialpsychiatrischen Setting groß ist, so lassen sich doch drei Diagnosegruppen mit der höchsten Frequenz identifizieren. Diese sind, wie auch bei Vergleichsstudien in diesem Setting, die „Affektiven Störungen“ (43.8 %), „Persönlichkeitsstörungen“ (22.3 %) sowie „Schizophrenien“ (33.9 %), (siehe beispielsweise Lora et al., 2007). Die vorliegende Stichprobe zeigt zudem eine vergleichsweise hohe Anzahl an Proband*innen mit einer „Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störung“ (18.3 %), die bei anderen Studien in diesem Setting so nicht zu beobachten ist.

Die realisierte Stichprobe scheint, wie den Daten zu entnehmen ist, vergleichbar mit anderen Stichproben zu sein und wird demnach als repräsentativ für die besagte Zielgruppe der chronisch psychisch erkrankten Menschen bewertet.

Hinsichtlich der Stichprobe ist außerdem festzuhalten, dass keine der gefundenen Evaluationsstudien zu ressourcenorientierten Gruppenprogrammen im deutschsprachigen Raum, weder an psychisch Erkrankten noch an „gesunden“

⁴⁴ Es werden ausschließlich die Variablen verglichen, zu denen Vergleichswerte gefunden wurden.

⁴⁵ Dieser vergleichbar geringe Wert kann der Art der Datenerhebung geschuldet sein, da die Frage zunächst missverständlich formuliert wurde und eine Nacherhebung erforderlich war.

Proband*innen, eine so große Stichprobe generieren konnte, wie es in der vorliegenden R.A.P.-Studie der Fall war. Wenn zusätzlich bedacht wird, dass es sich bei der Zielgruppe um chronisch psychisch erkrankte Menschen handelt und diese in der Regel als schwer erreichbare Klientel gelten, ist die erreichte Stichprobengröße von $N = 275$ als vergleichsweise groß einzustufen.

Aufgrund der großen Stichprobe von $N = 275$, der Vergleichbarkeit von Interventions- und Kontrollgruppe sowie dem Vorliegen der viermonatigen Katamnese ist das Studiendesign allgemein als hochwertig und die generierten Ergebnisse als weitestgehend gesichert anzusehen.

12.2 Diskussion der Ergebnisse zu den personalen Ressourcen

Im Zentrum der R.A.P.-Studie stand die Frage, wie sich die personalen Ressourcen durch die Teilnahme am Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. verändern. Um dieser Fragestellung nachzugehen, wurden neun personale Ressourcen (mit Subskalen) hinsichtlich ihrer Veränderung im Vergleich zur Kontrollgruppe und über die drei Messzeitpunkte (Prä-, Post-, Follow-up-Zeitpunkt) untersucht. Im Folgenden sollen die Ergebnisse nochmals vorgestellt und diskutiert sowie potenzielle Anregungen für weiterführende Forschungsbemühungen gegeben werden.

a) Selbstwertgefühl

Die Teilnahme am R.A.P. sollte zu einem verbesserten Selbstwerverleben führen. Diese Annahme wurde durch die Untersuchung bestätigt. Die Werte der Teilnehmenden der Interventionsgruppe zeigten deutlich positivere Werte im Vergleich zur Kontrollgruppe. Aufgrund des hohen ICC wurde bei der Analyse eine geschachtelte ANOVA verwendet. Wenngleich dieser Interaktionseffekt im Vergleich zu einer ungeschachtelten ANOVA etwas geringer ausfiel, konnte dennoch ein signifikanter kleiner Effekt nachgewiesen werden. In der Kontrollgruppe wurden leichte positive Veränderungen beobachtet, die bis zum Follow-up-Zeitpunkt relativ konstant blieben. Die Interventionsgruppe zeigte hingegen einen deutlichen Anstieg der Werte bis zum zweiten Messzeitpunkt. Bis zur viermonatigen Katamnese fielen die Werte in der Interventionsgruppe dezent ab. Die Interventionsgruppe zeigte jedoch auch zum letzten Messzeitpunkt höhere Werte als die Kontrollgruppe.

Zu Beginn der Studie zeigten die Proband*innen der Interventionsgruppe geringere Werte im Selbstwerverleben als die Teilnehmenden der Kontrollgruppe. Werden die vorliegenden Daten mit einer Stichprobe aus der Normalbevölkerung verglichen, so zeigt sich eine deutliche Diskrepanz. Die Werte im Selbstwertgefühl, gemessen mit der „Rosenberg Selbstwertkala“ (Herzberg, 2016), bei der Stichprobe der chronisch psychisch kranken Menschen fallen im Vergleich zur deutschen Normalbevölkerung (Roth, Decker, Herzberg & Brähler, 2008) deutlich geringer aus (R.A.P.-Studie: $M = 2.72$, $SD = 0.68$; Normalbevölkerung: $M = 4.92$, $SD = 0.82$). Die Zielgruppe der psychisch erkrankten Menschen scheint demnach ein Defizit im Selbstwertgefühl zu haben. Dies deckt sich mit den Annahmen von Grawe und Grawe-Gerber (1999), die bei psychisch erkrankten Menschen eine mangelhafte Befriedigung des Grundbedürfnisses nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz vermuten. Die Teilnahme am R.A.P. scheint dem-

nach eine Möglichkeit zu sein, das Selbstwerterleben zu verbessern und zur Bedürfnisbefriedigung in diesem Bereich beizutragen. Die ausgewählten Methoden und Übungen des Gruppenprogramms erwiesen sich somit als zielführend.

Die Ergebnisse zum Selbstwerterleben reihen sich in andere Untersuchungen zu ressourcenorientierten Gruppenprogrammen ein. Die Studie zur „WELLFOCUS PPT“ von Schrank et al. (2016) konnte ebenfalls positive Veränderungen im Vergleich zur Kontrollgruppe bei psychotischen Klient*innen beobachten. Auch die Studie zum „Glückscoaching“ von Laireiter et al. (2017) zeigte bedeutsame Veränderungen im Selbstwert bei einer Stichprobe aus der Normalbevölkerung. Der Interaktionseffekt (Gruppe x Zeit) fiel bei dieser Studie deutlich höher aus ($\eta^2_p = .130$) als in der vorliegenden Untersuchung zur Wirksamkeit des R.A.P.s ($\eta^2_p = .014$). Es könnte angenommen werden, dass „gesunde“ Proband*innen von ressourcenorientierten Gruppenprogrammen mehr profitieren als chronisch psychisch Erkrankte, wobei sich die Untersuchungen auch hinsichtlich der verwendeten Messinstrumente unterscheiden.

Mit der verwendeten Skala („Rosenberg Selbstwertkala“) wurde das allgemeine Selbstwertgefühl der Teilnehmenden gemessen. Um konkretere Informationen bezüglich der verschiedenen Dimensionen des Selbstwerts zu erhalten (körperbezogener Selbstwert, sozialer Selbstwert etc.), könnte in weiteren Studien die ausführlichere Skala von Schütz und Sellin (2006) („Multidimensionale Selbstwertkala“; MSWS) verwendet werden, wie es beispielsweise bei der Evaluation des stärkenorientierten Gruppenprogramms „Selbstwertgruppe“ von Krüger und Erm (2010) erfolgte.

b) Internale und Externale Kontrollüberzeugung

Im Zuge der Erhebung des Kontrollerlebens wurden sowohl die internalen als auch die externalen Kontrollüberzeugungen bezüglich des Wohlbefindens erfasst. Hypothetisch wurde angenommen, dass die Teilnahme am R.A.P. zu der Einstellung führt, das eigene Wohlbefinden selbst in der Hand zu haben (hohe internale Kontrollüberzeugung) und weniger von äußeren Umständen bestimmt zu sein (niedrige externale Kontrollüberzeugung). Diese theoretische Annahme konnte für beide Skalen nicht bestätigt werden.

Die verwendete Skala ist eine Umformulierung des Fragebogens zu gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen (Ferring, 2003), die nicht die eigene Gesundheit, sondern das subjektive Wohlbefinden erfassen sollte. Die Reliabilitätsanalysen zeigten durchweg positive, der Ursprungsskala entsprechende, Kennwerte. Die verwendete Skala scheint demnach ein adäquates Messinstrument zur Erhebung wohlbefindensbezogener Kontrollüberzeugungen zu sein. Ein solches, im deutschsprachigen Raum neues, Instrument könnte für weiterführende Studien

zur Erhebung des Konstrukts „Internale und Externale wohlbefindensbezogene Kontrollüberzeugungen“ genutzt werden. Das Ausbleiben signifikanter Veränderungen in den personalen Ressourcen kann durch unterschiedliche Faktoren bedingt sein.

Betrachtet man beispielsweise die Studie von Viehhauser (2000) sind ebenfalls keine Veränderungen bezüglich beider Skalen erkennbar. Er führt dies unter anderem auf die relativ harte Formulierung der Items zurück. Solche extremen Einstellungen seien nicht Ziel eines gesundheitsförderlichen Programms. Zu bedenken ist an dieser Stelle jedoch auch, dass sich die Skala bei Viehhauser (2000) auf gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen und nicht auf wohlbefindensbezogene Kontrollüberzeugungen bezieht.

Eine andere Studie, bei der die Veränderung der Kontrollüberzeugung durch die Teilnahme an einem kompetenzfördernden Programm an schwer psychisch erkrankten Menschen untersucht wurde (Stressbewältigungsgruppe; Hammer, 2008), zeigte für die „Externalität“ ebenfalls keine bedeutsamen Veränderungen. Die „Internalität“ hingegen verbesserte sich statistisch signifikant. Möglicherweise lassen sich externale Kontrollüberzeugungen im Rahmen von Fertigkeitentrainings allgemein und insbesondere an dieser Zielgruppe nur schwer verändern.

Hinsichtlich der „Internalität“ besteht außerdem die Möglichkeit, dass das entwickelte Gruppenprogramm R.A.P. nicht ausreichend adäquate Übungen beinhaltete. Ggf. konnte die persönliche Überzeugung, das eigene Wohlbefinden selbst beeinflussen zu können, nicht wie erwartet gestärkt werden. Es könnten beispielsweise noch gezieltere Übungen eingesetzt werden, welche die direkte Wirksamkeit des eigenen Handelns auf das subjektive Wohlbefinden deutlich machen.

Auffällig ist weiterhin, dass sich die Anfangswerte der beiden Gruppen (IG und KG) in der „Internalen Kontrollüberzeugung“ beinahe nicht unterscheiden. Die Kontrollgruppe hingegen zeigte deutlich höhere Werte in der „Externalen Kontrollüberzeugung“ im Vergleich zur Interventionsgruppe. Proband*innen, die ihr Wohlbefinden überwiegend von äußeren Faktoren bestimmt sehen, nehmen möglicherweise auch seltener an einer Intervention teil, die darauf abzielt, zu lernen, wie man das eigene Wohlbefinden selbst steuern kann. Theoretisch wäre jedoch auch die Annahme naheliegend, dass die Proband*innen der Interventionsgruppe bereits zu Beginn eine höhere internale Kontrollüberzeugung aufweisen. Dies ist nicht der Fall. Beide Gruppen zeigen beinahe identische Werte in der internalen Kontrollüberzeugung.

Allgemein betrachtet ist der durchschnittliche Anfangswert so zu interpretieren, dass die Aussagen zur „Externalen Kontrollüberzeugung“ mit „Eher falsch“ beantwortet wurden. Die Aussagen zur „Internalen Kontrollüberzeugung“ wurden

durchschnittlich mit „Eher richtig“ bewertet, was darauf schließen lässt, dass die Zielgruppe der chronisch psychisch Erkrankten ihr Wohlbefinden eher als selbst beeinflussbar als von äußeren Umständen bestimmt, wahrnehmen. Möglicherweise ist diese initiale positive Ausprägung der Variablen auch ursächlich für die ausbleibende Veränderung. Viehhauser (2000) folgert aus seinen Erkenntnissen beispielsweise, dass ein gewisses Maß an Kontrollüberzeugungen (in der Studie bezogen auf gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen) möglicherweise eher als Voraussetzung für die Teilnahme an einer solchen Intervention gesehen werden kann.

Hinsichtlich der Theorie von Grawe wurde angenommen, dass die Teilnahme am R.A.P. zu einer verbesserten Befriedigung des Bedürfnisses nach Orientierung und Kontrolle führt. Diese Hypothese kann in dieser Form nicht bestätigt werden. Es ist jedoch allgemein anzuzweifeln, ob die Teilnehmenden überhaupt einen bedeutsamen Mangel in ihrem Kontrollerleben zu verzeichnen hatten. Aufgrund fehlender Vergleichswerte mit einer Stichprobe aus der Normalbevölkerung kann diese Annahme nicht endgültig geklärt werden. Weitere Untersuchungen an „gesunden“ Menschen mit der veränderten Skala zu „Wohlbefindensbezogenen Kontrollüberzeugungen“ könnten weiterführende Erkenntnisse liefern.

c) Positive und negative Emotionen

Mit der deutschsprachigen Version der „Positive and negative Affect Schedule“ (PANAS; Krohne et al., 1996) wurden 20 positive sowie negative Befindlichkeitszustände erhoben. Die Skala stellt ein globales Maß der Affektivität der letzten Wochen dar.

Im Rahmen der Untersuchung wurde die Hypothese getestet, ob es durch die Teilnahme am Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. zu einer bedeutsamen Zunahme an positiven Emotionen sowie einer bedeutsamen Abnahme negativer Emotionen kam. In der Tat kam es zu einem Anstieg positiver Emotionen im Vergleich zu der Kontrollgruppe. Bis zum dritten Messzeitpunkt fielen die Werte etwas ab, sind jedoch immer noch höher als die der Kontrollgruppe. Auffällig war jedoch auch der relativ steile Anstieg der Werte vom zweiten bis zum dritten Messzeitpunkt in der Kontrollgruppe. In der negativen Affektivität waren weder zwischen den Gruppen noch über die Messzeitpunkte bedeutsame Veränderungen zu erkennen.

Bereits Tellegen, Watson und Clark (1999) nahmen an, dass positiver und negativer Affekt relativ unabhängig voneinander sind. Eine hohe positive Affektivität geht nicht direkt mit einer niedrigen negativen Affektivität einher. Dieser Trend konnte nicht nur in der vorliegenden Studie beobachtet werden, sondern ist auch

in der Evaluationsstudie zum „Glückscoaching“ an nicht psychisch erkrankten Menschen erkennbar. Während sich die positive Affektivität mit der Teilnahme am Programm bedeutsam verbesserte, zeigte die negative Affektivität keine Veränderungen. Auch in der Variable „Positive Affektivität“ zeigte sich für die Gruppe der „nicht psychisch Erkrankten“ ein etwas größerer Effekt ($\eta^2_p = .057$) als bei den chronisch psychisch Erkrankten der R.A.P.-Studie ($\eta^2_p = .017$). Die Evaluationsstudie zum „Glücksseminar“ (Gaberszig & Laireiter, 2018) an älteren Menschen in Seniorenheimen zeigte sehr ähnliche Effekte, wenngleich die Affektivität mittels eines anderen Messinstruments (SPANES; Diener et al., 2009) erhoben wurde. Der Interaktionseffekt (Gruppe x Zeit) erwies sich auch hier als statistisch signifikant mit einer großen Effektstärke ($\eta^2_p = .14$). Die Untersuchungen zur negativen Affektivität konnten erneut keinen statistisch signifikanten Effekt, jedoch einen tendenziellen Trend ($p = .058$) für den Interaktionseffekt ermitteln. Die Studien geben allesamt Hinweise darauf, dass zum einen größere Effektstärken bei nicht psychisch erkrankten Menschen zu beobachten sind und zum anderen die Veränderung positiver Emotionen durch ein ressourcenorientiertes Programm deutlich wahrscheinlicher ist als eine Abnahme negativer Gefühle. Diese Annahme erschließt sich auch dahingehend, dass die Gruppenprogramme ihren Fokus deutlich mehr auf den Zuwachs positiver Gefühle als auf die Reduktion negativer Emotionen legen. Für einen bedeutsamen Rückgang negativer Emotionen würde sich möglicherweise eher ein problemorientiertes Programm eignen, welches sich spezifisch mit dem Abbau negativer Gefühle beschäftigt.

Mit der Überprüfung der Affektivität wurde außerdem theoretisch angenommen, dass die Teilnahme am R.A.P. zu einer verbesserten Befriedigung des Grundbedürfnisses nach Lustgewinnung und Unlustvermeidung (Grawe & Grawe-Gerber, 1999) führt. Die Erkenntnisse deuten darauf hin, dass es in der Tat zu einer Zunahme an positiven Emotionen gekommen ist. Dies kann im Sinne einer höheren Lustgewinnung interpretiert werden. Eine Unlustvermeidung bzw. eine Abnahme negativer Gefühle erwies sich nicht als statistisch bedeutsam. Werden die Anfangswerte in den Variablen betrachtet, so sind für die positive Affektivität bei der Stichprobe der chronisch psychisch erkrankten Menschen geringere Werte ($M = 2.75$) im Vergleich zu einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung ($M = 3.17$) zu erkennen (Breyer & Bluemke, 2016). Dieses Defizit könnte so interpretiert werden, dass bei der vorliegenden Studie ein Mangel an positiven Emotionen und somit eine unzureichende Befriedigung des Bedürfnisses nach Lustgewinnung und Unlustvermeidung vorliegt, wie Grawe und Grawe-Gerber (1999) es bei psychisch erkrankten Menschen vermuten. Bei der negativen Affektivität sind im Vergleich zur Normalbevölkerung höhere Werte zu be-

obachten, was darauf hindeutet, dass die Zielgruppe auch hier ein Ressourcen-defizit aufzeigt. Dieses Defizit konnte jedoch im Rahmen des R.A.P.s nicht kompensiert werden.

d) Positiver zwischenmenschlicher Kontakt (Liebesfähigkeit)

Mit der Teilnahme am R.A.P. wurde weiterhin das Ziel verfolgt, die Proband*innen zu befähigen, positive zwischenmenschliche Kontakte zu fördern. Diese Veränderung wurde mit der Skala „Liebesfähigkeit“ des Trierer Persönlichkeitsfragebogens (Becker, 1989) erhoben. Die Untersuchungen zeigen keinen statistisch bedeutsamen Zusammenhang zwischen der Teilnahme am R.A.P. und einer Veränderung in der Variable „Liebesfähigkeit“. Die Interventionsgruppe zeigte bereits zu Beginn ein deutlich höheres Ausmaß in der Variable „Liebesfähigkeit“ als die Kontrollgruppe. Die beiden Gruppen veränderten sich, deskriptiv betrachtet, in sehr ähnlicher Weise. Entgegen der hypothetischen Annahme sank die „Liebesfähigkeit“ bis zum zweiten Messzeitpunkt sogar leicht und stieg dann zum Follow-up-Zeitpunkt wieder etwas an. Dieser Trend war in beiden Gruppen (IG und KG) zu beobachten.

Deskriptiv betrachtet kann der durchschnittliche Anfangswert der Stichprobe von $M = 2.89$ bei einer Gesamtskala von 1-4 (4 = volle Zustimmung und 1 = geringe Zustimmung) so interpretiert werden, dass die Proband*innen „oft“ positiven zwischenmenschlichen Kontakt ausüben. Werden die einzelnen Items der Skala genauer betrachtet, so fällt auf, dass eine vollständige Zustimmung möglicherweise eher in Richtung „Aufopferung für andere“ zielt („Ich kann anderen Menschen immer viel Liebe geben“ oder „Wenn andere mir ihre Probleme anvertrauen, verspüre ich immer den Wunsch, ihnen zu helfen“; Becker, 1989, S. 46). Dies war zum einen nicht Ziel des Programms, zum anderen erscheint es allgemein als ein sehr hochgestecktes Ziel, das in dieser Weise insgesamt, und insbesondere für chronisch psychisch Erkrankte, möglicherweise nicht realisierbar ist. Auffällig ist außerdem der zum zweiten Messzeitpunkt zu beobachtende Rückgang der Werte. Die „Liebesfähigkeit“ ist die einzige Variable, bei der ein Abfall der Werte direkt nach dem Programm zu erkennen ist. Es liegt die Überlegung nahe, dass die im R.A.P. verwendeten Übungen und Methoden nicht die vermutete Veränderung in der Liebesfähigkeit bewirkten. Primäres Ziel des Programms war es, die Teilnehmenden dazu zu motivieren, freundlichen und wertschätzenden Umgang mit anderen Menschen zu realisieren, immer wieder etwas „Gutes“ zu tun und allgemein einen positiven Kontakt zu gestalten. Die Subskala von Beckers „Trierer Persönlichkeitsfragebogen“ erschien als die geeignetste Skala, um positiven zwischenmenschlichen Kontakt abzubilden. Bei genauerer Betrachtung der Items der Skala „Liebesfähigkeit“ stellen diese womöglich hauptsächlich die Gefühls- bzw. Empfindungsebene dar. Die Handlungsebene wird dabei nur

bedingt abgefragt. Möglicherweise zielten die Übungen sehr viel mehr darauf ab, das Verhalten der Proband*innen zu verändern, als die damit verbundenen Gefühle und Empfindungen. Die Entwicklung einer passenden Skala, die das Konstrukt „Positiver zwischenmenschlicher Kontakt“ auf Handlungsebene abbildet, wäre möglicherweise notwendig, um stimmigere Ergebnisse zu generieren.

Entsprechend der Ressourcenaktivierungstheorie nach Grawe wurde initial angenommen, dass das R.A.P zu einer Steigerung der Liebesfähigkeit führt und somit als mögliche Basis für den Aufbau sozialer Beziehungen dient. Vergleicht man die Werte mit der Eichstichprobe, so fallen diese bei der R.A.P.-Studie etwas geringer aus (R.A.P.-Studie = 2.89; Eichstichprobe = 3.22). Die Ergebnisse der R.A.P.-Studie sind dahingehend zu interpretieren, dass oft Zuneigung und Liebe gezeigt wird. Von einem direkten Ressourcendefizit ist hierbei demnach nicht auszugehen. Eine Befriedigung des Bedürfnisses nach sozialer Bindung wurde nicht direkt, sondern nur indirekt angestrebt. Wie den Ergebnissen zu entnehmen ist, konnte durch die Teilnahme am R.A.P. auch keine solche Basis geschaffen werden.

e) Wohlbefinden

Das psychologische Konstrukt „Wohlbefinden“ wurde mehrdimensional und somit möglichst ganzheitlich gemessen. Zum einen wurde die emotionale (Stimmungsniveau) sowie kognitive Komponente (allgemeine Lebenszufriedenheit) des Wohlbefindens erhoben. Zum anderen wurde das körperliche Wohlbefinden mit den Subskalen Vitalität, Genussfähigkeit, innere Ruhe und Belastbarkeit erfasst.

Sowohl das emotionale als auch das kognitive Wohlbefinden zeigten bedeutsame Veränderungen über die Zeit und zwischen den Gruppen. Während in der Kontrollgruppe nur ein leichter Anstieg in den Werten zu beobachten war, fiel dieser in der Interventionsgruppe wesentlich höher aus. Das kognitive Wohlbefinden sowie die allgemeine Skala zum „Habituell subjektiven Wohlbefinden“ (Dalbert, 2003) wiesen hochsignifikante Veränderungen auf. Von allen gemessenen personalen Ressourcen zeigt das „Kognitive Wohlbefinden“ den größten Effekt mit $\eta^2_p = .029$ auf, gefolgt von der allgemeinen Skala zum „Habituell subjektiven Wohlbefinden - HSWBS“ ($\eta^2_p = .024$). Die positiven Veränderungen blieben in beiden Variablen bis zum Follow-up-Zeitpunkt weitestgehend erhalten, wenngleich ein geringer Abfall der Werte in beiden Wohlbefindenskomponenten zu erkennen war. Dieser geringe Abfall konnte bislang ebenfalls in den Variablen „Selbstwertgefühl“, „Positive Emotionen“ und „Kontrollüberzeugungen“ beobachtet werden. Das Ziel des R.A.P.s, das Wohlbefinden auf emotionaler und kognitiver Ebene zu steigern, kann demnach als erreicht interpretiert werden.

In der Studie von Gaberszig und Laireiter (2018) wurde ebenfalls die HSWBS-Skala zur Messung der Veränderung im Bereich „Wohlbefinden“ verwendet. Im Gegensatz zur R.A.P.-Studie konnte hier kein bedeutsamer Interaktionseffekt für das emotionale Wohlbefinden (Stimmungsniveau) gefunden werden. Das kognitive Wohlbefinden (Allgemeine Lebenszufriedenheit) verbesserte sich in der genannten Studie hingegen hochsignifikant über die Zeit und zwischen den Gruppen. Es konnte eine deutlich größere Effektstärke von $\eta^2_p = .29$ im Vergleich zur R.A.P.-Studie ($\eta^2_p = .029$) ermittelt werden. Die Stichprobe der R.A.P.-Studie, bei der es sich um chronisch psychisch erkrankte Menschen handelt, zeigte im Vergleich zu den älteren Menschen in Seniorenheimen (Gaberszig & Laireiter, 2018) bereits zu Beginn deutlich niedrigere Werte in beiden Skalen (Stimmungsniveau: R.A.P.-Studie $M_{(IG)} = 3.03$ bzw. $M_{(KG)} = 3.07$ vs. Seniorenheim-Studie $M_{(IG)} = 3.99$ bzw. $M_{(KG)} = 3.98$; Allgemeine Lebenszufriedenheit: R.A.P.-Studie $M_{(IG)} = 3.51$ bzw. $M_{(KG)} = 3.54$ vs. Seniorenheim-Studie $M_{(IG)} = 4.59$ bzw. $M_{(KG)} = 4.84$). Eine weitere Studie von Laireiter et al. (2017) zum „Glückscoaching“ an Proband*innen ohne psychiatrische Erkrankungen zeigt ebenfalls einen bedeutsamen positiven Interaktionseffekt (Gruppe x Zeit) für die „Allgemeine Lebenszufriedenheit“. Auch wenn der Effekt geringer ausfällt als in der Studie an älteren Menschen in Seniorenheimen, ist er immer noch als moderat ($\eta^2_p = .098$) und höher als in der R.A.P.-Studie einzustufen. Die Vergleiche geben Hinweise darauf, dass die allgemeine Lebenszufriedenheit bei nicht psychisch erkrankten Menschen durch ressourcenorientierte Gruppenprogramme tendenziell mehr gesteigert werden kann als bei chronisch psychisch Erkrankten. Diese Annahme kann für das Stimmungsniveau nicht bestätigt werden. Ganz im Gegenteil steigt dieses bei der R.A.P.-Studie signifikant an, wohingegen bei den älteren Menschen in Seniorenheimen keine bedeutsame Veränderung zu beobachten ist.

Das körperliche Wohlbefinden zeigte in der übergeordneten Skala „Körperliches Wohlbefinden“ signifikante Verbesserungen, in der Subskala „Innere Ruhe“ sogar hochsignifikante Veränderungen und in der Subskala „Belastbarkeit“ einen tendenziellen Interaktionseffekt. In der Subskala „Genussfähigkeit“ und der Subskala „Vitalität“ konnten weder zwischen den Gruppen noch über die Messzeitpunkte bedeutsame Veränderungen beobachtet werden. Die Werte blieben auch hier wieder bis zum Follow-up-Zeitpunkt relativ konstant. Obwohl das Thema „Genuss“ verhältnismäßig viel Raum im Programm einnahm, konnte die R.A.P.-Teilnahme überraschenderweise nicht zu einer Verbesserung der Genussfähigkeit führen. Möglicherweise bewirkten die verwendeten Übungen nicht direkt eine Verbesserung der Genussfähigkeit bzw. bewerteten die Teilnehmenden die Veränderung nicht als solche, sondern verspürten stattdessen mehr „Innere Ruhe“. Ein Zuwachs an „Innerer Ruhe“ könnte ebenfalls als Resultat der Genussübungen gesehen werden. Zudem ist festzuhalten, dass die Skala „Genussfähig-

keit“ als einzige der vier Subskalen höhere Werte bei der R.A.P.-Stichprobe aufweist als in der Normalbevölkerung (R.A.P.-Studie $M = 3.61$, Normalbevölkerung $M = 3.57$, Albani et al., 2006). Alternativ könnte demnach auch angenommen werden, dass die Zielgruppe der chronisch psychisch erkrankten Menschen womöglich kein Defizit in der Genussfähigkeit aufwies und sich diese deshalb auch nicht bedeutsam veränderte. Auch im allgemeinen körperlichen Wohlbefinden ist vergleichsweise ein geringes Defizit zur Normalbevölkerung erkennbar (R.A.P.-Studie $M = 3.33$; Normalbevölkerung $M = 3.51$). Die ausbleibende Veränderung in der Subskala „Vitalität“ könnte in der Itemformulierung begründet sein. Die Items beziehen sich alle auf das Thema „Schlaf“ und „Ausgeruhtsein“, welches als solches nicht explizit im R.A.P. behandelt wurde. Möglicherweise fehlte deshalb auch die Achtsamkeit hinsichtlich einer potenziellen Veränderung. Dies könnte auch auf die Subskala „Belastbarkeit“ zutreffen („Mein Körper ist robust, leistungsfähig, widerstandsfähig, belastbar“). Auch hierbei handelt es sich um eine Eigenschaft, die als solche nicht direkt im R.A.P. aufgegriffen wurde, sondern vielmehr aus den Achtsamkeits- und Genussübungen resultieren sollte. Da auch hier nur eine tendenzielle Veränderung zu beobachten ist, ist auch dieser Zusammenhang nur bedingt als gesichertes Ergebnis zu interpretieren.

Die Wirksamkeit des R.A.P.s im Bereich des körperlichen Wohlbefindens ist vergleichbar mit dem indikationsübergreifenden, ressourcenorientierten Gruppenprogramm von Kaluza et al. (2002), welches sich an chronisch kranke Menschen mit einer somatischen Erkrankung richtet. Es konnten bedeutsame Verbesserungen vom ersten bis zum dritten Messzeitpunkt beobachtet werden. Effekte direkt nach der Intervention (T2) erwiesen sich in der besagten Studie als nicht signifikant. Aufgrund einer fehlenden Kontrollgruppe sind die Werte jedoch nur bedingt vergleichbar. Die Untersuchungen geben Hinweise darauf, dass sich das körperliche Wohlbefinden nicht nur bei somatisch Erkrankten, sondern auch bei chronisch psychisch Erkrankten mittels eines ressourcenorientierten Gruppenprogramms steigern lässt.

Im Sinne der Ressourcenaktivierungstheorie nach Grawe und Grawe-Gerber (1999) wurde theoretisch angenommen, dass ressourcenorientierte Interventionen zur Verbesserung des Wohlbefindens führen. Diese Annahme kann bestätigt werden. Mit der Teilnahme an dem Ressourcenaufbauprogramm sind statistisch bedeutsame Veränderungen im kognitiven, emotionalen und körperlichen Wohlbefinden zu beobachten.

f) Symptomreduktion

Theoretisch wurde neben einer Steigerung des Wohlbefindens auch eine Reduktion der Symptomschwere, insbesondere depressiver Symptome (gemessen mit

der Allgemeinen Depressionsskala von Hautzinger et al., 2012), erwartet. Die Hypothese konnte für die übergeordnete Skala „Allgemeine Depressivität“ bestätigt werden. Die Interventionsgruppe zeigte bedeutsam bessere Werte über die drei Messzeitpunkte als die Kontrollgruppe. Die Veränderungen in den Subskalen „Motivationale Beschwerden“, „Somatische Beschwerden“ und „Emotionale Beschwerden“ zeigten einen statistisch bedeutsamen Interaktionseffekt. Mit Ausnahme der „Kognitiven Beschwerden“ zeigte die Interventionsgruppe deutlich schlechtere Anfangswerte in den Variablen als die Kontrollgruppe. Dies scheint nicht überraschend, da die Themen des Programms insbesondere depressiv Erkrankte ansprechen und somit Proband*innen mit schwererer Symptomatik vermutlich eher an der Interventions- als an der Kontrollgruppe partizipierten.

Für die „Emotionalen Beschwerden“ ist zu beobachten, dass die Interventionsgruppe bedeutsam an Symptomen abnahm, die Kontrollgruppe hingegen relativ konstante Symptome über die Zeit hinweg zeigte. Dieser Verlauf konnte auch bei der „Allgemeinen Depressivität“ erkannt werden. Bei beiden Variablen ist davon auszugehen, dass die Teilnahme an der Intervention zu einer Reduktion der Werte führte.

Für die Variable „Motivationale Beschwerden“ konnte ebenfalls ein signifikanter Interaktionseffekt beobachtet werden. Der Haupteffekt „Zeit“ sowie die Post-hoc-Analysen mit Bonferroni-Korrektur zeigten hingegen keine statistische Signifikanz. Wenngleich die Werte der Interventionsgruppe deutlich abnahmen, stiegen die der Kontrollgruppe beinahe im gleichem Maße an.

Ähnlich verhält es sich mit der Variable „Somatische Beschwerden“. Während die somatischen Beschwerden in der Interventionsgruppe abnahmen, stiegen sie in der Kontrollgruppe erneut in beinahe gleicher Weise an. Auch hier konnte demnach kein bedeutsamer Haupteffekt für den Faktor „Zeit“ nachgewiesen werden. Die Post-hoc-Analysen zeigen keine signifikante Veränderung für die Interventionsgruppe. Für die Kontrollgruppe ist lediglich ein tendenzieller Unterschied zwischen dem ersten und dem letzten Messzeitpunkt erkennbar. Betrachtet man beispielsweise die Studie von Laireiter et al. (2017) an einer Stichprobe aus der Normalbevölkerung, so können dort durchaus sehr deutliche ($\eta^2_p = .125$) signifikante Interaktionseffekte für die „Somatischen Beschwerden“ (gemessen mit der Beschwerden Liste von Zerssen, 1976b) beobachtet werden.

Die Ergebnisse beider Variablen („Motivationale Beschwerden“ und „Somatische Beschwerden“) deuten zwar auf eine positive Veränderung mit der Teilnahme am R.A.P. hin. Wie es zu diesem vergleichsweise „extremen“ Anstieg der Werte in der Kontrollgruppe kam, ist den vorliegenden Daten jedoch nicht zu entnehmen. Ein solcher Anstieg konnte in keiner anderen Variable für die Kontrollgruppe beobachtet werden. In jeder anderen bedeutsam veränderten Variable kommt es auch in der Kontrollgruppe zu einer, wenn auch unterschiedlich starken, Verbesserung der Werte. Zusätzlich sind diese beiden Variablen ebenfalls

die einzigen Skalen, deren Werte sich bis zum Follow-up-Zeitpunkt nochmals verbesserten und kein Rückgang der Werte erkennbar war.

Überraschenderweise konnte keine signifikante Veränderung in der Subskala „Kognitive Beschwerden“ festgestellt werden, wohingegen das „Kognitive Wohlbefinden“ sich deutlich, sogar am meisten von allen erhobenen Variablen, verbesserte. Wenngleich eine Abnahme der kognitiven Beschwerden in der Interventionsgruppe zu beobachten war, erwies sich diese im Vergleich zur Kontrollgruppe als nicht signifikant.

Eine bedeutsame Veränderung der „Motorischen/Interaktionalen Beschwerden“ blieb zwischen den Gruppen und über die drei Messzeitpunkte ebenfalls aus.

Zahlreiche Evaluationsstudien zu ressourcenorientierten Gruppenprogrammen geben Hinweise in Richtung einer positiven Veränderung der Depressivität der Teilnehmenden (Furchtlehner et al., 2019; Gaberszig & Laireiter, 2018; Schrank et al., 2016; Seligman et al., 2006). In der vorliegenden Studie wurde die Skala zur allgemeinen Depressivität als Abbild der Symptomschwere der Teilnehmenden gesehen. Vergleicht man die Anfangswerte der Stichprobe mit den im Manual vorgegebenen Grenzwerten, so wird deutlich, dass der durchschnittliche Wert der R.A.P.-Stichprobe als klinisch auffällig zu werten ist. Proband*innen mit einer affektiven Störung liegen bei einem durchschnittlichen Wert von $M = 1.39$, alle anderen bei $M = 1.12$. Beide Gruppen sind als klinisch auffällig zu interpretieren, was darauf hinweist, dass auch Proband*innen mit anderen Erkrankungen deutliche (depressive) Symptome aufzeigen.

Die Depressivität verbesserte sich auch in anderen Studien zu ressourcenorientierten Gruppenprogrammen bedeutsam. Eine Studie an ausschließlich Depressiven (Furchtlehner et al., 2019) zeigte beispielsweise im Vergleich zur herkömmlichen kognitiven Therapie einen signifikant großen Effekt ($d = 1.24$), der für die Wirksamkeit des Ressourcenprogramms (PPT) spricht (gemessen mit dem BDI-II; Hautzinger, Keller & Kühner, 2006). Der Effekt fällt deutlich höher aus als er in der R.A.P.-Studie zu beobachten ist ($\eta^2_p = .011$). In der Studie zur Wirksamkeit des „Glückscoachings“ von Gaberszig und Laireiter (2018) konnten hingegen keine statistisch bedeutsamen Interaktionseffekte für die Depressivität (gemessen mit der ADS-K; Hautzinger et al., 2012) gefunden werden. Die Anfangswerte von $M_{(IG)} = 0.94$ bzw. $M_{(KG)} = 0.86$ in dieser Studie überschritten nicht den Grenzwert von 1.1 und können somit als „nicht klinisch auffällig“ gesehen werden.

Die „Depressivität“ ist die einzige Variable, die symptomspezifisch erhoben wurde. Alle anderen Variablen stellen überwiegend positiv formulierte psychologische Konstrukte dar. Offen bleibt demnach, inwiefern es mit der Teilnahme am R.A.P. zu anderen symptomspezifischen Veränderungen, abgesehen von den depressiven Symptomen, kam.

Entsprechend der Ressourcenaktivierungstheorie nach Grawe und Grawe-Gerber (1999) wurde mit dem Einsatz ressourcenaktivierender Methoden sowohl eine Wohlbefindenssteigerung als auch eine Symptomreduktion erwartet. Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass es in der Tat zu einer Verbesserung der (depressiven) Symptome kam. Dies gilt insbesondere für die übergeordnete Skala „Allgemeine Depressivität“ sowie für die Subskala „Emotionale Beschwerden“. Inwiefern es durch die Teilnahme zu einer Abnahme anderer Symptome kam, wurde durch die vorliegende Studie nicht geklärt.

Die beschriebenen Variablen wurden auf Basis der Ressourcenaktivierungstheorie von Grawe und Grawe-Gerber (1999) erhoben. Die nachfolgende Abbildung 19 verdeutlicht die gefundenen Ergebnisse und zeigt, welche der untersuchten Variablen sich bedeutsam veränderten.

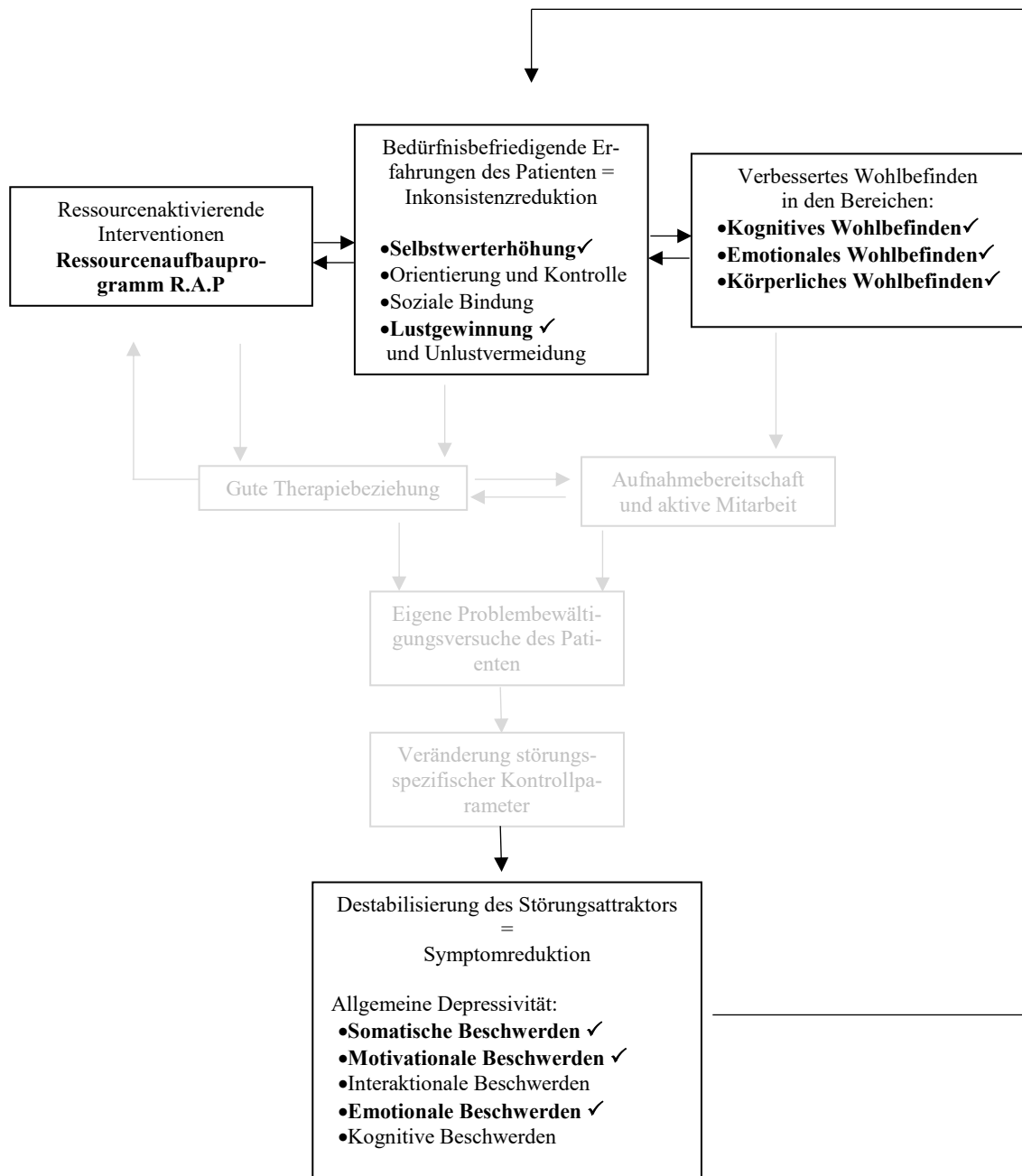


Abbildung 19: Integration der Studienergebnisse in den Prozess der Ressourcenaktivierung als positiver Rückkopplungsprozess (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, S. 68)

g) Selbstfürsorge

Die Selbstfürsorge verbesserte sich sowohl in der Gesamtskala als auch in den beiden Subskalen „Sich Gutes tun“ und „Gutes annehmen können“. In jeder Variable war ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen den Gruppen und über die drei Messzeitpunkte zu beobachten. Die Anfangswerte der beiden Gruppen unterschieden sich kaum. Im Laufe der Intervention hoben sich die Werte der Interventionsgruppe jedoch deutlich von denjenigen der Kontrollgruppe ab. Mit der Teilnahme am R.A.P. kam es zu einem bedeutsamen Zuwachs an Selbstfürsorge. Die Teilnehmenden haben dementsprechend gelernt, sich selbst Gutes zu tun und auch Gutes annehmen zu können. Dieser Kompetenzzuwachs blieb bis zum Follow-up-Zeitpunkt nach vier Monaten überwiegend erhalten. In der Variable „Gutes annehmen können“ blieben die Werte beinahe konstant, während sie in der Variable „Sich Gutes tun“ leicht abfielen. Diese Skala wurde aufgrund ihrer guten Passung zum R.A.P. in die Fragebogenbatterie aufgenommen. In der Tat scheinen Veränderungen durch die abgefragten Items abbildbar.

Initial wurde angenommen, dass die Skala zur Selbstfürsorge nur bedingt Veränderungen abbilden kann. Lutz (2012) weist auf Therapieerfolgsstudien hin (Bernhard et al., 2001), die aufzeigen, dass sich die Selbstfürsorge im Vergleich zu anderen Konstrukten nur marginal veränderte.

Um die Änderungssensitivität des Konstrukts zu erhöhen, wurde das Antwortformat von einer vierstufigen auf eine sechsstufige Skala ausgeweitet. Dieser Versuch scheint erfolgreich gewesen zu sein. Die Untersuchungen weisen statistisch signifikante Veränderungen auf, wenngleich, wie in allen anderen Variablen, ausschließlich geringe Effektstärken erkennbar sind. Andere Programme, die beispielsweise die Wirksamkeit von Online-Nachsorgeprogrammen bei Patienten aus der Rehabilitation untersuchten (Bischoff et al., 2013), konnten keine Veränderungen in der originären Version des „Marburger Fragebogens zur Selbstfürsorge“ mit dem vierstufigen Antwortformat aufzeigen. Offen bleibt hierbei, ob dies an der tatsächlichen Wirksamkeit des Programms oder des vierstufigen Antwortformats lag.

Bei Betrachtung der untersuchten personalen Ressourcen konnte gezeigt werden, dass sich sechs der acht übergeordneten Indexvariablen positiv mit der Teilnahme am R.A.P. veränderten. Die positiven Veränderungen blieben in dem Großteil der Variablen bis zum viermonatigen Follow-up-Zeitpunkt weitestgehend erhalten, wobei in beinahe jeder Variable ein geringer Abfall zu beobachten ist (Ausnahme „Somatische Beschwerden“ und „Motivationale Beschwerden“). In allen positiv veränderten Variablen liegt der Follow-up-Wert der Interventionsgruppe höher als der der Kontrollgruppe. Solch ein geringer Abfall der Werte in den personalen Ressourcen ist beispielsweise auch bei Furchtlehner et al. (2019)

zu erkennen. Im Vergleich zur Studie mit älteren Menschen in Seniorenheimen und zur Normalbevölkerung fallen die Effektstärken der R.A.P.-Studie überwiegend gering aus, was Hinweise darauf gibt, dass möglicherweise Menschen ohne psychiatrische Erkrankung tendenziell etwas mehr von ressourcenorientierten Gruppenprogrammen profitieren. Allgemein reichen die Effektstärken in keiner der untersuchten Variablen über einen „kleinen Effekt“ hinaus.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Teilnahme am R.A.P. zu kleinen, jedoch statistisch signifikanten Verbesserungen in zahlreichen personalen Ressourcen führte. Im Sinne der Ressourcenaktivierungstheorie nach Grawe und Grawe-Gerber (1999) kommt es in zwei der vier Grundbedürfnisse zu einem Zuwachs an Bedürfnisbefriedigung (Selbstwerterhöhung und Lustgewinnung). Die ressourcenaktivierende Maßnahme (Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.) führte außerdem zu mehr Wohlbefinden (kognitives, emotionales und körperliches Wohlbefinden) und zu Symptomreduktionen im Bereich depressiver Symptome.

12.3 Diskussion der Ergebnisse zu den Einflussfaktoren

Ziel der Untersuchung war nicht nur die Veränderungen in den personalen Ressourcen zu beobachten, sondern auch zu ermitteln, welche Faktoren Einfluss auf die Wirksamkeit des Ressourcenaufbauprogramms R.A.P. nehmen. Hierbei wurden neben soziodemografischen und krankheitsbezogenen auch trainingsbezogene sowie gruppenbezogene Einflussvariablen untersucht. Um diese Faktoren zu identifizieren, wurden verschiedene Zusammenhangshypothesen aufgestellt. Der Trainingserfolg wurde durch zwei Variablen operationalisiert. Zum einen wurde der „Objektive Trainingserfolg“ sowohl für den Interventionszeitraum (T1-T2) als auch für den gesamten Studienzeitraum (T1-T3) erhoben. Dieser bestand aus dem Mittelwert aller Differenzwerte der untersuchten personalen Ressourcen. Zum anderen wurde der „Subjektive Trainingserfolg“, der die persönliche Einschätzung der Teilnehmenden widerspiegelt, gemessen. Im Folgenden sollen die wesentlichen Ergebnisse noch einmal zusammengefasst, verglichen und diskutiert werden.

a) Soziodemografische Einflussfaktoren

In den Studien von Viehhauser (2000) sowie Gaberszig und Laireiter (2018) konnte festgestellt werden, dass mit zunehmendem Alter auch der Trainingserfolg stieg. Hypothetisch wurde deshalb angenommen, dass ältere Teilnehmende mehr von dem R.A.P. profitieren als jüngere. Diese Annahme konnte für die R.A.P.-Studie nicht bestätigt werden. Das Alter zeigte weder für den Interventions- noch für den gesamten Studienzeitraum einen Zusammenhang mit dem Trainingserfolg. Das Ressourcenaufbauprogramm scheint demnach altersunabhängig zu sein und alle Altersgruppen in gleichem Maße anzusprechen. Dies spricht für das Konzept, das unter anderem mit dem Ziel erstellt wurde, möglichst für alle Klient*innen im sozialpsychiatrischen Setting gewinnbringend zu sein. Zudem ist festzuhalten, dass die Stichprobe überwiegend Proband*innen in der zweiten Lebenshälfte ($M = 49.56$; $SD = 12.75$) beinhaltet. Demnach ist es möglicherweise gar nicht verwunderlich, dass das Alter in der R.A.P.-Studie keinen signifikanten Einfluss aufzeigt, da die Proband*innen bereits eher „älter“ sind und der Großteil der Teilnehmenden, fast 70 %, über 40 Jahre alt ist. Die Stichprobe bei Viehhauser (2000) hingegen zeigt ein deutlich jüngeres Durchschnittsalter von $M = 28.48$ Jahren ($SD = 8.66$), wobei über 70 % der Teilnehmenden jünger als 30 Jahre alt sind. Dass das Alter in dieser Untersuchung als bedeutsamer Einflussfaktor entdeckt wurde, ist dementsprechend durchaus nachvollziehbar. Die Untersuchung von Gaberszig und Laireiter (2018) wurde an älteren Menschen in Seniorenheimen durchgeführt, wobei sich herausstellte, dass

die Werte bei Proband*innen unter 83 Jahren in den Variablen „Positive Gefühle“, „Affektbalance“ und „Subjektives Glückserleben“ abfielen, während die Werte für die über 83-jährigen anstiegen. Bei einem durchschnittlichen Alter von $M = 83.0$ Jahren ($SD = 8.57$) kann diese Erkenntnis jedoch eher als zusätzliche Information statt als Widerspruch zu den in der R.A.P.-Studie gewonnenen Ergebnissen gesehen werden. Möglicherweise profitieren Proband*innen in solch hohem Alter besonders umfassend von einem ressourcenorientierten Gruppenprogramm.

Entsprechend dem Alter erwies sich auch das Geschlecht als keine bedeutsame Einflussvariable. Männer und Frauen profitieren in gleichem Maße von dem Ressourcenaufbauprogramm. Die angenommene Hypothese, dass das Geschlecht keinen Einfluss auf den Trainingserfolg hat, ist somit bestätigt. Das R.A.P. scheint demnach alle Geschlechter in gleichem Maße anzusprechen und kann somit als gewinnbringende Intervention sowohl für Männer als auch für Frauen eingesetzt werden. Mit diesem Ergebnis reiht sich die R.A.P.-Studie in die Untersuchungen von Viehhauser (2000) und Furchtlehner et al. (2019) ein, die ebenfalls keine bedeutsamen Geschlechterunterschiede aufweisen.

b) Trainingsbezogene Einflussfaktoren

Die Untersuchungen zeigen, dass die Veränderung der personalen Ressourcen damit zusammenhängt, wie häufig die aufgegebenen häuslichen Übungen durchgeführt und die gelernten Methoden im Alltag angewendet wurden. Für die „Häusliche Übung“ konnte für den Interventionszeitraum ein höchst signifikanter Zusammenhang berechnet werden. Die regelmäßige Durchführung der häuslichen Übung scheint demnach ein erfolgsversprechender Faktor für ein positives Behandlungsergebnis zu sein. Ein tendenzielles Ergebnis lässt sich auch für den gesamten Studienzeitraum beobachten. Die Wirksamkeit der häuslichen Übung scheint auch noch nach vier Monaten das Ausmaß der personalen Ressourcen positiv zu beeinflussen. Auch die Umsetzung der erlernten Methoden in den Alltag der Teilnehmenden geht mit positiven Behandlungsergebnissen, insbesondere im Interventionszeitraum, einher. Für den „Subjektiven Trainingserfolg“ erwiesen sich sowohl die Häufigkeit der Durchführung der häuslichen Übung als auch die Methodenanwendung als höchst signifikant. Im Vergleich zu allen anderen untersuchten Einflussvariablen zeigte der Faktor „Durchführung der häuslichen Übung“ die größten Zusammenhangswerte ($r = .319^{***}$). Solche bedeutsamen Zusammenhänge konnten bereits bei Viehhauser (2000) für die Übungshäufigkeit ermittelt werden.

Weiterhin wurde angenommen, dass der Trainingserfolg umso höher ausfällt, je ganzheitlicher das R.A.P. erlebt wurde bzw. je mehr Sitzungen besucht wurden. Diese Hypothese konnte lediglich für den „Subjektiven Trainingserfolg“ bestätigt

werden. Ein Zusammenhang zum „Objektiven Trainingserfolg“ für beide untersuchten Zeiträume blieb aus. Die Ergebnisse können so interpretiert werden, dass die Proband*innen die Sitzungen möglicherweise umso häufiger besuchten, je mehr sie das Programm schätzten und dementsprechend auch einen persönlichen Mehrwert darin sahen. Im Sinne einer Wechselwirkung liegt jedoch ebenso die Vermutung nahe, dass der persönliche Trainingserfolg steigt, je mehr Sitzungen besucht wurden. Dieser persönlich erlebte Mehrwert muss nicht zwangsläufig mit einer tatsächlich messbaren Veränderung in den personalen Ressourcen einhergehen („Objektiver Trainingserfolg“). Hinzuzufügen ist an dieser Stelle, dass Proband*innen nur dann in die Stichprobe aufgenommen wurden, wenn sie mindestens die Hälfte der Sitzungen (vier Einheiten) besuchten. Möglicherweise reichen diese vier Sitzungen bereits aus, um einen messbaren Erfolg (positive Veränderung der personalen Ressourcen), wie ihn die durchgeführten Varianzanalysen zeigen, zu erreichen. Diese Erkenntnis deckt sich mit der Studie von Furchtlehner et al. (2019). Auch hier erwies sich die Anzahl der besuchten Sitzungen nicht als signifikanter Moderator.

Hypothetisch wurde weiterhin angenommen, dass das R.A.P. sowohl für Proband*innen mit als auch ohne Vorwissen in den behandelnden Themen geeignet ist. Demnach wurde kein signifikanter Zusammenhang erwartet. Diese Erwartung bestätigte sich. Weder für den objektiven noch den subjektiven Trainingserfolg zeigten sich signifikante Zusammenhänge mit dem Grad des Vorwissens. Das R.A.P. scheint demnach nicht nur als Einsteigerprogramm, sondern auch für Fortgeschrittene geeignet zu sein. Damit erfüllt es erneut den Anspruch, für die heterogene Zielgruppe (auch hinsichtlich ihrer Vorkenntnisse zu den Themen) der Sozialpsychiatrie als effektives Programm anwendbar zu sein.

c) Gruppenbezogene Einflussfaktoren

Im Rahmen der Untersuchung sollten neben den personenbezogenen Einflussfaktoren auch gruppenspezifische Faktoren hinsichtlich ihrer Relevanz für den Trainingserfolg untersucht werden. Wie bereits Burlingame et al. (2004) postulierten, nehmen verschiedene gruppenbezogene Faktoren Einfluss auf den Trainingserfolg.

Untersuchungen zufolge beeinflusst auch die Gruppenleitung selbst den Trainingserfolg der Teilnehmenden. Wie bereits in der umfassenden Studie von Lieberman et al. (1973) herausgearbeitet wurde, scheinen Eigenschaften wie „Fürsorge“, „Emotionale Stimulation“ oder auch „Bedeutungszuweisung“ eine positive Wirkung auf den Therapieerfolg zu haben.

Weiterhin wurde angenommen, dass Gruppenleitungen, die besonders großes Interesse an dem R.A.P. zeigen, die Inhalte auch in gleichem Maße enthusiastisch vermitteln und deshalb auch einen höheren Trainingserfolg bei den Teilnehmenden generieren können. Die Untersuchungen zeigen diesbezüglich keinen Zusammenhang. Wie interessiert die Gruppenleitungen an den Themen des R.A.P.s sind, scheint für den Trainingserfolg der Teilnehmenden keine bedeutende Rolle zu spielen. Die Gruppenleitungen zeigen jedoch zum Großteil großes Interesse an den Themen des R.A.P.s ($M = 4.28$; $SD = 0.57$; Skala 1-5). Zum einen könnte es demnach sein, dass die Gruppenleitungen zwar initial großes Interesse an den Themen zeigten, sie die tatsächliche Durchführung des Programms jedoch nicht in gleichem Maße positiv empfanden und deshalb die Inhalte nicht, wie ursprünglich vermutet, in besonderem Maße enthusiastisch vermittelten. Alternativ könnte der ausbleibende Effekt auch auf das allgemein hohe Interesse der Gruppenleitungen und der geringen Standardabweichung zurückgeführt werden. Die geringen Schwankungen in der Variable könnten demnach ebenfalls ursächlich für den ausbleibenden Effekt sein. Gäbe es auch Gruppenleitungen, die wenig Interesse zeigen, so würde sich möglicherweise auch ein bedeutsamer Zusammenhang ergeben.

Im Vergleich zum Ausmaß des „Interesses der Gruppenleitung an den Themen des R.A.P.s“ zeigt der „Grad der Zuneigung zum Programm“ in der Tat bedeutende Zusammenhänge zum „Subjektiven Trainingserfolg“. Zum „Objektiven Trainingserfolg“ konnte kein Zusammenhang nachgewiesen werden. Auch hier wurde initial angenommen, dass Gruppenleitungen, die das R.A.P. positiver bewerteten, einen höheren Trainingserfolg bei den Teilnehmenden erzielen werden, da sich die positive Einstellung auf die Teilnehmenden übertragen würde. Es zeigte sich, dass die Teilnehmenden ihren persönlichen Trainingserfolg umso höher bewerten, je positiver die Einstellung der Gruppenleitung zum R.A.P. ist. Dieser Zusammenhang zeigt sich jedoch nicht für den „Objektiven Trainingserfolg“. Es scheint „leichter“ zu sein, die persönliche Einstellung der Proband*innen zum Trainingserfolg positiv zu verändern als eine tatsächlich messbare Veränderung in den erhobenen Ressourcen-Variablen zu bewirken. Dies ist durchaus naheliegend, da der „Objektive Trainingserfolg“ einen Mittelwert aller Differenzwerte in den personalen Ressourcen darstellt. Um statistische Signifikanz für die Variable „Objektiver Trainingserfolg“ zu erreichen, müssten mehrere der erhobenen Ressourcen bedeutsame Veränderungen aufzeigen. Es sei auch darauf hingewiesen, dass sich die Variablen möglicherweise gegenseitig beeinflussen. Merkt die Gruppenleitung, dass das Programm bei den Teilnehmenden wirksam ist, wird sie dieses vermutlich auch positiver bewerten. Spüren die Teilnehmenden hingegen, dass die Gruppenleitung das von ihr vermittelte Programm besonders gut und hilfreich empfindet, könnte sich diese Einstellung auf die Proband*innen übertragen, was dazu führt, dass diese ihren persönlichen

Trainingserfolg höher einschätzen. Die Untersuchungen geben Hinweise darauf, dass das Ausmaß der Zuneigung zum R.A.P. für den persönlich eingeschätzten Trainingserfolg wohl bedeutsamer ist als das Interesse der Gruppenleitungen an den Themen des Programms. Ein bloßes Interesse der Gruppenleitungen an den Themen reicht möglicherweise nicht aus, um einen bedeutsamen Effekt bei den Gruppenmitgliedern zu bewirken. Hierzu scheint insbesondere die positive Einstellung der Gruppenleitung zu genau dem Programm, das es zu vermitteln gilt, von Bedeutung zu sein. Aufgrund des ausbleibenden Zusammenhangs zum „Objektiven Trainingserfolg“ sind die Ergebnisse jedoch lediglich als erste Hinweise zu deuten, die in künftigen Untersuchungen hinsichtlich ihrer Relevanz weiter geprüft werden müssen.

Als weiterer Faktor wurde der Einfluss der Gruppenatmosphäre untersucht. Theoretisch wurde angenommen, dass in Gruppen, in denen die Atmosphäre besonders gut ist, auch der Trainingserfolg der Teilnehmenden besonders positiv ausfällt. Die Analysen bestätigen diese Hypothese nicht. Die Atmosphäre scheint weder den objektiven noch den subjektiven Trainingserfolg bedeutsam zu beeinflussen. Zum einen ist hier anzumerken, dass die Variable „Gruppenatmosphäre“ mit nur einem Item „Wie empfanden sie die Atmosphäre in der Gruppe“ erhoben wurde, was die tatsächliche Gruppenatmosphäre möglicherweise zu undifferenziert abbildet. Zum anderen ist festzuhalten, dass die Atmosphäre einzig von der Gruppenleitung, jedoch nicht von den Gruppenmitgliedern, abgefragt wurde. Wenngleich die Gruppenleitung einen Eindruck von der Atmosphäre in der Gruppe erhielt, kann sich dieser durchaus von dem der Mitglieder unterscheiden. Hinzuzufügen ist außerdem, dass die Gruppenatmosphäre zum Großteil als sehr angenehm eingestuft wurde ($M = 4.42$, $SD = 0.45$, Skala 1-5). Auch die Streuung fiel relativ gering aus. Möglicherweise hat das hochgradig durchstrukturierte Manual, an dessen Vorgaben sich die Gruppenleitungen gut hielten ($M = 5.62$, $SD = 0.27$, Skala 1-6), seinen Zweck erfüllt. So kam es durch die stark strukturierte, verhaltenstherapeutische Vorgehensweise, wie bereits von Fiedler (2005) angenommen, zu wenigen negativen gruppenspezifischen Prozessen. Störungen und Konflikte konnten möglicherweise überwiegend vermieden werden. Alternativ könnte jedoch auch angenommen werden, dass, wie bereits bei der Variable „Interesse der Gruppenleitung an den Themen des R.A.P.s“, die allgemein hohen Werte und die geringe Standardabweichung den ausbleibenden Effekt begründen. Würde es Gruppen geben, die eine besonders schlechte Atmosphäre aufzeigen, so könnten womöglich bedeutsamere Zusammenhänge festgestellt werden.

Als optimale Gruppengröße wurde von Fiedler (2005) eine Größe von sieben bis acht Teilnehmenden empfohlen. Insbesondere bei schwer psychisch erkrankten Menschen wirke eine zu große Gruppe kontraproduktiv. Bei einer zu geringen Zahl an Gruppenmitgliedern kann jedoch möglicherweise die Zusammenarbeit

innerhalb der Gruppe behindert werden. Im Rahmen der Untersuchung sollte deshalb geprüft werden, ob Proband*innen, die sich in einer Gruppe mit sieben bis acht Teilnehmenden befanden, einen höheren Trainingserfolg aufzeigen als Proband*innen in kleineren oder größeren Gruppen. Gruppen mit der „optimalen Gruppengröße“ von sieben bis acht Mitgliedern zeigten tendenziell höhere Werte im „Subjektiven Trainingserfolg“ als Proband*innen aus Gruppen anderer Größen. Es konnte kein Zusammenhang zum „Objektiven Trainingserfolg“ beobachtet werden. Fiedlers Annahme wird durch die Untersuchungsergebnisse dementsprechend nur teilweise gestützt. Die Gruppengröße scheint demnach für das persönliche Empfinden in der Tat eine Rolle zu spielen. Die tatsächliche Veränderung in den personalen Ressourcen wird durch die Gruppengröße jedoch nicht bedeutsam beeinflusst. Zu beachten ist an dieser Stelle auch, dass die Gruppengrößen zwar mit einer festen Mitgliederanzahl im Datensatz geführt wurden, es jedoch von Sitzung zu Sitzung zu Schwankungen hinsichtlich der Teilnehmendenzahl kam. Die Ergebnisse hinsichtlich der optimalen Gruppengröße sind demnach eher als erste Hinweise zu interpretieren und sollten in verlässlicheren Studien, mit weniger schwankenden Mitgliederzahlen, weiterführend überprüft werden.

Ein negativer Einfluss wurde außerdem für die Häufigkeit fehlender Mitglieder in einer Gruppe postuliert. Yalom (2007) vermutet, dass der Abbruch oder das Fehlen von Mitgliedern Auswirkungen auf die „verbleibenden“ Gruppenmitglieder haben und daraus negative Folgen resultieren. Aufgrund dessen wurde angenommen, dass das Fehlen von Mitgliedern mit einem geringeren Trainingserfolg einhergeht. Wiederholt zeigt sich statistische Signifikanz nur für den „Subjektiven Trainingserfolg“. Eine Veränderung der personalen Ressourcen korreliert nicht bedeutsam mit dem Fehlen von Mitgliedern. Offensichtlich wirkt sich das Fehlen von Mitgliedern darauf aus, wie die Proband*innen ihren persönlichen Erfolg wahrnehmen. Scheiden viele Gruppenmitglieder aus bzw. nehmen sie das Angebot nicht regelmäßig wahr, empfinden auch die „Verbliebenen“ das Programm als weniger gewinnbringend. Wenn auch nur ein kleiner Effekt beobachtet werden kann, sprechen die Ergebnisse dafür, die Relevanz der regelmäßigen Teilnahme am Programm kontinuierlich zu betonen und, wenn nötig, mit fernbleibenden Mitgliedern das Problem zu thematisieren (Hinweise für Gruppenleitungen mit schwierigen Gruppensituationen, siehe Kapitel 5.2 „Gruppenleitung“). Um die Selbstverantwortlichkeit jedes einzelnen Mitglieds zu stärken, könnte beispielsweise auch im Voraus auf die Forschungsergebnisse hinsichtlich des Fernbleibens von Mitgliedern hingewiesen werden.

d) Krankheitsbezogene Einflussfaktoren

Das R.A.P. wurde allgemein für die Zielgruppe der Sozialpsychiatrie, chronisch psychisch erkrankte Menschen, konzipiert. Die Untersuchungen bestätigten, dass es sich in der Tat um Teilnehmende dieser Zielgruppe handelt, da der durchschnittliche GAF-Wert relativ gering mit 53 % ausfiel. Die verhältnismäßig große Streuung zeigt jedoch auch, dass sich die Stichprobe sehr heterogen gestaltet und nicht von „der“ Zielgruppe gesprochen werden kann. Aufgrund der Zielsetzung des R.A.P.s, möglichst für alle Klient*innen im sozialpsychiatrischen Setting gewinnbringend zu sein, wurde initial angenommen, dass es keinen Zusammenhang zwischen dem Funktionsniveau und dem Trainingserfolg gibt. Alle Teilnehmenden sollten in gleichem Maße von dem Programm profitieren. Diese Annahme trifft teilweise zu. Es konnte kein Zusammenhang zwischen dem Funktionsniveau bzw. dem Schweregrad der Erkrankung und der Veränderung der personalen Ressourcen beobachtet werden. Ein tendenziell positiver kleiner Zusammenhang ist jedoch zum „Subjektiven Trainingserfolg“ festzustellen. Je höher das Funktionsniveau ist, desto höher ist tendenziell auch der persönlich eingeschätzte Trainingserfolg. Die Hypothese, dass das R.A.P. für Klient*innen mit unterschiedlichem Schweregrad der Erkrankung geeignet ist, kann somit nur teilweise bestätigt werden. Um diese Hypothese jedoch ganzheitlich zu beantworten, sind die weiterführenden Ergebnisse zu beachten.

Klient*innen im sozialpsychiatrischen Setting sind aufgrund schwerer Krisen immer wieder stationär in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht. Mit zunehmender Krankheitsschwere steigt auch die Unterbringungsfrequenz (Obert, 2004). Ergänzend zum GAF-Wert (Fremdeinschätzung durch Gruppenleitung) wurde die Anzahl stationärer Aufenthalte als weiterer Indikator für den Schweregrad der Erkrankung (Selbstauskunft durch Proband*innen) erhoben. Entsprechend der Hypothese zum Funktionsniveau wurde auch hier angenommen, dass es keinen bedeutsamen Zusammenhang zwischen der Anzahl stationärer Aufenthalte und dem Trainingserfolg gibt. Diese Hypothese wurde größtenteils widerlegt. Es zeigten sich signifikante negative Zusammenhänge zwischen der Veränderung in den personalen Ressourcen und der Anzahl stationärer Aufenthalte. Dies gilt sowohl für den Interventions- als auch den gesamten Studienzeitraum. Je häufiger eine Klient*in stationär untergebracht war, desto geringer fällt die Veränderung in den personalen Ressourcen aus. Diese Beziehung erwies sich für den „Subjektiven Trainingserfolg“ jedoch als nicht signifikant. Im Vergleich zum Funktionsniveau (GAF-Wert) verhält sich die Variable „Anzahl stationärer Aufenthalte“ ganz gegensätzlich. Der „Objektive Trainingserfolg“ zeigt signifikante Zusammenhänge zur „Anzahl stationärer Aufenthalte“, der „Subjektive Trainingserfolg“ nicht. Hingegen zeigen sich für den GAF-Wert signifikante Beziehungen zum „Subjektiven Trainingserfolg“ und für den „Objektiven Trainingserfolg“ nicht. Möglicherweise stellt die „Anzahl stationärer

Aufenthalte“ ein objektiveres Kriterium für die Einschätzung der Schwere der Erkrankung dar, als die GAF-Skala. Beide Analysen geben, wenn auch nur tendenzielle Hinweise darauf, dass weniger stark psychosozial beeinträchtigte Klient*innen (wenig stationäre Aufenthalte, höheres Funktionsniveau und geringerer Schweregrad der Erkrankung) einen höheren Trainingserfolg aufweisen. In Anbetracht dieser Analysen scheint die Schlussfolgerung, dass das R.A.P. unabhängig vom Funktionsniveau der Teilnehmenden gewinnbringend ist, umstritten.

Werden nun auch die Erkenntnisse zur Behandlungsdauer mit einbezogen, so ist ebenfalls eine negative Korrelation mit dem „Objektiven Trainingserfolg“ (sowohl im Interventions- als auch im gesamten Studienzeitraum) zu erkennen. Eine bedeutsame Beziehung zum „Subjektiven Trainingserfolg“ ist auch hier nicht zu beobachten. Je länger die Proband*innen bereits in Behandlung sind, desto geringer ist die Veränderung in den personalen Ressourcen. Interessanterweise zeigt sich dieser Zusammenhang nicht für die Erkrankungsdauer. Entscheidend scheint demnach nicht wie lange eine Klient*in bereits erkrankt ist, sondern wie lange sie schon in Behandlung ist.

Solch ein negativer Effekt in Zusammenhang mit der Behandlungsdauer ist auch bei Lindenmayer et al. (2009) zu beobachten. Eine lange Behandlungsdauer geht auch hier mit geringeren Therapieeffekten einher. Die ursprünglich angenommene Hypothese, dass die Länge der Behandlungsdauer einen negativen Effekt auf den Trainingserfolg habe, kann durchaus als bestätigt interpretiert werden. Je mehr Interventionen die Teilnehmenden bereits in der Vergangenheit erhielten, desto weniger wirksam scheint eine Teilnahme am R.A.P. zu sein.

Die Besonderheit an dem entwickelten Gruppenprogramm Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. ist die Anpassung an eine heterogene Zielgruppe mit zahlreichen unterschiedlichen psychischen Erkrankungen. Das Programm wurde nicht, wie bereits bestehend, nur für Menschen mit beispielsweise Depressionen (Furchtlehner et al., 2019) entwickelt. Es wurde der Versuch unternommen, das Training für alle Diagnosegruppen möglichst gewinnbringend aufzubereiten. Die Untersuchungen zeigen, dass das Programm Personen mit unterschiedlichen Diagnosen angesprochen hat. Die Diagnosegruppen, die am häufigsten angesprochen wurden, sind die „Affektive Störungen“, „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ sowie „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“. Hinzuzufügen ist auch, dass diese drei Gruppen die am häufigsten auftretenden Diagnosegruppen im sozialpsychiatrischen Setting darstellen (Lora et al., 2007) und die realisierte Stichprobe somit hinsichtlich der Diagnosen repräsentativ für die Zielgruppe scheint. Aufgrund der geringen Stichprobengrößen innerhalb einer Diagnosegruppe wurden lediglich vier Diagnosegruppen („Affektive Störungen“, „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“, „Schizophrene, schizotype

und wahnhaftige Störungen“, „Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen“) mit ausreichend großen Stichproben in die Auswertungen einbezogen. Es zeigte sich, dass Klient*innen mit einer affektiven Störung (überwiegend Personen mit Depressionen) im Vergleich zu Personen mit anderen Diagnosen ihren persönlichen Trainingserfolg besonders hoch einstufen. Außerdem konnte beobachtet werden, dass schizophrene Erkrankte weniger vom R.A.P. profitierten als andere Erkrankte. Dieser Effekt konnte sowohl für den „Subjektiven Trainingserfolg“ als auch für den „Objektiven Trainingserfolg“ beobachtet werden. Zu bedenken ist an dieser Stelle jedoch, dass es sich bei der Variable „Diagnose“ um ein Mehrfachantworten-Set handelt und somit nicht sicher interpretierbar ist, welche der genannten Diagnosen die Hauptdiagnose darstellt.

Die auffällig hohe Wirksamkeit des Programms bei Depressiven scheint nicht überraschend. Bereits die Studien von Seligman et al. (2006) und Furchtlehner et al. (2019) konnten zeigen, dass depressive Menschen von ressourcenorientierten Programmen profitieren. Eine Evaluationsstudie von Meyer et al. (2012) an schizophrenen Erkrankten, die an einem ressourcenorientierten Gruppenprogramm „Positive Living“ teilnahmen, zeigte jedoch auch für diese Zielgruppe positive Effekte. Zum einen ist hierbei festzuhalten, dass der Stichprobenumfang von $N = 16$ sehr gering ausfiel und zum anderen handelte es sich um eine homogene Gruppe hinsichtlich der Diagnose „Schizophrenie“. Möglicherweise wirkt ein solches Training bei schizophrenen erkrankten Menschen in indikationshomogenen Gruppen besser als in indikationsübergreifenden Gruppen. Dies könnte auch dahingehend sinnvoll erscheinen, dass die Gruppenleitung ganz gezielt die Symptome der Schizophrenen berücksichtigen könnte und sich das Programm somit noch niedrigschwelliger gestalten ließe.

Bereits die Studien zur Recovery-focused group intervention (stärkenorientierte Gruppenintervention mit schwer psychisch erkrankten Menschen mit unterschiedlichen Diagnosen) von Green et al. (2013) gaben erste Hinweise darauf, dass psychisch Erkrankte trotz unterschiedlicher Diagnose von einem ressourcenorientierten Gruppenprogramm profitieren können. Diese Ergebnisse resultierten aus einer amerikanischen Studie mit sowohl quantitativen ($N = 82$) als auch qualitativen Ansätzen. Die Ergebnisse decken sich mit den Erkenntnissen der R.A.P.-Studie. Die Untersuchung von Green et al. (2013) beinhaltete in der Stichprobe keine schizophren erkrankten Proband*innen. Bezüglich dieser Diagnosegruppe können aufgrund dessen keine Schlussfolgerungen gezogen werden.

Im Setting der Sozialpsychiatrie, in dem unterschiedliche Menschen mit verschiedenen Diagnosen behandelt werden, scheint das R.A.P. größtenteils eine gewinnbringende indikationsübergreifende Gruppenintervention zur Steigerung der Ressourcen zu sein. Da die Diagnosen jedoch alle als Mehrfachantworten-Set konzipiert wurden und keine Identifikation der Hauptdiagnose möglich

war, bedarf es weiterer Forschung, um statistisch belastbarere Ergebnisse bezüglich der Wirksamkeit für unterschiedliche Diagnosegruppen zu generieren.

Aufgrund der verhältnismäßig geringen Wirksamkeit bei Schizophrenen und, wie die weiterführenden Analysen zeigten, auch allgemein bei stärker beeinträchtigten Klient*innen, könnten Überlegungen in die Richtung angestellt werden, eine noch niedrigschwelligere Version des R.A.P.s für diese Diagnosegruppe bzw. für schwerer erkrankte Klient*innen einzusetzen.

Werden nun alle krankheitsbezogenen Variablen zusammen betrachtet, so geben diese in ihrer Gesamtheit Hinweise darauf, dass weniger stark beeinträchtigte Klient*innen (wenig stationäre Aufenthalte, kürzere Behandlungsdauer, höherer GAF-Wert) mehr von dem Ressourcenaufbauprogramm profitieren als Klient*innen mit einer schwereren Erkrankung. Diese Schlussfolgerung wird von den Aussagen der Gruppenleitungen gestützt. Bei der Auswertung der schriftlichen Anmerkungen seitens der Gruppenleitungen wird immer wieder deutlich, dass insbesondere schwächere Klient*innen weniger von dem R.A.P. profitieren (siehe Anhang, S. 344).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass weder das Alter noch das Geschlecht einen relevanten Einfluss auf den Trainingserfolg aufzeigen. Eine lange Behandlungsdauer sowie eine vermehrte Anzahl stationärer Aufenthalte zeigen einen negativen Einfluss, der als relativ gut gesichert interpretiert werden kann. Die regelmäßige Anwendung der erlernten Methoden und die kontinuierliche Durchführung der häuslichen Übungen haben einen positiven Einfluss auf den Trainingserfolg. Wenngleich ebenfalls signifikante Ergebnisse bezüglich der Gruppengröße, dem Fehlen von Mitgliedern, der Zuneigung der Gruppenleitung zum Programm, dem Funktionsniveau sowie der Teilnahmehäufigkeit erkennbar sind, bedarf es hierbei in jedem Fall weiterführender Untersuchungen, die die Relevanz dieser Variablen intensiver prüfen.

12.4 Optimierungspotentiale, Bewertung und Feedback

Die teilnehmenden Proband*innen bewerteten das R.A.P. größtenteils als „sehr gut“. Sie schätzten ihren persönlichen Gewinn als „hoch“ ein. Auch die einzelnen Sitzungen wurden durchweg im positiven Bereich bewertet. Die Sitzung 2 „Wohlbefinden und positive Aktivitäten“ wurde als „beste“ Sitzung eingestuft. Die Sitzung 4 „Dankbarkeit und das Positive“, Sitzung 5 „Eigene Stärken erkennen und nutzen“ und Sitzung 6 „Wertschätzung üben“ wurden verhältnismäßig „schlecht“ bewertet, wenngleich auch bei diesen Sitzungen deutlich positive Bewertungen vorliegen. Diese positiven Einschätzungen der Teilnehmenden decken sich mit den objektiven Evaluationsergebnissen, die ebenfalls die Wirksamkeit des Programms ausdrücken.

Durchschnittlich haben die Teilnehmenden sechs der acht Sitzungen besucht. Die häuslichen Übungen wurden „manchmal“ bis „oft“ durchgeführt und die erlernten Methoden wurden überwiegend „regelmäßig“ angewendet. Eine kontinuierliche Teilnahme an den Sitzungen sowie die zuverlässige Ausführung aufgegebener Übungen stellen oft große Herausforderungen für chronisch psychisch erkrankte Menschen dar. Insgesamt ist deshalb festzuhalten, dass die Adhärenz der Teilnehmenden als zufriedenstellend zu bewerten ist.

Auch die Gruppenleitungen bewerteten das Programm zu einem Großteil positiv. Dies zeigte sich sowohl in der quantitativen Erhebung als auch in den schriftlichen Anmerkungen. Keiner der abgefragten Aspekte wurde durchschnittlich schlechter als $M = 4.45$ (Skala 1-6) bewertet, was darauf hindeutet, dass alle Items positiv eingestuft wurden. Besonders positiv wurde die Themenauswahl empfunden. Die Zeitspanne von zwei Stunden wurde hingegen vergleichsweise schlecht bewertet. Dies deckte sich mit den schriftlichen Anmerkungen, bei denen immer wieder betont wurde, dass die Zeitspanne von zwei Stunden zu lange war. Um detailliertere Rückmeldungen und Optimierungsmöglichkeiten zu erfahren, hatte jede Gruppenleitung die Möglichkeit, schriftliches Feedback zum R.A.P. zu geben.

Die schriftlichen Rückmeldungen zum Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. gestalteten sich sehr vielfältig. Hinsichtlich des Feedbacks zu den einzelnen Sitzungseinheiten wurden zwei Aspekte von mehreren Gruppenleitungen genannt. Zum einen wurde die fünfte Sitzung „Eigene Stärken erkennen und nutzen“ als zu komplex bewertet, zum anderen wurde die Achtsamkeitsübung „Duschmeditation“ in der vierten Sitzung als zu intim angesehen. Für zukünftige Durchführungen würde es sich daher anbieten, eine alternative Achtsamkeitsübung in die Sitzung einzubauen. Die fünfte Sitzung wurde auch von den Proband*innen verhältnismäßig „schlecht“ bewertet. Die Sicht der Gruppenleitungen und die Einstellungen der Proband*innen decken sich hierbei ebenfalls. Diese Sitzungsein-

heit könnte möglicherweise so verändert werden, dass lediglich das Thema „Stärken entdecken“ und nicht zusätzlich „Stärken in den Alltag einbauen“ bearbeitet würde. Alternativ würde es sich anbieten, den Fokus bei der Stärkenübung auf eine statt drei Stärken zu legen und diese eine Stärke dafür intensiver zu behandeln.

Es stellte sich allgemein heraus, dass einige Gruppenleitungen das R.A.P. für schwächere Klient*innen zu hochschwellig empfanden. Auch die quantitativen Auswertungen gaben Hinweise darauf, dass allgemein weniger stark psychosozial beeinträchtigte Klient*innen mehr von dem Programm profitieren und der Trainingserfolg bei schizophrenen Erkrankten wesentlich geringer ausfällt als bei anders Erkrankten. Eine radikale Vereinfachung des kompletten Programms scheint nicht zielführend, da bei einem Großteil der Proband*innen Unterforderung eintreten könnte und der gezeigte Trainingserfolg ggf. ausbliebe. Um dennoch eine gewinnbringende Variante des R.A.P.s auch für schwächere Proband*innen und ggf. Schizophrene zu ermöglichen, erscheint eine Programmalternative sinnvoll, die für eine besonders schwache Klientel aufbereitet werden könnte. Das Gruppenprogramm R.A.P. müsste dafür weiteren Maßnahmen zur Vereinfachung unterzogen werden. Folgende Optimierungsmöglichkeiten erscheinen sinnvoll:

Um eine individuelle Betreuung der Teilnehmenden gewährleisten zu können, sollten statt nur einer zwei Gruppenleitungen eingesetzt werden. Dies erwies sich auch in der Studie von Green et al. (2013) in der „Recovery-focused group intervention“ als positiver Aspekt. Außerdem erscheinen Vorgespräche sinnvoll, in denen das Funktionsniveau der Teilnehmenden identifiziert wird und somit eine möglichst homogene Gruppe diesbezüglich gestaltet werden könnte. Die Sitzungsdauer von zwei Stunden müsste reduziert werden, indem beispielsweise das Programm auf 16 Sitzungen ausgeweitet wird oder einzelne Übungen herausgenommen werden. Der theoretische Input sollte auf ein Minimum heruntergebrochen werden. Begriffe wie „Input“, „Ressourcen“, „Reflexion“ müssten mehrmals und besonders einfach beschrieben oder auch vollständig ersetzt werden. Die Arbeitsblätter könnten in „leichter Sprache“ verfasst werden. Wobei vor allem die Anzahl der Arbeitsblätter deutlich gemindert werden müsste und der überwiegende Teil der Gruppenarbeit mündlich erfolgen sollte. Möglicherweise könnte ausschließlich mit Bildern und Symbolen gearbeitet werden, sodass das Lesen und Schreiben vermieden wird und keine Voraussetzung darstellt. Die PowerPoint-Präsentation könnte weggelassen werden, damit das Programm möglichst reiz-arm gestaltet ist. Um die Konzentrationsfähigkeit der Teilnehmenden aufrecht zu erhalten, scheint die Installation diverser Auflockerungsübungen sinnvoll. Weitere Forschungsarbeiten müssten zeigen, inwieweit die Überlegungen in der Praxis Anwendung finden und die Wirksamkeit auch bei schwächeren Klient*innen steigt.

12.5 Einordnung der Ergebnisse in den aktuellen Forschungsdiskurs

Ressourcenorientierte Interventionen werden in verschiedenen Settings und mit verschiedenen Klientel immer häufiger eingesetzt. Dass die Arbeit mit und an den Ressourcen der Klient*innen im Behandlungsprozess wirksam ist, konnte bereits in zahlreichen Untersuchungen gezeigt werden. Herausforderung der vorliegenden Studie war es, für die Zielgruppe der Sozialpsychiatrie, meist chronisch psychisch erkrankte Menschen, die oft unter Ressourcenmangel leiden, eine ressourcensteigernde Gruppenintervention zu konzipieren und deren Wirksamkeit wissenschaftlich zu evaluieren.

Um die Ergebnisse der Studie einordnen zu können, sollen diese mit ähnlichen Programmevaluationen verglichen werden.⁴⁶ In Kapitel 4 wurde eine Übersicht über bereits existierende ressourcenorientierte Gruppenprogramme gegeben, die mehr oder minder gut evaluiert sind. Hierbei wurden zum einen Programme, die sich an die Normalbevölkerung (nicht psychisch Erkrankte) richten, und zum anderen Gruppeninterventionen, die für eine klinische Population (psychiatrische Diagnose) konzipiert wurden, sichtbar. Die Programme für psychisch Erkrankte konnten noch einmal in indikationsübergreifende (unterschiedliche Diagnosen) und diagnosespezifische Programme (nur eine Diagnosegruppe) unterteilt werden.

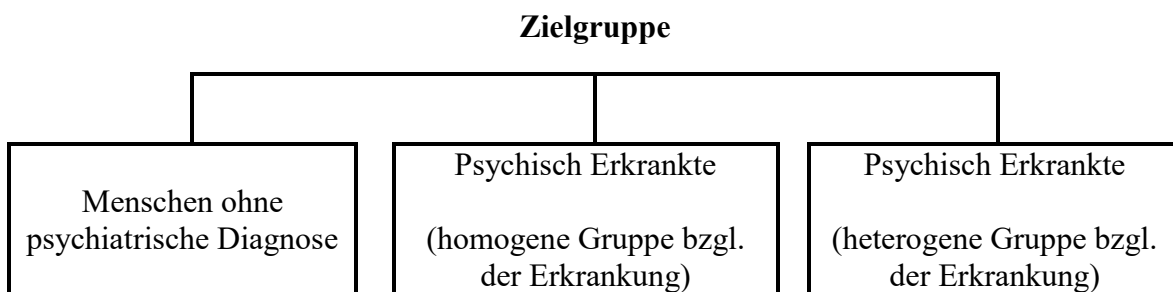


Abbildung 20: Zielgruppen ressourcenorientierter Gruppenprogramme

Zahlreiche Untersuchungen konnten bereits die Wirksamkeit ressourcen- und stärkenorientierter Gruppenprogramme an „gesunden“ bzw. „nicht psychisch erkrankten Menschen“ verdeutlichen (z. B. Glücksscoaching, Gaberszig & Laireiter, 2018; TFSR- Trainingsprogramm zur Förderung salutogener Ressourcen, Viehhauser, 2000; Salute!-Gesundheitsförderungsprogramm, Kaluza, 2011; etc.). Dass solche Interventionen im Allgemeinen zielführend sind, ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht weiter umstritten.

⁴⁶ Es wird ausschließlich Bezug zu bereits wissenschaftlich evaluierten Gruppenprogrammen genommen.

Die Studien zu diagnosespezifischen Gruppenprogrammen deuten ebenfalls auf eine positive Wirksamkeit der Interventionen hin. Die „Wellfocus PPT“ von Riches, Schrank, Rashid und Slade (2015) konnte in einer randomisiert-kontrollierten Studie die Wirksamkeit des Programms an psychotischen Menschen aufzeigen. Auch die Untersuchung von Furchtlehner et al. (2019) zur Effektivität der „Group positive Psychotherapy“ an Depressiven verdeutlicht mittels einer randomisiert kontrollierten Studie die besondere Wirksamkeit der ressourcenorientierten Intervention gegenüber der herkömmlichen kognitiven Therapie. Auch Vorgängerstudien zu diesem Thema von Seligman et al. (2006) geben mittels eines randomisiert kontrollierten Studiendesigns Hinweise auf die Wirksamkeit der „Group PPT“. Weitere Studien wurden an schizophren erkrankten Menschen („Positive Living“, Meyer et al., 2012) durchgeführt. Wenngleich auch diese Evaluation durchaus positiv ausfiel, ist die Validität, aufgrund der geringen Stichprobengröße von $N = 16$ und der fehlenden Kontrollgruppe, eingeschränkt. Zu den ebenfalls wenig aussagekräftigen Untersuchungen zählt auch die Evaluation zur „Positive Group“ von Harrison et al. (2016) an jugendlichen Mädchen mit Essstörung, wobei auch hier durchweg positive Ergebnisse resultierten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Wirksamkeit ressourcenorientierter Gruppeninterventionen bei Depressiven als relativ gut gesichert interpretiert werden kann. Auch die Untersuchungen an Psychotischen geben erste Hinweise bezüglich guter Wirksamkeitsnachweise. Hinsichtlich unter Schizophrenie oder anderen psychiatrischen Erkrankungen (wie bspw. Mädchen mit Essstörungen) leidender Menschen müssen noch weitere Forschungsbemühungen angestellt werden, um von gesicherten Ergebnissen zu sprechen.

Die Untersuchungen geben allesamt Hinweise darauf, dass auch psychisch erkrankte Menschen von ressourcenorientierten Gruppenprogrammen profitieren können. Jedoch liegen Wirksamkeitsnachweise ausschließlich für jene Programme vor, die diagnosehomogen konzipiert wurden (z. B. nur Depressive oder nur Schizophrene). Wie aber gestaltet sich die Befundlage zu indikationsübergreifenden Programmen, bei denen unterschiedliche Erkrankungen innerhalb der Gruppe vorliegen?

Als indikationsübergreifende ressourcenorientierte Gruppenprogramme mit hochwertigem Studiendesign wurden zum einen das Programm „Wellness Recovery Action Planning - WRAP“ von Cook et al. (2012) und zum anderen die „Recovery-focused group intervention“ von Green et al. (2013) gesichtet. Die Evaluation beider Programme fand im amerikanischen Raum statt. Beide Programme zeigen hinsichtlich des Settings und der Zielgruppe weitgehende Überschneidungen zur R.A.P.-Studie. Thematisch decken sich die Programme jedoch nur teilweise mit dem Ressourcenaufbauprogramm (WRAP-Studie: vier von acht thematische Überschneidungen; Recovery-focused group intervention: drei von

acht thematische Überschneidungen). Wissenschaftliche Gruppeninterventionen für indikationsübergreifende Gruppen, die inhaltlich mit dem R.A.P. vergleichbarer sind, konnten nicht gefunden werden. Die Studien gaben somit erste Hinweise darauf, dass auch schwer psychisch erkrankte Menschen von ressourcenorientierten Gruppenprogrammen profitieren können. Die vorliegende R.A.P.-Studie, welche thematisch eine ähnliche Ausrichtung aufweist, liefert nun bestätigende Erkenntnisse. Hier konnte eine positive Wirksamkeit des Interventionsprogramms an einer deutschen Stichprobe chronisch psychisch erkrankter Menschen reproduziert werden.

Die beobachteten Veränderungen in den personalen Ressourcen können als statistisch bedeutsam auf dem 5 % Signifikanzniveau gewertet werden. Die gefundenen Effekte erwiesen sich allesamt als kleine Effekte. Die thematisch vergleichbaren Studien von Laireiter et al. (2017) an nicht klinischen Stichproben aus der Normalbevölkerung sowie von Gaberszig und Laireiter (2018) an älteren Menschen in Seniorenheimen zeigten teilweise deutlich größere Effektstärken (Laireiter et al., 2017: Positive Lebenseinstellung von $\eta^2_p = .113$, Selbstwert $\eta^2_p = .130$, Lebenszufriedenheit $\eta^2_p = .098$, Somatische Beschwerden $\eta^2_p = .125$ bzw. Gaberszig & Laireiter, 2018: Allgemeine Lebenszufriedenheit: $\eta^2_p = .21$; Subjektives Glückserleben: $\eta^2_p = .23$, positive Affektivität: $\eta^2_p = .14$). In der Untersuchung von Furchtlehner et al. (2019) konnten auch an einer klinischen Stichprobe depressiv Erkrankter teilweise große Effektstärken (Cohens d zwischen 0.76 bis 1.24) zwischen der PPT und der CBT beobachtet werden. Die Studie von Seligman et al. (2006) an leicht Depressiven konnte für die Depressivität mittlere Effektstärken (Cohens d zwischen 0.48 bis 0.77), für die Zufriedenheit jedoch ebenfalls nur kleine Effekte (Cohens d zwischen 0.08 und 0.30) erzielen. Ausschließlich geringe Effektstärken (Cohens d zwischen 0.07 und 0.38) konnten, neben dem R.A.P., auch bei der Studie von Schrank et al. (2016) mit psychotischen Klient*innen beobachtet werden. Überraschenderweise kommt auch Bolier et al. (2013) in seiner Meta-Analyse zu dem Schluss, dass die Untersuchungen zur Wirksamkeit positiv psychologischer Interventionen überwiegend geringe Effektstärken aufzeigen.

Verschiedene Ressourcen verändern sich mit der Teilnahme an den unterschiedlichen Programmen auf heterogene Weise. Eindeutige Schlüsse hinsichtlich der Stärke der Effekte sind auf Basis der gezogenen Vergleiche nicht möglich. Auffällig ist jedoch, dass beinahe alle Vergleichsprogramme, wenn auch vereinzelt und nicht in allen Variablen, mittlere bis teilweise große Effektstärken in der Veränderung der personalen Ressourcen aufzeigen. In der R.A.P.-Studie an chronisch psychisch erkrankten Menschen sind hingegen ausschließlich kleine Effekte zu erkennen. Dies trifft auch für die Untersuchung an psychotischen Klient*innen bei Schrank et al. (2016) zu.

Zum einen geben die Vergleiche erste Hinweise darauf, dass möglicherweise ressourcenorientierte Programme an nicht klinischen Stichproben besser wirken als an einer Zielgruppe mit chronisch psychisch erkrankten Menschen. Wenn zusätzlich bedacht wird, dass weniger stark beeinträchtigte Klient*innen einen vergleichsweise höheren Trainingserfolg aufweisen, erscheint die Annahme in besonderer Weise plausibel. Zum anderen ist jedoch auch zu bedenken, dass die Vergleichsprogramme ausschließlich die Wirksamkeit bei homogenen Gruppenmitgliedern (bezüglich der Diagnose) aufzeigen. Es könnte in gleichem Maße angenommen werden, dass eben solche diagnosespezifischen Gruppenangebote wirksamer sind als indikationsübergreifende.

Ungeklärt ist außerdem die Wirksamkeit ressourcenorientierter Programme bei schizophren erkrankten Menschen. Die Studie von Meyer et al. (2012) zeigt durchaus positive Veränderungen ($N = 16$). Die R.A.P.-Studie hingegen gibt Hinweise, dass Schizophrene tendenziell weniger profitieren. Auch hier bedarf es weiterer Forschungsbemühungen, die im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen mit größeren Stichproben die Wirksamkeit ressourcenorientierter Gruppenprogramme bei schizophren erkrankten Menschen untersuchen.

Auf Basis der aktuellen Befundlage erscheinen konkrete Schlüsse bezüglich der unterschiedlichen Wirksamkeit der Programme nicht sinnig. Dennoch liefert die R.A.P.-Studie erste Erkenntnisse in die Richtung, dass ressourcenorientierte Gruppenprogramme nicht nur für „gesunde“ Proband*innen und „diagnosehomogene“ Gruppen gewinnbringend eingesetzt werden können. Auch für die sehr heterogene Klientel der Sozialpsychiatrie, chronisch psychisch erkrankte Menschen, stellen sie eine ressourcen- und wohlbefindenssteigernde Interventionsmöglichkeit dar.

13 Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick

Gegenstand der vorliegenden Studie war zunächst die Entwicklung eines ressourcenorientierten Gruppenprogramms, genannt Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. und dessen Anpassung an die Zielgruppe der Sozialpsychiatrie, chronisch psychisch erkrankte Menschen. In einem weiteren Schritt erfolgte eine wissenschaftliche Evaluation des Programms im Rahmen einer quasi-experimentellen Feldstudie. Zum einen wurde der Frage nachgegangen, inwiefern eine Teilnahme am Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. zu einer Verbesserung verschiedener personaler Ressourcen führt. Zum anderen wurde betrachtet, welche Einflussfaktoren das Behandlungsergebnis mitbestimmen.

Im Zentrum der Untersuchung standen die angenommenen Verbesserungen in den personalen Ressourcen der Teilnehmenden. Mit der Teilnahme am R.A.P. konnte das Selbstwertgefühl verbessert und das Erleben positiver Gefühle vermehrt werden. Die Proband*innen zeigten erhöhte Werte im Stimmungsniveau (emotionales Wohlbefinden) und sind allgemein mit ihrem Leben zufriedener (kognitives Wohlbefinden). Weiterhin erlebten die Klient*innen mehr innere Ruhe und zeigten allgemein ein höheres körperliches Wohlbefinden. Es konnte eine Reduktion emotionaler, motivationaler und somatischer Beschwerden sowie der allgemeinen Depressivität festgestellt werden.⁴⁷ Schließlich lernten die Proband*innen sich gut um sich selbst zu sorgen (Selbstfürsorge), indem sie sich bedeutsam öfter etwas Gutes taten und Gutes auch annehmen konnten. Die gefundenen positiven Veränderungen blieben bis zum viermonatigen Follow-up-Zeitpunkt relativ stabil, wenngleich in den meisten Variablen minimale Reduktionen zu erkennen waren. Allgemein ist festzuhalten, dass die Teilnahme am Gruppenprogramm R.A.P. auch über den Interventionszeitraum hinaus positive Auswirkungen auf die Ausprägung der personalen Ressourcen hatte. Offen bleibt, ob diese förderlichen Veränderungen auch tatsächlich als Langzeiteffekte zu interpretieren sind. Hierzu bedarf es weiterführender Untersuchungen, die die Wirksamkeit des Programms beispielsweise nach einem Jahr untersuchen.

Veränderungen in den Variablen „Negative Emotionen“, „Internale und Externale wohlbefindensbezogene Kontrollüberzeugungen“ und „Positiver zwischenmenschlicher Kontakt“ blieben aus.

Neben den Veränderungen in den personalen Ressourcen sollte auch untersucht werden, welche Faktoren den Trainingserfolg mitbestimmten. Hierbei wurde der „Objektive Trainingserfolg“ gemessen, der die allgemeine Veränderung in den

⁴⁷ Es ist bedenken, dass die Gültigkeit der positiven Veränderungen in den motivationalen und somatischen Beschwerden aufgrund der leicht widersprüchlichen Daten eingeschränkt ist.

personalen Ressourcen darstellte. Darüber hinaus wurde der „Subjektive Trainingserfolg“ erhoben, der die persönliche Einstellung der Proband*innen hinsichtlich ihres Trainingserfolgs wiedergab.

Es zeigt sich, dass Proband*innen, die bereits jahrelang eine Behandlung erhielten und, die vermehrte stationäre Aufenthalte vorwies, im Vergleich zu weniger psychosozial beeinträchtigte Proband*innen geringer von dem R.A.P. profitierten und niedrigere Veränderungswerte in den personalen Ressourcen aufzeigten („Objektiver Trainingserfolg“). Förderlich für den objektiven Trainingserfolg der Teilnehmenden erwiesen sich außerdem die kontinuierliche Anwendung der erlernten Methoden sowie die regelmäßige Durchführung der aufgegebenen häuslichen Übungen. Dies deutet darauf hin, dass die Klient*innen nützliche Fertigkeiten im R.A.P. erlernten, mit deren Anwendung sie eine positive Veränderung ihrer Ressourcen erzielen konnten.

Neben den Veränderungen in den personalen Ressourcen, zeigten sich auch bedeutsame Zusammenhänge zwischen den Einflussfaktoren und dem persönlich eingeschätzten Trainingserfolg („Subjektiver Trainingserfolg“). Es konnte beobachtet werden, dass mit steigendem Funktionsniveau der Klient*innen auch der persönliche Trainingserfolg tendenziell positiver eingeschätzt wurde. Unter Einbezug der Ergebnisse zu den krankheitsbezogenen Variablen „Behandlungsdauer“ und „Anzahl stationärer Aufenthalte“ liegt die Vermutung nahe, dass weniger stark beeinträchtigte Teilnehmende von dem R.A.P. etwas mehr profitieren als schwächere Klient*innen. Außerdem wird der persönliche Trainingserfolg umso höher eingeschätzt, je häufiger die Sitzungen besucht wurden.⁴⁸ Das Fehlen von Mitgliedern innerhalb einer Gruppe zeigte hingegen negative Auswirkungen auf den persönlich eingeschätzten Trainingserfolg. Wie bereits angenommen, beeinflussen Behandlungsabbrüche bzw. das Nichterscheinen auch die verbleibenden Mitglieder negativ. Einen positiven Einfluss auf den Trainingserfolg der Klient*innen nahm außerdem eine Gruppenleitung, die das R.A.P. besonders positiv bewertete. Möglicherweise überträgt sich die positive Einstellung der Gruppenleitung auf die Teilnehmenden, sodass auch diese ihren Erfolg höher einschätzten. Ein tendenzieller positiver Zusammenhang konnte abschließend in der optimalen Gruppengröße von sieben bis acht Teilnehmenden beobachtet werden. Proband*innen, die in einer Gruppe mit sieben bis acht Teilnehmenden partizipierten, schätzten ihren Trainingserfolg tendenziell höher ein als andere. Die genannten Zusammenhänge konnten jedoch nur für den subjektiven, nicht aber für den objektiven Trainingserfolg gezeigt werden. Die Ergebnisse sind als erste Hinweise und keinesfalls als gesicherte Erkenntnisse zu sehen.

⁴⁸ Hier ist eine Wechselwirkung anzunehmen, da die Teilnahmehäufigkeit möglicherweise steigt, wenn das Programm als gewinnbringend erachtet wird. Umgekehrt führt eine regelmäßige Teilnahme vermutlich auch zu einem positiveren Trainingserfolg.

Die untersuchten soziodemografischen Variablen wie „Alter“ und „Geschlecht“ der Teilnehmenden zeigten weder einen Einfluss auf die Veränderung in den personalen Ressourcen noch auf den persönlich eingeschätzten Trainingserfolg. Die Wirksamkeit des Programms scheint demnach unabhängig von Alter und Geschlecht zu sein.

Die nachfolgende Grafik fasst noch einmal die wesentlichen Ergebnisse der R.A.P.-Studie zusammen. Es werden ausschließlich die Einflussfaktoren aufgegriffen, die in einem bedeutsamen Zusammenhang mit den Veränderungen in den personalen Ressourcen („Objektiver Trainingserfolg“) stehen.

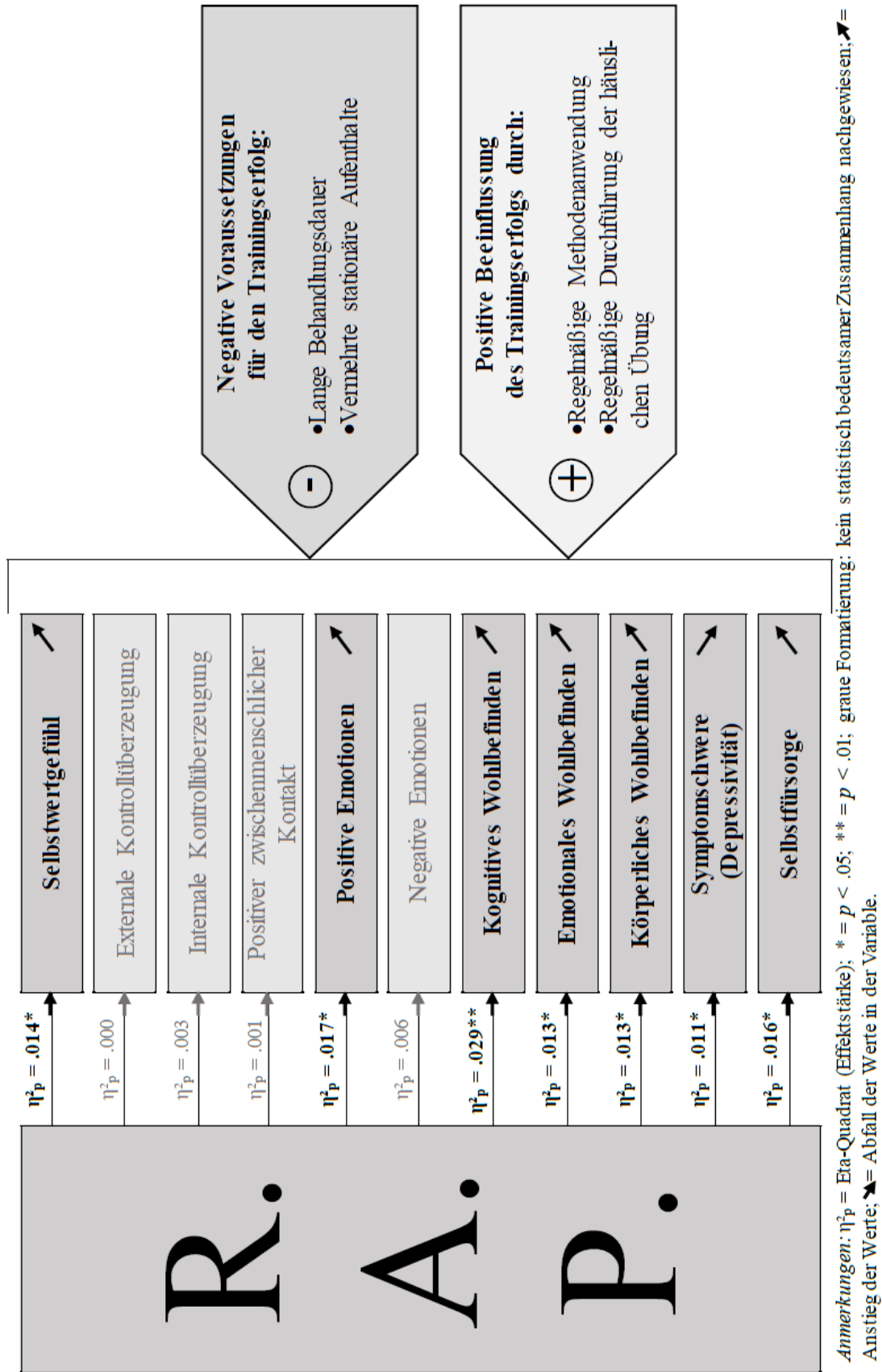


Abbildung 21: Wirkmodell zum Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.

Wenngleich zahlreiche Hypothesen im Rahmen der vorliegenden R.A.P.-Studie getestet werden konnten, bleibt eine Vielzahl weiterer interessanter Fragen offen, die Inhalt künftiger Forschungsarbeiten sein könnten.

Die durchgeführte Studie stellt eine erste Evaluation des neu entwickelten Ressourcenaufbauprogramms R.A.P. mit zunächst vielversprechenden Ergebnissen für die Zielgruppe der chronisch psychisch erkrankten Menschen dar. Andere Programmevaluationen zeigten bereits mit unterschiedlich hochwertigen Studiendesigns die Wirksamkeit an psychisch erkrankten Proband*innen. Offen bleibt zunächst, wie ressourcenorientierte Gruppenprogramme bzw. speziell das entwickelte Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. bei weiteren schwer erreichbaren Zielgruppen, wie beispielsweise Suchtkranken oder Obdachlosen, wirken. Möglicherweise könnte das R.A.P. eine Basis-Gruppenintervention darstellen, das für künftige Evaluationsarbeiten entsprechend der Zielgruppe angepasst würde. Erste Optimierungsmöglichkeiten für eine besonders schwache Klientel bzw. für Klient*innen mit einer schizophrenen Erkrankung wurden bereits getätigt (siehe Kapitel 11.4 „Feedback und Verbesserungsmöglichkeiten zum R.A.P.“). In diesem Kontext wäre es erstrebenswert zu erfahren, ob diese Optimierungsmöglichkeiten in der Praxis greifen und in welchem Ausmaß diese gewinnbringend eingesetzt werden können. Hilfreich erscheint hierbei auch die Erhebung der Meinung der Proband*innen hinsichtlich Verbesserungsmöglichkeiten des Programms. Kritische Äußerungen und Verbesserungsideen wurden in der R.A.P.-Studie ausschließlich von den Gruppenleitungen erhoben. Um jedoch ein ganzheitliches Bild davon zu erhalten, welche Übungen und Methoden verändert werden sollten, scheint insbesondere die Sicht der Proband*innen von großer Bedeutung.

Die vorliegende Untersuchung gibt Hinweise bezüglich einer geringeren Effektivität des Programms bei schizophren Erkrankten. Aufgrund der Datenstruktur (Mehrfachantworten-Set) und der überschaubaren Stichprobengröße ($n = 31$), stellen diese Erkenntnisse jedoch erste Hinweise und keinesfalls abschließende Ergebnisse dar. Somit wäre weiterhin von Interesse, ob die Gruppe der „Schizophrenen“ tatsächlich weniger von ressourcenorientierten Gruppenprogrammen profitieren. Möglicherweise ist auch eine spezifischere Anpassung und eine homogenere Gruppenstruktur (wie es bei Meyer et al., 2012 im „Positive Living“-Programm realisiert wurde) erforderlich.

Wenngleich die vorliegende Studie Hinweise darauf gibt, dass beispielsweise depressiv Erkrankte besonders von dem R.A.P. profitieren und Schizophrene tendenziell weniger, bleibt offen, wie sich die Wirksamkeit bei anderen Diagnosegruppen gestaltet. Dies konnte aufgrund zu geringer Stichprobenumfänge innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen bislang nicht analysiert werden. Für künftige Forschungsbemühungen sollte hierbei auf die Identifikation einer Hauptdiagnose sowie auf eine ausreichend große Stichprobengröße pro Diagnosegruppe

geachtet werden. Interessant wäre in diesem Kontext auch zu erfahren, ob es Unterschiede hinsichtlich der Wirksamkeit des R.A.P.s innerhalb einer Diagnosegruppe gibt (z. B. F60.2 „Dissoziative Persönlichkeitsstörung“ vs. F60.4 „Histrionische Persönlichkeitsstörung“).

Neben diagnosespezifischen Veränderungen wäre es ebenfalls aufschlussreich herauszufinden, inwiefern es zu einer allgemeinen Verbesserung des Funktionsniveaus der Klient*innen durch die Teilnahme am R.A.P. kommt. Für künftige Untersuchungen würde es sich deshalb anbieten, den GAF-Wert (Funktionsniveau und Schweregrad der Erkrankung) nicht nur vor, sondern auch nach der R.A.P.-Teilnahme zu erheben. Zusätzlich würde eine solche Datenerhebung Informationen darüber liefern, inwieweit die Veränderung auch von Dritten erkannt wird. Während bisher ausschließlich Daten bezüglich der Veränderung von den Proband*innen selbst bestanden, würde somit auch eine Fremdeinschätzung der Veränderung vorliegen.

Neben den Veränderungshypothesen zu den einzelnen personalen Ressourcen wurden auch potenzielle Einflussfaktoren (siehe Burlingame et al., 2004) beispielsweise auf Gruppenebene geprüft. Wenngleich in der R.A.P.-Studie einige gruppenspezifische Faktoren (siehe Kapitel 11.2.4 „Gruppenbezogene Einflussfaktoren“) hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Trainingserfolg untersucht wurden, blieben dennoch zahlreiche Faktoren auf Gruppenebene unberücksichtigt. Interessant erscheint beispielsweise, ob weitere gruppenleitungsspezifische Faktoren (z. B. soziodemografische Variablen wie „Alter“, „Geschlecht“ oder „Beruf“), Patienteneigenschaften (z. B. spezifische Symptome) oder strukturelle Faktoren (z. B. Gruppenzusammenstellung hinsichtlich Alter, Geschlecht, Eigenschaften) einen relevanten Einfluss auf den Trainingserfolg der Teilnehmenden nehmen.

Bezüglich der Symptomatik der Teilnehmenden wurde ausschließlich die Veränderung in der „Allgemeinen Depressivität“ gemessen. Es zeigten sich deutliche Verbesserungen in den Daten, sowohl bei Klient*innen mit einer diagnostizierten Depression als auch bei anders erkrankten Proband*innen. Es wäre weiterhin aufschlussreich zu erfahren, inwiefern mit der Teilnahme am R.A.P. auch symptomspezifische Veränderungen erkennbar werden. Somit könnte untersucht werden, ob beispielsweise schizophrene Erkrankte eine Reduktion der Anhedonie erleben oder, ob Klient*innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ggf. weniger impulsiv sind. Möglicherweise führt die Teilnahme an einem ressourcenorientierten Gruppenprogramm nicht nur zu einer Steigerung allgemeiner Ressourcen, sondern eben auch zu diagnosespezifischen Verbesserungen.

Hinsichtlich weiterführender Veränderungen wäre es ebenfalls interessant herauszufinden, inwiefern die Teilnahme am R.A.P. weitreichende Konsequenzen beispielsweise für das Zusammenleben in der Wohngruppe oder der Atmo-

sphäre in der Tagesstätte hat. Die Zielgruppe der vorliegenden Studie, sozialpsychiatrisch angebundene Klient*innen, nehmen meist mehrere (sozial-)psychiatrische Angebote parallel wahr. Möglicherweise werden die im R.A.P. erlernten Methoden (z. B. wertschätzender Umgang mit anderen) auch innerhalb der verschiedenen Behandlungssettings übertragen und zeigen somit positive Auswirkungen auf das Zusammensein mit anderen. Eine verbesserte Einrichtungsatmosphäre könnte beispielsweise einen positiven Nebeneffekt darstellen. Positive Effekte sind möglicherweise nicht nur innerhalb der Einrichtung, sondern beispielsweise auch im familiären Kontext beobachtbar.

Wenngleich bereits zahlreiche ressourcenorientierte Gruppeninterventionen zu Beginn der Studie existierten, so wurde kein evaluiertes Programm im deutschsprachigen Raum sichtbar, das für die Zielgruppe der chronisch psychisch kranken Menschen im Setting der Sozialpsychiatrie geeignet erschien. Aus der vorliegenden Arbeit resultierte nicht nur ein für diese Zielgruppe geeignetes Gruppenprogramm. Es konnte zudem gezeigt werden, dass solch ein ressourcenorientiertes Gruppenprogramm auch für chronisch psychisch erkrankte Menschen gewinnbringend eingesetzt werden kann. Die gewonnenen Erkenntnisse erscheinen vielversprechend. Die Teilnahme am Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. geht mit der Steigerung zahlreicher personaler Ressourcen einher. Gerade bei einer Zielgruppe, die überwiegend unter großen Ressourcendefiziten leidet und oft in Negativspiralen gefangen ist, kommt dem Auf- und Ausbau personaler Ressourcen eine besondere Bedeutung zu. Das Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. stellt somit eine gewinnbringende, komplementäre Behandlungsmöglichkeit in der sozialpsychiatrischen Arbeit mit schwer belasteten Menschen dar. Bei dieser Intervention stehen nicht die Erkrankung und die Defizite, sondern die Ressourcen und Stärken der Klient*innen im Vordergrund.

14 Literaturverzeichnis

- Abele-Brehm, A. & Brehm, W. (1986). Zur Konzeptualisierung und Messung von Befindlichkeit - Die Entwicklung der "Befindlichkeitsskalen". *Diagnostica* (32), 209-228.
- Adler, A. (1933). *Sinn des Lebens*. Wien: Rascher.
- Adler, L. (Hrsg.). (2007). *Chronisch psychisch krank - chronisch schlecht versorgt? Zur Lage der chronisch psychisch Kranken 30 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête; [Beiträge der Tagung vom 23. April 2005 in der Fachhochschule Wiesbaden]*. Regensburg: Roderer.
- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., Hinz, A., Bailer, H. et al. (2006). Validierung und Normierung des "Fragebogen zur Erfassung des körperlichen Wohlbefindens" (FEW-16) von Kolip und Schmidt an einer repräsentativen deutschen Bevölkerungsstichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* (3-4), 172-181.
- Alsleben, H. & Weiss, A. (2013). Durchführung des sozialen Kompetenztrainings. In H. Alsleben & I. Hand (Hrsg.), *Soziales Kompetenztraining. Leitfaden für die Einzel- und Gruppentherapie bei Sozialer Phobie* (S. 33-64). Wien: Springer.
- Amering, M. & Schmolke, M. (2012). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Andreasen, N. C. & Olsen, S. (1982). Negative versus positive schizophrenia Definition and validation. *Archives of general psychiatry* (39), 789-794.
- Ang, R. P. & Hughes, J. N. (2001). Differential benefits of skills training with antisocial youth based on group composition: a meta-analytic investigation. *School Psychology Review* (31), 164-185.
- Angermeyer, M. C. (1995). Ergebnisse der Forschung zum sozialen Netzwerk schizophrener Kranker. In H. Häfner (Hrsg.), *Was ist Schizophrenie?* (S. 171-188). Stuttgart: Gustav Fischer.
- Antonuccio, D. O., Lewinsohn, P. M. & Steinmetz, J. L. (1982). Identification of therapist differences in a group treatment for depression. *Journal of consulting and clinical psychology* (50), 433-435.
- Arbeitskreis OPD. (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Hans Huber.
- Auhagen, A. E. (2003). Vertrauen und mitmenschliche Güte. In M. K. W. Schweer (Hrsg.), *Vertrauen im Spannungsfeld politischen Handelns. Herausforderungen und Perspektiven für eine politische Psychologie* (S. 125-151). Frankfurt am Main: Lang.
- Auhagen, A. E. (2006). *Positive Kommunikation*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Auhagen, A. E. (2008a). Mitmenschliche Güte. In A. E. Auhagen (Hrsg.), *Positive Psychologie. Anleitung zum "besseren" Leben* (S. 166-182). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Auhagen, A. E. (Hrsg.). (2008b). *Positive Psychologie. Anleitung zum "besseren" Leben*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

- Baez, M., Khaghani Far, I., Ibarra, F., Ferron, M., Didino, D. & Casati, F. (2017). Effects of online group exercises for older adults on physical, psychological and social wellbeing: a randomized pilot trial. *PeerJ*, e3150.
- Baltes-Götz, B. (Zentrum für Informations-, Medien- und Kommunikationstechnologie-ZIMK, Hrsg.). (2020). *Analyse von hierarchischen linearen Modellen mit SPSS*. Zugriff am 02.09.2020. Verfügbar unter <https://www.uni-trier.de/fileadmin/urt/doku/hlm/hlm.pdf>
- Becker, P. (1986). *Psychologie der seelischen Gesundheit. Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten*. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1988). Skalen für Verlaufsstudien der emotionalen Befindlichkeit. *Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie* (35), 345-369.
- Becker, P. (1989). *Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF*. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Becker, P. (1991). Theoretische Grundlagen. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden: Theorie - Empirie - Diagnostik* (S. 13-50). Weinheim: Juventa.
- Becker, P. (1992). Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. In P. Paulus (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 91-107). Köln: G.w.G.
- Berkman, L. F. & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American journal of epidemiology* (2), 186-204.
- Bernhard, P., Kupka, U. & Lutz, R. (2001). Katamnese-Effekte stationärer Verhaltenstherapie. In M. Bassler (Hrsg.), *Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie* (S. 11-31). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Beushausen, J. (2014). Ressourcenfokussierung in psychosozialen Krisen. In S. B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Interventionen* (S. 122-139). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Bischoff, C., Schmädeke, S., Adam, M., Dreher, C., Bencetic, D. & Limbacher, K. (2013). Wirksamkeit von Handheld-gestütztem Selbstmanagement (E-Coaching) in der Rehabilitationsnachsorge. *Verhaltenstherapie* (23), 243-251.
- Bitter, D., Etenfellner, A., Matschnig, T., Frottier, P. & Frühwald, S. (2009). Da-Heim im Heim!? Bedeutet Ent-Hospitalisierung auch Ent-Institutionalisierung? *Psychiatrische Praxis* (36), 261-269.
- Blickhan, D. (2015). *Positive Psychologie. Ein Handbuch für die Praxis*. Paderborn: Junfermann.
- Boden, M. & Feldt, D. (2009). *Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen. Ein Handbuch zur Gruppenmoderation und zur Selbsthilfe*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bohus, M., Wolf-Arehult, M. & Kienast, T. (2013). *Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten. Das Therapeutenmanual; inklusive Keycard zum Freischalten der Software "Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten"*. Stuttgart: Schattauer.

- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F. & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC public health* (13), 119.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Mit ... 163 Tabellen*. Berlin: Springer.
- Bosshard, M., Ebert, U. & Lazarus, H. (2010a). Menschen mit Persönlichkeitsstörungen. In M. Bosshard, U. Ebert, H. Lazarus & A. Dziomba (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch* (S. 337-374). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bosshard, M., Ebert, U. & Lazarus, H. (2010b). Personenbezogene Methoden. In M. Bosshard, U. Ebert, H. Lazarus & A. Dziomba (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch* (S. 390-468). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bosshard, M., Ebert, U. & Lazarus, H. (2013a). Lernfälle für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie. In M. Bosshard, U. Ebert & H. Lazarus (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch* (S. 181-272). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Bosshard, M., Ebert, U. & Lazarus, H. (2013b). Unterstützung und Hilfen in wichtigen Lebensbereichen. In M. Bosshard, U. Ebert & H. Lazarus (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch* (S. 467-480). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1995). Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 17-27). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brengelmann, J. C. (Hrsg.). (1988). *Stressbewältigungstraining*. Frankfurt am Main: Lang.
- Brengelmann, J. C. & Sedlmayer, E. (1976). *Experimente zur Behandlung des Rauchens*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Breyer, B. & Bluemke, M. (ZIS - GESIS Leibniz Institute for the Social Sciences, Hrsg.). (2016). *Deutsche Version der Positive and Negative Affect Schedule PANAS (GESIS Panel)*. Zugriff am 02.09.2020. Verfügbar unter file:///C:/Users/ba2Sj8/AppData/Local/Temp/BreyerDeutscheVersionderPositiveandNegativeAffectSchedulePANAS-GESISPanel.pdf
- Brohm, M., Peifer, C. & Greve, J. M. (Hrsg.). (2017). *Positiv-Psychologische Forschung im deutschsprachigen Raum - State of the Art*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Brohm-Badry, M., Pfeifer, C., Greve, J. M. & Berend, B. (Hrsg.). (2018). *Wie Menschen wachsen. Positiv-psychologische Entwicklung von Individuum, Organisation und Gesellschaft*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Brown, S. & Chan, K. (2006). A randomized controlled trial of a brief health promotion intervention in a population with serious mental illness. *Journal of Mental Health* (15), 543-549.
- Brugha, T. S., Wing, J. K., Brewin, C. R., MacCarthy, B. & Lesage, A. (1993). The relationship of social network deficits with deficits in social functioning in long-term psychiatric disorders. *Social Psychiatry, psychiatric Epidemiology* (28), 218-224.

- Buchwald, P., Schwarzer, C. & Hobfoll, S. E. (2004). *Stress gemeinsam bewältigen. Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping*. Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M. & Brütt, A. L. (2009). Lebensqualität und Förderung der Lebensqualität. In M. Linden & W. Weig (Hrsg.), *Salutotherapie in Prävention und Rehabilitation* (S. 17-30). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Burlingame, G. M. (2010). Small group treatments: recent advances and issues. *Psychotherapy Research* (20), 1-7.
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R. & Strauß, B. (2004). Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (S. 647-696). New York: John Wiley & Sons.
- Carolyn, C., Koole, M. & Koole, S. (2014). Das Selbst. In K. Jonas, W. Stroebe, M. Hewstone & M. Reiss (Hrsg.), *Sozialpsychologie* (S. 141-196). Berlin: Springer.
- Christ, J. & Hoffmann-Richter, U. (1997). *Therapie in der Gemeinschaft. Gruppenarbeit, Gruppentherapie und Gruppenpsychotherapie im psychiatrischen Alltag*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Clausen, J. & Eichenbrenner, I. (2010). *Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfformen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Clayton, K. & Chubon, R. (1994). Factors associated with the quality of life of long-term spinal cord injured persons. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* (75), 259-285.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: L. Erlbaum Associates.
- Collani, v. G. & Herzberg, P. Y. (2003). Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* (24), 3-7.
- Consbruch, v. K. & Heidenreich, T. (2016). *Skalen zur sozialen Angststörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Cook, J. A., Copeland, M. E., Floyd, C. B., Jonikas, J. A., Hamilton, M. M., Razzano, L. et al. (2012). A randomized controlled trial of effects of wellness recovery action planning on depression, anxiety, and recovery. *Psychiatric services (Washington, D.C.)* (6), 541-547.
- Corsini, R. J. & Rosenberg, B. (1955). Mechanism of group psychotherapy. Processes and dynamics. *Journal of Abnormal and Social Psychology* (51), 406-411.
- Dachverband Gemeindepsychiatrie (Dachverband Gemeindepsychiatrie, Hrsg.). (2019). *Anwendung der GAF-Skala in der Soziotherapie und Ambulanten Psychiatrischen Pflege*. Zugriff am 02.09.2020. Verfügbar unter https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Veranstaltungen/Jahrestagung_2019/DVGP_Jahrestagung-2019.pdf
- Dalbert, C. (1992). Subjektives Wohlbefinden junger Erwachsener: Theoretische und empirische Analysen der Struktur und Stabilität. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* (13), 207-220.

- Dalbert, C. (2003). HSWBS Habituelle subjektive Wohlbefindensskala. In J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 170-175). Göttingen: Hogrefe.
- Dalbert, C., Montada, L., Schmitt, M. & Schneider, A. (1984). *Existentielle Schuld: Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen (= Berichte aus der Arbeitsgruppe "Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral")*, Universität Trier. Trier.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGP, Hrsg.). *Revision der auf die Forschung bezogenen ethischen Richtlinien*. Zugriff am 02.09.2020. Verfügbar unter <http://www.dgps.de/uploads/media/Empfehlungen-Qualitaet-der-Forschung-DGPs.pdf>
- DGPPN. (2013). *S3 - Leitlinie. Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Diener, E., Emmons, R. A. & Larsen, R. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment* (49), 71-75.
- Diener, E., Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology* (24), 25-41.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S. et al. (2009). New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research* (39), 247-266.
- Dies, R. R. (1994). Therapist variables in group psychotherapy research. In A. Fuhriman & G. M. Burlingame (Hrsg.), *Handbook of group psychotherapy* (S. 114-154). New York: Wiley.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (2006). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (2016). *ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Hogrefe.
- Dillo, W., Lampen, S., Neumann, A., Steinmüller, S. & Wellmann, B. (2010). Die ressourcenorientierte Integration chronisch psychisch Kranker in den Arbeitsmarkt über Ein-Euro-Jobs - erste Erfahrungen eines Modellprojekts. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* (78), 288-293.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016a). Datenanalyse. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (S. 597-784). Berlin: Springer.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016b). Datenaufbereitung. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (S. 579-596). Berlin: Springer.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016c). Datenerhebung. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (S. 321-578). Berlin: Springer.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016d). Evaluationsforschung. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (S. 975-1036). Berlin: Springer.

- Döring, N. & Bortz, J. (2016e). Hypothesenprüfung mittels klassischer Signifikanztests. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (S. 659-677). Berlin: Springer.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016f). Untersuchungsdesign. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (S. 181-220). Berlin: Springer.
- Dörr, M. (2005). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. München: E. Reinhardt.
- Duschek, S., Schandry, R. & Hege, B. (2003). *SASS Soziale Aktivität Selbstbeurteilungs-Skala*. Göttingen: Beltz Test.
- Eckert, M. & Tarnowski, T. (2017). *Stress- und Emotionsregulation. Trainingsmanual zum Programm Stark im Stress: mit E-Book inside und Arbeitsmaterial*. Weinheim: Beltz.
- Eid, M., Gollwitzer, M. & Schmitt, M. (2010). *Statistik und Forschungsmethoden*. Weinheim: Beltz.
- Eldridge, D., Dawber, N. & Gray, R. (2011). A well-being support program for patients with severe mental illness: a service evaluation. *BMC Psychiatry* (46), 1-9.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L. & Cohen, J. (1976). The sickness rating scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of general psychiatry* (33), 766-771.
- Engelmann, B. (2012). *Therapie-Tools Positive Psychologie. Achtsamkeit, Glück und Mut; mit Online-Materialien*. Weinheim: Beltz.
- Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential self-theory. In L. A. Pervin (Hrsg.), *Handbook of personality: Theory and research* (S. 165-192). New York: Guilford Press.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M. J. S. & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit FLZ*. Göttingen: Hogrefe.
- Fava, G. A. & Linden, M. (2015). Well-being-/Wohlbefindenstherapie. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 437-442). Berlin: Springer.
- Fava, G. A., Ruini, C. & Linden, M. (2009). Wohlbefindens-Therapie (Well-being Therapy). In M. Linden & W. Weig (Hrsg.), *Salutotherapie in Prävention und Rehabilitation* (S. 143-147). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Ferring, D. (2003). *Kurzbeschreibung und Forschungsbericht zum "Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen" (FEGK)*, University of Luxembourg. Luxembourg.
- Ferring, D. & Filipp, S.-H. (1996). Messung des Selbstwertgefühls: Befunde zur Reliabilität, Validität und Stabilität der Rosenberg-Skala. *Diagnostica* (42), 284-292.
- Fiedler, P. (2005). *Verhaltenstherapie in Gruppen. Psychologische Psychotherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Fiedler, P. (2007). Ressourcenorientierte Psychotherapie. In R. Frank (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics. And sex and drugs and rock 'n' roll*. Los Angeles: Sage.
- Finzen, A. (2004). *Schizophrenie - die Krankheit verstehen*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

- Fisher, R. A. (1970). *Statistical methods for research workers*. Edingburgh: Oliver & Boyd.
- Fisseni, H.-J. (2004). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Mit Hinweisen zur Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Flückiger, C., Caspar, F., Grosse Holtforth, M. & Willutzki, U. (2009). Working with patients' strengths. A microprocess approach. *Psychotherapy Research* (19), 213-223.
- Flückiger, C., Frischknecht, E., Wüsten, G. & Lust, W. (2008). Ressourcenpriming - Veränderungen der Aufmerksamkeitsfokussierung bei Novizen und erfahrenen Therapeuten zu Therapiebeginn. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* (56), 61-68.
- Flückiger, C. & Wüsten, G. (2015). *Ressourcenaktivierung. Ein Manual für Psychotherapie, Coaching und Beratung*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Francis, A., Clarkin, J. & Morachi, J. (1980). Selection criteria for outpatient group psychotherapy. *Hospital and Community Psychiatry* (31), 245-250.
- Frank, R. (Hrsg.). (2011). *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Franke, A. & Witte, M. (2009). *Das HEDE-Training*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Franke, G. H. (2014). *SCL-90-S Symptomcheckliste 90 Standard*. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G. H. (2017a). *BSCL- Brief Symptom Checkliste*. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G. H. (2017b). *Mini-SCL Mini-Symptom-Checkliste*. Göttingen: Hogrefe.
- Fredrickson, B. (2011). *Die Macht der guten Gefühle. Wie eine positive Haltung ihr Leben dauerhaft verändert*. Frankfurt: Campus-Verlag.
- Freyberger, H. J. (2006). Psychotherapeutische Versorgung. *Die Psychiatrie* (3), 145-149.
- Freyberger, H. J. & Spitzer, C. (2018). Gruppenpsychotherapie in der Psychiatrie. In B. Strauß & D. Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 408-414). Berlin: Springer.
- Friedrich, B. (2013). Schwierige Situationen innerhalb des sozialen Kompetenztrainings. In H. Alsleben & I. Hand (Hrsg.), *Soziales Kompetenztraining. Leitfaden für die Einzel- und Gruppentherapie bei Sozialer Phobie* (S. 207-232). Wien: Springer.
- Friedrich, S. (2010a). Arbeit mit Netzwerken. In T. Möbius & S. Friedrich (Hrsg.), *Ressourcenorientiert Arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich* (S. 63-106). Wiesbaden: VS Verlag.
- Friedrich, S. (2010b). Entwicklung einer ressourcenorientierten Haltung. In T. Möbius & S. Friedrich (Hrsg.), *Ressourcenorientiert Arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich* (S. 39-49). Wiesbaden: VS Verlag.
- Fuhriman, A. & Burlingame, G. M. (Hrsg.). (1994). *Handbook of group psychotherapy*. New York: Wiley.
- Furchtlehner, L. M., Schuster, R. & Laireiter, A. R. (2019). A comparative study of the efficacy of group positive psychotherapy and group cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive disorders: A randomized controlled trial. *The Journal of Positive Psychology* (15), 832-845.

- Gaberszig, K. & Laireiter, A. R. (2018). Interventionsstudie zur Steigerung des subjektiven Wohlbefindens und Glückserlebens bei älteren Menschen in Seniorenheimen. In M. Brohm-Badry, C. Pfeifer, J. M. Greve & B. Berend (Hrsg.), *Wie Menschen wachsen. Positiv-psychologische Entwicklung von Individuum, Organisation und Gesellschaft* (S. 143-157). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Gable, S. L., Impett, E. A., Reis, H. T. & Asher, E. R. (2004). What do you do when things go right? The intrapersonal and interpersonal benefits of sharing positive events. *Journal of Personality and Social Psychology* (87), 228-245.
- Gärtner, B. (1999). Zur Lage chronisch psychisch Kranker. In D. Borgers (Hrsg.), *Chronische Erkrankungen* (S. 37-50). Berlin: Argument-Verlag.
- Gassmann, D. & Grawe, K. (2004). Die Messung interpersonaler Ressourcen im Therapieprozess. Ergebnisse der Mikroprozessanalyse KMP. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* (36), 63-72.
- Gassmann, D. & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy* (13), 1-11.
- Gerlach, D., Kulinna, U. & Sack, M. (2009). Entwicklung eines Gruppenangebots zur Aktivierung persönlicher Ressourcen in der psychosomatischen Tagesklinik. *Trauma und Gewalt* (3), 232-239.
- Geue, K., Strauß, B. & Brähler, E. (Hrsg.). (2016). *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Görres, B. (2013). Die psychiatrische Versorgungslandschaft. In M. Bosshard, U. Ebert & H. Lazarus (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch* (S. 140-151). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe-Verlag für Psychologie.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel - von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung: Ein primäres Wirkprinzip in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* (44), 63-73.
- Green, C. A., Janoff, S. L., Yarborough, B. J. H. & Paulson, R. I. (2013). The recovery group project: development of an intervention led jointly by peer and professional counselors. *Psychiatric services (Washington, D.C.)* (12), 1211-1217.
- Greenawalt, K. E., Orsega-Smith, E., Turner, J. L., Goodwin, S. & Rathie, E. J. (2018). The impact of "The Art of Happiness" class on community dwelling older adults: a positive psychology intervention. *Activities, Adaptation & Aging* (12), 1-15.
- Grob, A., Lüthi, R., Kaiser, F. G., Flammer, A., Mackinnon, A. & Wearing, A. J. (1991). Berner Fragebogen zum Wohlbefinden Jugendlicher (BFW). *Diagnostica* (1), 66-75.
- Gruyters, T., Scheytt, D., Hoffmann, c. & Priebe, S. (1997). Psychosoziale Charakteristika und Sichtweisen von Besuchern in Tagesstätten und in Kontakt- und Beratungsstellen. *Nervenarzt* (68), 251-258.

- Gühne, U. & Riedel-Heller, S. G. (DGPPN, Hrsg.). (2015). *Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Im Auftrag von Gesundheitsstadt Berlin e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)*.
- Guy, W. (2005). Clinical Global Impressions Scale (CGI), Modified. In A. J. Rush (Hrsg.), *Handbook of psychiatric measures* (100-102). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Haberfellner, E. M. & Rittmannsberger, H. (1995). Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung psychisch Kranker - Eine Netzwerkuntersuchung. *Psychiatrische Praxis* (22), 145-149.
- Haberthür, A., Buchkremer, U., Storch, M. & Soyka, M. (2017). *Easier Living - mir zuliebe. Das Gruppentherapieprogramm zur langfristigen ressourcenorientierten Gesundheitsförderung*. Bern: Hogrefe.
- Hajek, A. & König, H.-H. (2016). Negative health comparisons decrease affective and cognitive well-Being in older adults. Evidence from a population-based longitudinal study in Germany. *Frontiers in psychology* (7), 999.
- Hammer, M. (2008). Stressbewältigungstraining (SBT) für psychisch kranke Menschen. *Ergotherapie & Rehabilitation* (47), 10-17.
- Hampel, P. (2007). Stressbewältigungstraining im Kindesalter. In I. Seiffge-Krenke & A. Lohaus (Hrsg.), *Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter* (S. 235-246). Göttingen: Hogrefe.
- Harrison, A., Al-Khairulla, H. & Kikoler, M. (2016). The feasibility, acceptability and possible benefit of a positive psychology intervention group in an adolescent inpatient eating disorder service. *The Journal of Positive Psychology* (5), 449-459.
- Hasenbring, M. (1988). Zur Adaptivität von Kontrollüberzeugungen - Empirische Befunde bei Patienten mit Krebserkrankungen, lumbalem Bandscheibenvorfall und chronischen Schmerzsyndromen. In W. Schüffel (Hrsg.), *Sich gesund fühlen im Jahr 2000* (S. 222-230). Berlin: Springer.
- Hautzinger, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Hautzinger, M. (2013). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Mit Online-Materialien*. Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Hofmeister, D. & Keller, F. (2012). *Allgemeine Depressionskala ADS. 2., überarbeitete und neu normierte Auflage 2012*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *BDI-II Beck-Depressions-Inventar. Revision*. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services GmbH.
- Heck, R. H., Thomas, S. L. & Tabata, L. N. (2010). *Multilevel and Longitudinal Modeling with IBM SPSS*. New York: Taylor & Francis.
- Heinisch, M., Ludwig, M. & Bullinger, M. (1993). MLDL Münchner Lebensqualitäts Dimensionen Liste. In G. Westhof (Hrsg.), *Handbuch psychosozialer Messinstrumente* (S. 562-564). Göttingen: Hogrefe.
- Herrle, J. & Kühner, C. (1994). *Depression bewältigen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm nach P.M. Lewinsohn*. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlag-Union.

- Herrle, J., Kühner, C. & Angermeyer, M. C. (1995). Praxis des Gruppenprogramms "Depression bewältigen". In J. Herrle & C. Kühner (Hrsg.), *Depression bewältigen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm nach P.M. Lewinsohn* (S. 11-35). Weinheim: Beltz Juventa.
- Herzberg, P. Y. (2016). RSES Rosenbergkala zum Selbstwertgefühl. (Rosenberg Self-Esteem-Scale). In K. Geue, B. Strauß & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (S. 416-419). Göttingen: Hogrefe.
- Hilgers, M. (2010). Gruppenprozess - Selbstöffnung und Schamangst in der Gruppe. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 119-124). Stuttgart: Thieme.
- Hinsch, R. & Pfungsten, U. (2007). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen. GSK; Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele*. Weinheim: Beltz PVU.
- Ho, H. C. Y., Yeung, D. Y. & Kwok, S. (2014). Development and evaluation of the positive psychology intervention for older adults. *The Journal of Positive Psychology* (3), 187-197.
- Hobi, V. (1985). *Basler Befindlichkeits-Skala (BSS)*. Weinheim: Beltz Test.
- Hoyer, J., Heidenreich, T. & Fecht, J. (2000). Selbstaufmerksamkeit und ihre Veränderung bei stationären Alkoholpatienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* (48), 105-117.
- Iffland, R. (Februar, 2015). *Soziales Funktionsniveau und dessen neuronale Korrelate bei gesunden Menschen und bei Menschen mit Schizophrenie*. Dissertation, Justus-Liebig Universität. Gießen.
- International Business Machines Corporation (TSC Germany, Hrsg.). (2016). *IBM SPSS Missing Values 24*. Zugriff am 02.09.2020. Verfügbar unter ftp://public.dhe.ibm.com/software/analytics/spss/documentation/statistics/24.0/de/client/Manuals/IBM_SPSS_Missing_Values.pdf
- International Business Machines Corporation (TSC Germany, Hrsg.). (2017). *IBM SPSS Advanced Statistics 25*. Zugriff am 02.09.2020. Verfügbar unter ftp://public.dhe.ibm.com/software/analytics/spss/documentation/statistics/25.0/de/client/Manuals/IBM_SPSS_Advanced_Statistics.pdf
- Jacob, G. A., Richter, H., Lammers, C. H., Bohus, M. & Lieb, K. (2006). Gruppentherapiemodul zur Stärkung des Selbstwertes bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Verhaltenstherapie* (16), 212-221.
- Janke, W. & Debus, G. (1978). *Eigenschaftswörterliste EWL (Handanweisung)*. Göttingen: Hogrefe.
- Jerich, L. (2016). *Wellnessfaktor psychische Gesundheit*. Wiesbaden: Springer.
- Jinghua, L. (2015). *A randomized controlled study to evaluate the efficacy of a positive psychology and social networking intervention in reducing depressive symptoms among HIV-infected men who have sex with men in China*. Dissertation, The Chinese University of Hong Kong. Hong Kong.
- Joyce, A. S., McCallum, M., Piper, W. E. & Ogrodniczuk, J. S. (2000). Role behavior expectancies and alliance change in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research* (9), 213-225.

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
- Kaluza, G. (1998). Effekte eines kognitiv-behavioralen Stressbewältigungstrainings auf Belastungen, Bewältigung und (Wohl-)Befinden. Eine randomisierte, prospektive Interventionsstudie in der primären Prävention. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* (27), 234-243.
- Kaluza, G. (2011). *Salute! Was die Seele stark macht. Programm zur Förderung psychosozialer Gesundheitsressourcen*. Marburg: Klett-Cotta.
- Kaluza, G., Klus, H., Krane, E. & Pilz-Oertl, M. (2002). Salutogenese in der Praxis: Indikationsübergreifendes, ressourcenorientiertes Gesundheitsprogramm für chronisch kranke Menschen - Interventionskonzept und Evaluation. *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* (58), 148-155.
- Kämmerer, A. (2018). Kognitiv verhaltenstherapeutische Gruppentherapie. In B. Strauß & D. Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 147-158). Berlin: Springer.
- Kanning, U. (2009). *Inventar sozialer Kompetenzen*. Göttingen: Hogrefe.
- Kazantzis, N., Deane, F. P. & Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: a meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice* (7), 189-202.
- Klecha, D. & Borchardt, D. (2007). *Psychiatrische Versorgung und Rehabilitation. Ein Praxisleitfaden*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Koch, S., Hedlund, S., Rosenthal, S. & Hillert, A. (2006). Stressbewältigung am Arbeitsplatz: Ein stationäres Gruppentherapieprogramm. *Verhaltenstherapie* (16), 7-15.
- Kolip, P. & Schmidt, B. (1999). Der Fragebogen zur Erfassung körperlichen Wohlbefindens (FEW 16). *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* (7), 77-87.
- Kolip, P. & Schmidt, B. (2003). FEW 16. Fragebogen zur Erfassung körperlichen Wohlbefindens. In J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 132-134). Göttingen: Hogrefe.
- König, O. (2012). Gruppendynamische Grundlagen. In B. Strauß & D. Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 21-36). Berlin: Springer.
- Koppenhöfer, E. (2016). *Kleine Schule des Genießens. Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Kovaleva, A., Beierlein, C., Kemper, C. J. & Rammstedt, B. (gesis - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, Hrsg.). (2014). *Internale-Externale-Kontrollüberzeugung-4 (IE-4)*. Zugriff am 02.09.2020. Verfügbar unter https://www.gesis.org/fileadmin/kurzskalen/working_papers/IE4_Workingpaper.pdf
- Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK)*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Krauth, J. (1995). *Testkonstruktion und Testtheorie*. Weinheim: PVU.

- Krohne, H. W., Egloff, B., Kohlmann, C.-W. & Tausch, A. (1996). Untersuchungen mit einer deutschen Version der "Positive and Negative Affect Schedule" (PANAS). *Diagnostica* (42), 139-156.
- Krüger, M. & Erm, N. (2010). Die "Arbeit am Selbstwert" als Therapieelement in der tagesklinischen Behandlung. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* (3), 697-705.
- Kühner, C., Herrle, J. & Angermeyer, M. C. (1995). Theoretische und empirische Grundlagen des Gruppenprogramms "Depression bewältigen". In J. Herrle & C. Kühner (Hrsg.), *Depression bewältigen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm nach P.M. Lewinsohn* (S. 1-10). Weinheim: Beltz Juventa.
- Laireiter, A. R., Mulitze, J. M., Schwaiger-Schrader, B., Siwek-Marcon, P. & Taurini, E. (2017). Glückscoaching - Ein Seminar zur Förderung von positiven Emotionen, Wohlbefinden und Ressourcen. Konzept und Ergebnisse zur Wirksamkeit. In M. Brohm, C. Peifer & J. M. Greve (Hrsg.), *Positiv-Psychologische Forschung im deutschsprachigen Raum - State of the Art* (S. 114-131). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Laupichler, K. (2007). Was trägt zur Chronifizierung psychisch Kranker bei? Aus Sicht eines Psychiatrieerfahrenen. In L. Adler (Hrsg.), *Chronisch psychisch krank - chronisch schlecht versorgt? Zur Lage der chronisch psychisch Kranken 30 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête; [Beiträge der Tagung vom 23. April 2005 in der Fachhochschule Wiesbaden]* (S. 29-34). Regensburg: Roderer.
- Lazarus, H. & Bosshard, M. (2005). *Bildung als Chance. Ressourcenorientierte Biografiearbeit mit chronisch psychisch kranken und drogenabhängigen Menschen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Leonhart, R. (2017). *Lehrbuch Statistik. Einstieg und Vertiefung*. Bern: Hogrefe.
- Lieberman, M., Miles, G. & Yalom, I. D. (1973). *Encounter groups: First Facts*. New York: Basic Books.
- Lieberz, K., Spies, M. & Schepank, H. (1998). Seelische Störungen. Stabile Gesundheit und chronische Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung im 10-Jahres-Verlauf. *Nervenarzt* (69), 769-775.
- Lindenmayer, J.-P., Khan, A., Wance, D., Maccabee, N. & Kaushik, S. (2009). Outcome evaluation of a structured educational wellness program in patients with severe mental illness. *The journal of clinical psychiatry* (70), 1385-1396.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D. et al. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA psychiatry* (5), 475-482.
- Lohaus, A. & Schmitt, G. M. (1989). *Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Lora, A., Bezzi, R. & Erlicher, A. (2007). Estimating the prevalence of severe mental illness in mental health services in Lombard (Italy). *Community Mental Health Journal* (43), 341-357.
- Lorenz, E., Köpke, S., Pfaff, H. & Blettner, M. (2018). Clusterrandomisierte Studien. *Deutsches Ärzteblatt* (10), 163-168.

- Ludwig, A. & Farrelly, F. (1966). The code of chronicity. *Archives of general psychiatry* (15), 162-168.
- Lutz, R. (2012). Euthyme Therapie. In G. Meinlschmidt, S. Schneider & Margraf, J. (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Materialien für die Psychotherapie* (S. 58-66). Berlin: Springer.
- Lyubomirsky, S. & Neubauer, J. (2008). *Glücklich sein. Warum Sie es in der Hand haben, zufrieden zu leben*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Lyubomirsky, S., Schkade, D. & Sheldon, K. S. (2005). Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change. *Review of General Psychology* (9), 111-131.
- Mann, J. (1966). Evaluation of group psychotherapy. In J. Moreno (Hrsg.), *The international handbook of group psychotherapy* (S. 129-148). New York: Philosophical Library.
- Marwitz, M. (2016). *Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie. Grundlagen und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Mattke, D. & Schreiber-Willnow, K. (2004). Das Gruppenklima in geschlossenen Kurzzeitgruppen in der stationären Psychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* (40), 360-378.
- Mattke, D. & Strauß, B. (2018). Indikation, Prognose, Vorbereitung und Zusammensetzung von Therapiegruppen. In B. Strauß & D. Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 59-68). Berlin: Springer.
- McRoberts, C., Burlingame, G. M. & Hoag, M. J. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy. A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* (2), 101-117.
- Meichenbaum, D. (1991). *Intervention bei Streß. Anwendung und Wirkung des Streßimpfungstrainings*. Bern: Huber.
- Meise, U. & Hinterhuber, H. (2012). Psychiatrische Rehabilitation. In W. W. Fleischhacker & H. Hinterhuber (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrie* (S. 473-495). Vienna: Springer.
- Metzmacher, B. (Hrsg.). (2002). *Viele Seelen wohnen doch in meiner Brust. Identitätsarbeit in der Psychotherapie mit Jugendlichen*. Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Meyer, P. S., Johnson, D. P., Parks, A., Iwanski, C. & Penn, D. L. (2012). Positive living: A pilot study of group positive psychotherapy for people with schizophrenia. *The Journal of Positive Psychology* (3), 239-248.
- Möbius, T. (2010). Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit. In T. Möbius & S. Friedrich (Hrsg.), *Ressourcenorientiert Arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich* (S. 13-30). Wiesbaden: VS Verlag.
- Möbius, T. & Friedrich, S. (Hrsg.). (2010). *Ressourcenorientiert Arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Morfeld, M., Kirchberger, I. & Bullinger, M. (2011). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.
- National Institute of Mental Health. (1987). *Towards a model for a comprehensive community-based mental health system*. Washington, D.C.: NIMH.
- Nestmann, F. (2008). Ressourcenarbeit. In K. Grunwald & H. Thiersch (Hrsg.), *Praxis lebensweltorientierter Sozialer Arbeit* (S. 69-85). Weinheim: Juventa.

- Nowack, N. (2003). Beziehungsorientiertes Arbeiten und Gruppenarbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen. In N. Nowack (Hrsg.), *Interdisziplinäre Rehabilitation chronisch psychisch kranker Menschen* (S. 113-132). Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Obert, K. (2004). Alltags- und lebensweltorientiertes sozialpsychiatrisches Handeln. In C. Lauber & W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation. Mit 90 Tabellen* (S. 293-319). Berlin: Springer.
- Ohling, M. (2015). *Soziale Arbeit und Psychotherapie. Veränderung der beruflichen Identität von SozialpädagogInnen durch Weiterbildung in psychotherapeutisch orientierten Verfahren*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Orlinsky, D., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy - noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 270-376). New York: Wiley.
- Parabiaghi, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Lasalvia, A. & Leese, M. (2006). Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service. *Social Psychiatry* (41), 457-463.
- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Pennebaker, J. W. (2010). *Heilung durch Schreiben. Ein Arbeitsbuch zur Selbsthilfe*. Bern: Huber.
- Perlman, L. M., Cohen, J. L., Altieri, M. J., Brennan, J. A., Brown, S. R., Mainka, J. B. et al. (2010). A multidimensional wellness group therapy program for veterans with comorbid psychiatric and medical conditions. *Professional Psychology: Research and Practice* (2), 120-127.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. New York: Oxford University Press.
- Piper, W. E. (1994). Client variables. In A. Fuhriman & G. M. Burlingame (Hrsg.), *Handbook of group psychotherapy* (S. 83-113). New York: Wiley.
- Proyer, R. T., Gander, F., Wellenzohn, S. & Ruch, W. (2014). Positive psychology interventions in people aged 50-79 years: long-term effects of placebo-controlled online interventions on well-being and depression. *Aging & mental health* (8), 997-1005.
- Proyer, R. T., Gander, F., Wellenzohn, S. & Ruch, W. (2016). Nine beautiful things: A self-administered online positive psychology intervention on the beauty in nature, arts, and behaviors increases happiness and ameliorates depressive symptoms. *Personality and Individual Differences* (94), 189-193.
- Rasch, B. (2010). *Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Reschke, K. & Schröder, H. (2010). *Optimistisch den Stress meistern. Ein Programm für Gesundheitsförderung, Therapie und Rehabilitation*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Riches, S., Schrank, B., Rashid, T. & Slade, M. (2015). WELLFOCUS PPT: Modifying positive psychotherapy for psychosis. *Psychotherapy* (53), 68-77.
- Richter, D. (2010). Evaluation des stationären und ambulanten betreuten Wohnens psychisch behinderter Menschen in den Wohnverbänden des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe. *Psychiatrische Praxis* (37), 127-133.

- Rogers, C. R. (1973). *Die klient-bezogene Gesprächstherapie*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1976). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht des Therapeuten*. Stuttgart: Klett.
- Röseler, D. & Teuschel, S. (2014). Das SPA-Programm. Vorstellung eines psychotherapeutischen Gruppenkonzeptes für ein stationäres gerontopsychiatrisches Setting. *Psychotherapie im Alter* (11), 225-238.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New York: Princeton University Press.
- Rosenthal, R. (1966). *Experimenter effects in behavioral research*. New York: Appleton.
- Rössler, W. (2012). Sozialpsychiatrie. In W. W. Fleischhacker & H. Hinterhuber (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrie* (S. 461-472). Vienna: Springer.
- Roth, M., Decker, O., Herzberg, P. Y. & Brähler, E. (2008). Dimensionality and norms of the Rosenberg Self-esteem Scale in a German general population sample. *European Journal of Psychological Assessment* (3), 190-197.
- Roth, W. L., Klusemann, J. & Kudielka, B. M. (1997). Lebenslust statt Alltagsfrust. Konzeption, Beschreibung und erste Evaluation eines Trainings zur Steigerung des psychischen Wohlbefindens. *Report Psychologie* (22), 858-871.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G. & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Journal of Psychiatry* (177), 149-155.
- Ruiz-Sancho, A. & Gunderson, J. (2000). Familien von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen: ein Literaturüberblick. In O. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 771-792). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Russell, D., Peplau, L. A. & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and social Psychology* (3), 472-480.
- Sales, B. D. & Folkman, S. (2000). *Ethics in research with human participants*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Sass, H. (2003). *Diagnostische Kriterien des diagnostischen und statistischen Manuals psychologischer Störungen DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schäfer, H., Döll, S., Höffler, K.-W. & Mittag, O. (2000). Schutzfaktoren: Was hält uns gesund? Seminareinheit. In Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.), *Gesundheitsbildungsprogramm für die medizinische Rehabilitation // Aktiv Gesundheit fördern. Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation* (S. 22-61). Stuttgart: Schattauer.
- Schelp, T., Gravemeier, R. & Maluck, D. (1997). *Rational-emotive Therapie als Gruppentraining gegen Streß. Seminarkonzepte und Materialien*. Bern: Huber.
- Schemmel, H. & Schaller, J. (Hrsg.). (2003). *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Schepank, H. (1995). *Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung*. Göttingen: Beltz Test.
- Schiefele, U., Krapp, A., Wild, K. P. & Winteler, A. (1993). Der "Fragebogen zum Studieninteresse (FSI)". *Diagnostica* (39), 335-351.

- Schinnar, A. P., Rothbard, A. B., Kanter, R. & Jung, Y. S. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *The American journal of psychiatry* (12), 1602-1608.
- Schlippe, A. v. & Schweitzer, J. (2002). *Lehrbuch der systemischen Therapie. Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt-Grünert, M. (2009). *Soziale Arbeit mit Gruppen. Eine Einführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Schrank, B., Brownell, T., Jakaite, Z., Larkin, C., Pesola, F., Riches, S. et al. (2016). Evaluation of a positive psychotherapy group intervention for people with psychosis: pilot randomised controlled trial. *Epidemiology and psychiatric sciences* (3), 235-246.
- Schulte, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hrsg.). (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Schütz, A. & Sellin, I. (2006). *Die Multidimensionale Selbstwertskala (MSWS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schweitzer, J. & Schumacher, B. (1995). *Die unendliche und endliche Psychiatrie*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH.
- Seidl, M. H., Limberger, M. & Ebner-Primer, U. W. (2016). Entwicklung und Evaluierung eines Stressbewältigungsprogramms für Studierende im Hochschulsetting. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* (24), 29-40.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T. & Parks, A. C. (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist* (61), 774-788.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *The American psychologist* (5), 410-421.
- Sipos, V. & Schweiger, U. (2018). *Gruppentherapie. Ein Handbuch für die ambulante und stationäre verhaltenstherapeutische Praxis*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Smith, E. & Grawe, K. (2003). Die funktionale Rolle von Ressourcenaktivierung für therapeutische Veränderungen. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (S. 111-122). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Steinberg, H. (1999). Der "Werther-Effekt". Historischer Ursprung und Hintergrund eines Phänomens. *Psychiatrische Praxis* (26), 37-42.
- Steinmetz, J. L., Lewinsohn, P. M. & Antonuccio, D. O. (1983). Prediction of individual outcome in a group intervention for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (51), 331-337.
- Steyer, R., Notz, P., Schwenkmezger, P. & Eid, M. (1997). *Der Mehrdimensionale Befindlichkeitsfragebogen (MDBF)*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Strauß, B. & Burgmeier-Lohse, M. (1995). Merkmale der "Passung" zwischen Patient und Therapeut als Determinanten des Behandlungsergebnisses in der stationären Gruppentherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* (41), 127-140.

- Strauß, B. & Burlingame, G. M. (2018). Gruppenpsychotherapieforschung und Wirksamkeitsnachweise von Gruppenbehandlungen. In B. Strauß & D. Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 191-210). Berlin: Springer.
- Streich, A. & Lüttringhaus, M. (2004). *Ressourcenarten*. Essen: Institut für Sozialraumorientierung ISAAB.
- Ströbl, V. & Reusch, A. (2005). *Motivation zu gesundheitlichem Handeln bei Patienten in der stationären Rehabilitation*. Abschlussbericht, Julius-Maximilians-Universität Würzburg. Würzburg.
- Süllwold, L. & Huber, G. (1985). *Schizophrene Basisstörungen*. Heidelberg: Springer.
- Tellegen, A., Watson, D. & Clark, L. A. (1999). On the dimensional and hierarchical structure of affect. *Psychological Science* (4), 297-303.
- Terrill, A. L., Reblin, M., MacKenzie, J. J., Cardell, B., Einerson, J., Berg, C. A. et al. (2018). Development of a novel positive psychology-based intervention for couples post-stroke. *Rehabilitation psychology* (1), 43-54.
- Tönnies, S., Plöhn, S. & Krippendorf, U. (1996). *Skalen zur psychischen Gesundheit (SPG). Fragebogen*. Heidelberg: Roland Asanger.
- Tschuschke, V. (1999). Gruppentherapie versus Einzeltherapie - gleich wirksam? *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* (35), 257-274.
- Tschuschke, V. (2010). Geschlossene versus halboffene Gruppen. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 152-153). Stuttgart: Thieme.
- Tschuschke, V. & Agazarian, Y. M. (Hrsg.). (2001). *Praxis der Gruppenpsychotherapie. 49 Tabellen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Tuckman, B. W. & Jensen, M. A. (1997). Stages of small group development revisited. *Group & Organisation Management* (2), 419-428.
- Uchino, B. N., Bowen, K., Carlisle, M. & Birmingham, W. (2012). Psychological pathways linking social support to health outcomes: a visit with the "ghost" of research past, present, and future. *Social Science and Medicine* (74), 949-957.
- Underwood, B. & Froming, W. J. (1980). The mood survey: A personality measure of happy and sad moods. *Journal of Personality Assessment* (44), 404-414.
- Universität Düsseldorf. *G*Power: Statistical Power Analyses for Windows and Mac*. Zugriff am 24.11.2020. Verfügbar unter <https://www.psychologie.hhu.de/arbeitsgruppen/allgemeine-psychologie-und-arbeitspsychologie/gpower.html>
- Valdes-Stauber, J. (2009). Behandlung chronisch psychisch kranker Menschen. *Nervenarzt* (80), 564-577.
- Van Metre, L., Chiappetta, L., Siedel, B., Fan, T. & Mitchell, A. N. (2011). Educating for wellness: A wellness education group intervention for adults with chronic severe mental illness living in the community. *Issues in Mental Health Nursing* (32), 408-415.
- Viehhauser, R. (2000). *Förderung salutogener Ressourcen. Entwicklung und Evaluation eines gesundheitspsychologischen Trainingsprogramms*. Regensburg: Röderer Verlag.
- Weise, G. (1975). *Psychologische Leistungstests*. Göttingen: Hogrefe.

- Wild, B., Hausmanns, J., Hoevels, R., Herzog, W. & Schlehofer, B. (2010). Psychotherapeutische Gruppenintervention für Patienten in der zweiten Lebenshälfte. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* (60), 479-484.
- Willutzki, U. (2013). Ressourcen: Einige Bemerkungen zur Begriffsklärung. In J. Schaller & H. Schemmel (Hrsg.), *Ressourcen... Ein Hand- und Lesebuch zur psychotherapeutischen Arbeit* (S. 61-82). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Willutzki, U., Neumann, B., Haas, H., Koban, C. & Schulte, D. (2004). Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie* (33), 42-50.
- Willutzki, U. & Teismann, T. (2013). *Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Wing, J. K., Beevor, A. S. & Curtis, R. (1998). Health of Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and development. *British Journal of Psychiatry* (172), 11-18.
- Wirtz, M. A., Strohmmer, J. & Dorsch, F. (2017). *Dorsch - Lexikon der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Wunschel, I. & Linden, M. (2015). Hausaufgaben. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 139-142). Berlin: Springer.
- Wydra, G. (2003). FAHW: Fragebogen zur Erfassung des allgemeinen habituellen Wohlbefindens. In J. Schumacher, A. Kläber & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 102-107). Göttingen: Hogrefe.
- Wydra, G. (2014). *Der Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW und FAHW-12). Entwicklung und Evaluation eines mehrdimensionalen Fragebogens*, Universität des Saarlandes. Saarbrücken.
- Yalom, I. D. (1966). A study of group therapy dropouts. *Archives of general psychiatry* (14), 393-414.
- Yalom, I. D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yalom, I. D. (1983). *Inpatient group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yalom, I. D. (2007). *Theorie und Praxis der Gruppentherapie. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Zerssen, D. v. (1976a). *Die Befindlichkeits-Skala*. Weinheim: Beltz-Test.
- Zerssen, D. v. (1976b). *Die Beschwerden-Liste - Manual*. Weinheim: Beltz-Test.
- Zimmermann, R. B. (2017). Psychiatrische Grundlagen. In J. Bischoff, D. Deimel, C. Walther, R. B. Zimmermann & M. Bosshard (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch* (S. 59-79). Köln: Psychiatrie Verlag.

15 Anhang

Fragebogenbatterie

IG-T1

1. Proband*innennummer: _____ (von der/dem Mitarbeitenden auszufüllen)

1.1 Abteilungsnummer: _____ (von der/dem Mitarbeitenden auszufüllen – die Nummer, die Sie am Schulungstermin gezogen haben)

Sehr geehrte Teilnehmerinnen, sehr geehrte Teilnehmer,

mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens werden verschiedene Daten zu Ihrem Wohlbefinden und Ihrer Person erhoben. Sie erhalten diesen Fragebogen noch zwei weitere Male (nach dem Programm im April und nach vier Monaten im September). Für jeden rechtzeitig abgegebenen und ausgefüllten Fragebogen erhalten Sie 5 Euro.

Die Bearbeitung des Fragebogens wird in etwa 30-40 Minuten in Anspruch nehmen. Wir empfehlen, den Fragebogen **in mehreren Schritten auszufüllen**, sodass Ihre Konzentrationsfähigkeit erhalten bleibt. Nehmen Sie sich genügend Zeit und beantworten Sie bitte alle Fragen, auch wenn Sie das Gefühl haben, Sie haben diese Frage bereits beantwortet. Lassen Sie bitte keine Frage aus.

Sollten Sie sich während oder nach dem Ausfüllen des Fragebogens belastet fühlen oder merken, dass es Ihnen nicht gut geht und Redebedarf verspüren, wenden Sie sich bitte entweder an die Betreuer und Betreuerinnen in Ihrer Einrichtung oder gerne auch an die Projektleitung selbst.

Mit den ausgefüllten Fragebögen ist es uns möglich, zu untersuchen, wie wirksam das Ressourcenaufbauprogramm für Sie ist bzw. war. Die Ergebnisse werden Ihnen nach Beendigung der Studie mitgeteilt.

Die erhobenen Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Ich bedanke mich ganz herzlich für die Teilnahme an dieser Studie und das Ausfüllen des Fragebogens!

Lisa Küber

2. Angaben zum Datum und Ihrer Person. Kreuzen Sie bitte das für Sie Zutreffende an.			
2.1	Datum:	_____	
2.2	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
2.3	Alter: Jahre	
2.4	Familienstand:	<input type="checkbox"/> single <input type="checkbox"/> in einer Beziehung <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden/getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet	
2.5	Schulabschluss:	<input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Hauptschule ohne Abschluss <input type="checkbox"/> Hauptschule mit Abschluss (Qualifizierender Hauptschulabschluss) <input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Fachschulabschluss) <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur <input type="checkbox"/> abgeschlossenes Hochschul-/Fachhochschulstudium <input type="checkbox"/> sonstiges	

2.6 Welcher Beschäftigung gehen Sie aktuell nach? Mehrfachantworten möglich.

- Vollzeitberufstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt
- Teilzeitberufstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt
- Geringfügige Beschäftigung
- Arbeitstätigkeit in einer Werkstätte
- Arbeitstätigkeit in einem Zuverdienstprojekt
- Arbeitstätigkeit in einem 1-Euro-Job
- Ehrenamtliche Tätigkeit
- Studium
- Ausbildung

Ich gehe aktuell **keiner** Beschäftigung nach

Sonstiges: _____

2.7 Welche finanziellen staatlichen Leistungen erhalten Sie aktuell? Mehrfachantworten möglich.

Ich lebe in einer vollstationären Wohngruppe und erhalte finanzielle Mittel durch den Kostenträger. Vor Einzug in die Wohngruppe habe ich folgende Leistungen erhalten (falls bekannt, bitte Zutreffendes ankreuzen):

- Erwerbsunfähigkeitsrente/Erwerbsminderungsrente
- Arbeitslosengeld II (auch bekannt als Hartz IV)
- Wohngeld
- Hilfe zum Lebensunterhalt
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Persönliches Budget
- Rente im Alter oder Pension

Ich erhalte aktuell **keine** finanziellen staatlichen Leistungen

Sonstiges: _____

3. Angaben zu Ihrer Erkrankung und deren Behandlung. Kreuzen Sie bitte das für Sie Zutreffende an.	
3.1	Wie alt waren Sie ungefähr, als das erste Mal Symptome Ihrer psychischen Erkrankung aufgetreten sind? _____ Jahre
3.2	Wie alt waren Sie ungefähr, als Sie das erste Mal professionelle Hilfe zur Behandlung Ihrer psychischen Erkrankung erhalten haben? _____ Jahre
3.3	Welche professionellen Hilfsangebote nehmen Sie aktuell in Anspruch? (Mehrfachantworten möglich) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Therapeutische Wohngruppe <input type="checkbox"/> Tageszentrum/Tagesstätte <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi) <input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> Tagesklinik im Bezirkskrankenhaus <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung <input type="checkbox"/> Facharzt für Psychiatrie <input type="checkbox"/> Soziotherapie Sonstiges _____
3.4	Sie nehmen an dem Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. teil. Welche Abteilung bietet Ihnen dieses Gruppenprogramm an? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Betreutes Einzelwohnen <input type="checkbox"/> Therapeutische Wohngruppe (ambulant) <input type="checkbox"/> Therapeutische Wohngruppe (stationär) <input type="checkbox"/> Tageszentrum/Tagesstätte <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)
3.5	Nehmen Sie aufgrund Ihrer psychischen Erkrankung regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3.6	Wie oft waren Sie bisher in Ihrem Leben stationär im Bezirkskrankenhaus (BKH) untergebracht? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Noch nie <input type="checkbox"/> 1-2 Mal <input type="checkbox"/> 3-4 Mal <input type="checkbox"/> 5-6 Mal <input type="checkbox"/> 7-10 Mal <input type="checkbox"/> Mehr als 10 Mal
3.7	Haben Sie in den letzten Wochen eine Krise durchlebt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3.8	Mit den Themen des Ressourcenaufbauprogramms kenne ich mich bis jetzt... <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ...wenig aus <input type="checkbox"/> ...mittelmäßig gut aus <input type="checkbox"/> ...ziemlich gut aus <input type="checkbox"/> ...sehr gut aus

4. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die beschreiben, wie Sie **sich selbst sehen könnten**. Bitte lesen Sie jede Aussage durch und geben Sie an, wie gut diese Aussage Ihre Meinung wiedergibt.

Sie können bei jeder Aussage zwischen vier verschiedenen Antworten wählen.

- Trifft voll und ganz zu
- Trifft eher zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft gar nicht zu

Kreuzen Sie bitte an, was **im Allgemeinen** auf Sie zutrifft. Beantworten Sie bitte alle Fragen! Wählen Sie in Zweifelsfällen die Antwort, die noch am ehesten auf Sie zutrifft.

Lesen Sie die Aussagen bitte sorgfältig durch.

	Trifft voll und ganz zu (4)	Trifft eher zu (3)	Trifft eher nicht zu (2)	Trifft gar nicht zu (1)
4.1 Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Hin und wieder denke ich, dass ich gar nichts tauge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Ich kann vieles genauso gut wie die meisten anderen Menschen auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 Ich fürchte, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7 Ich halte mich für einen wertvollen Menschen, jedenfalls bin ich nicht weniger wertvoll als andere auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8 Ich wünschte, ich könnte vor mir selbst mehr Achtung haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9 Alles in allem neige ich dazu, mich für einen Versager zu halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10 Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, die sich auf Ihr **Wohlbefinden** (Wohlbefinden wird hierbei als psychische Gesundheit verstanden) beziehen. Lesen Sie bitte jede Aussage durch, und kreuzen Sie an, in welchem Ausmaß Sie dieser Aussage zustimmen oder sie ablehnen. Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten, antworten Sie so, wie es für Sie zutrifft.

Sie können zwischen sechs Antwortmöglichkeiten entscheiden:

- Sehr richtig
- Richtig
- Eher richtig
- Eher falsch
- Falsch
- Sehr falsch

Beurteilen Sie bitte alle Aussagen, auch wenn einige Aussagen ähnlich formuliert sind. Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.

Lesen Sie die Aussagen bitte sorgfältig durch.

	Sehr richtig (6)	Richtig (5)	Eher richtig (4)	Eher falsch (3)	Falsch (2)	Sehr falsch (1)
5.1 Ein hohes Wohlbefinden ist zum Großteil Glückssache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Wenn man auf sich achtet, geht es einem auch gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Wohlbefinden ist davon abhängig, wie man mit sich umgeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 Menschen, denen es nie schlecht geht, haben einfach Glück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5 Ich glaube, dass ich sehr großen Einfluss auf mein Wohlbefinden habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6 Sich wohl zu fühlen, ist oft reine Glückssache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7 Damit es einem gut geht, muss man einiges für sich tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8 Mein Wohlbefinden ist hauptsächlich durch Zufälle bestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9 Wenn ich etwas für mein Wohlbefinden tue, bin ich sicher, dass es auch Erfolg haben wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10 Es ist eine Frage des Schicksals, ob es einem schlecht geht oder man sich wohl fühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen. Mit freundlicher Genehmigung.

6. Im Folgenden finden Sie einige Aussagen über bestimmte **Verhaltensweisen, Gedanken, Gefühle und Einstellungen**, die Sie mehr oder weniger häufiger zeigen. Sie sollen jeweils angeben, wie häufig die entsprechenden Verhaltensweisen, Gefühle und Gedanken bei Ihnen auftreten. Zu diesem Zweck setzen Sie bitte ein Kreuz in eine der vier vorgegebenen Antwortkategorien „immer“, „oft“, „manchmal“ und „nie“.

Immer oft manchmal nie

6.1 Ich kann einem anderen Menschen ... viel Liebe geben.

Sie sehen, dass in jedem Satz an einer bestimmten Stelle, die durch drei Punkte gekennzeichnet ist, ein Wort ausgelassen wurde. Sie sollen an dieser Stelle in Gedanken eine der vier Häufigkeitskategorien einfügen, nämlich jene, die am besten auf Sie zutrifft. Wenn Sie beispielsweise „**immer**“ viel Liebe geben können, wählen Sie die Kategorie „immer“ aus, mit der Sie in Gedanken den Satz vervollständigen. Diese Antwort kennzeichnen Sie durch ein Kreuz in der dafür vorgesehenen Antwortkategorie.

Lesen Sie die Aussagen bitte sorgfältig durch.

	Immer (4)	Oft (3)	Manch- mal (2)	Nie (1)
6.1 Ich kann einem anderen Menschen ... viel Liebe geben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Ich kann mich in andere Menschen ... sehr gut einfühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Ich mache mir ... Gedanken darüber, womit ich einem Menschen, den ich gerne mag, eine Freude bereiten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 Es macht mir ... Freude, anderen behilflich zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 Ich bemühe mich ... darum, auf die Gefühle anderer Rücksicht zu nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6 Wenn andere mir ihre Probleme anvertrauen, verspüre ich ... den Wunsch, ihnen zu helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7 Ich nehme ... regen Anteil am Leben meiner Freunde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8 Wenn ein mir nahestehender Mensch bedrückt ist, bemerke ich dies ... sofort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.9 Meine Gedanken kreisen ... so sehr um meine eigene Person, dass es mir schwerfällt, auf andere Menschen einzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.10 Gefühle der Zuneigung und Zärtlichkeit deutlich zu zeigen, fällt mir ... schwer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.11 Die Schwächen und Fehler meiner Mitmenschen zu verzeihen, fällt mir ... schwer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Die nachfolgende Liste enthält eine Reihe von Wörtern, die **unterschiedliche Gefühle und Empfindungen** beschreiben. Lesen Sie jedes Wort und tragen Sie dann in die Skala neben dem Wort die Intensität ein. Sie haben die Möglichkeit, zwischen fünf Abstufungen zu unterscheiden:

- Gar nicht
- Ein bisschen
- Einigermaßen
- Erheblich
- Äußerst

Kreuzen Sie bitte an, wie sie sich in **den letzten Wochen** gefühlt haben.

Lesen Sie die Aussagen bitte sorgfältig durch.

	Gar nicht (1)	Ein bisschen (2)	Einigermaßen (3)	Erheblich (4)	Äußerst (5)
7.1 Aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 Bekümmert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 Interessiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4 Freudig erregt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5 Verärgert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.6 Stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.7 Schuldig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.8 Erschrocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.9 Feindselig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.10 Angeregt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.11 Stolz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.12 Gereizt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.13 Begeistert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.14 Beschämt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.15 Wach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.16 Nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.17 Entschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.18 Aufmerksam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.19 Durcheinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.20 Ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Bitte beurteilen Sie im Folgenden, wie es Ihnen **im Allgemeinen** geht und wie zufrieden Sie im Allgemeinen mit Ihrem Leben sind. Nehmen Sie bitte zu jeder der folgenden Aussagen Stellung und entscheiden Sie, inwieweit jede auf Sie ganz persönlich zutrifft. Kreuzen Sie dazu bitte jeweils das für Sie zutreffende Kästchen an.

Sie können zwischen sechs Antwortmöglichkeiten entscheiden.

- Stimmt genau
- Stimmt weitgehend
- Stimmt ein wenig
- Stimmt eher nicht
- Stimmt weitgehend nicht
- Stimmt überhaupt nicht

Lesen Sie die Aussagen bitte sorgfältig durch.

	Stimmt genau (6)	Stimmt weit- gehend (5)	Stimmt ein wenig (4)	Stimmt eher nicht (3)	Stimmt weit- gehend nicht (2)	Stimmt über- haupt nicht (1)
8.1 Mein Leben könnte kaum glücklicher sein, als es ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Ich fühle mich meist ziemlich fröhlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 Ich glaube, dass sich vieles erfüllen wird, was ich mir für mich erhoffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4 Wenn ich an mein bisheriges Leben zurückdenke, so habe ich viel von dem erreicht, was ich erstrebe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5 Ich halte mich für eine glückliche Person.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6 Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7 Ich glaube, dass mir die Zeit noch einige interessante und erfreuliche Dinge bringen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8 Ich bin nicht so fröhlich wie die meisten Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.9 Ich bin mit meiner Lebenssituation zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.10 Ich bin selten in wirklicher Hochstimmung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.11 Ich sehe im Allgemeinen mehr die Sonnenseiten des Lebens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.12 Wenn ich so auf mein bisheriges Leben zurückblicke, bin ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.13 Ich fühle mich meist so, als ob ich vor Freude übersprudeln würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf den Umgang mit dem **Körper, auf Belastbarkeit und Entspannung**. Bitte überlegen Sie, wie Sie sich **in den letzten drei Wochen im Allgemeinen** gefühlt haben. Geben Sie dann bei den einzelnen Aussagen an, inwieweit Sie ihnen zustimmen können. Wählen Sie jeweils das Kästchen, das am besten auf Sie zutrifft.

Sie können zwischen sechs Antwortmöglichkeiten entscheiden:

- Trifft voll und ganz zu
- Trifft überwiegend zu
- Trifft eher zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft kaum zu
- Trifft überhaupt nicht zu

Beantworten Sie bitte alle Fragen. Beantworten Sie die Fragen auch dann, wenn Sie den Eindruck haben, eine ähnliche Frage schon einmal beantwortet zu haben.

Lesen Sie die Aussagen bitte sorgfältig durch.

	Trifft voll und ganz zu (6)	Trifft überwiegend zu (5)	Trifft eher zu (4)	Trifft eher nicht zu (3)	Trifft kaum zu (2)	Trifft überhaupt nicht zu (1)
9.1 Mein Körper ist robust.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 Ich habe einen erholsamen Schlaf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3 Mich kann kaum etwas aus der Ruhe bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4 Ich wache morgens ausgeschlafen auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5 Mein Körper ist widerstandsfähig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.6 Ich fühle mich innerlich im Gleichgewicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.7 Ich habe ein sicheres Gefühl für das, was meinem Körper gut tut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.8 Ich erlebe meinen Körper als leistungsfähig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.9 Nach dem Aufwachen bin ich ausgeruht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.10 Ich bin körperlich belastbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.11 Ich nehme mir Zeit, meinem Körper Gutes zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.12 Ich wache morgens energiegeladen auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.13 Ich kann es mir körperlich richtig gut gehen lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.14 Ich habe ein gutes Gefühl für das, was mein Körper braucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.15 Ich bin ruhig und gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.16 Ich bin ausgeglichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Im Folgenden werden Ihnen einige Fragen dazu gestellt, wie sehr sie sich **um sich selbst kümmern**. Überlegen Sie bitte, inwiefern die Aussagen auf Sie zutreffen. Beziehen Sie sich bei Ihrer Antwort bitte auf die **letzten Wochen**.

Sie können zwischen sechs Antwortmöglichkeiten entscheiden:

- Trifft voll und ganz zu
- Trifft überwiegend zu
- Trifft eher zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft kaum zu
- Trifft überhaupt nicht zu

Lesen Sie die Aussagen bitte sorgfältig durch.

	Trifft voll und ganz zu (6)	Trifft überwiegend zu (5)	Trifft eher zu (4)	Trifft eher nicht zu (3)	Trifft kaum zu (2)	Trifft überhaupt nicht zu (1)
10.1 Ich gönne mir Zeiten der Ruhe und Entspannung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2 Ich achte genau auf meine körperlichen Bedürfnisse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3 Ich weiß, was mir gut tut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4 Ich gönne mir Pausen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.5 Ich kann genießen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.6 Ich kann mich über schöne Dinge freuen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.7 Ich kann Nähe und Geborgenheit zulassen und genießen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.8 Ich genieße mit Bedacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.9 Ich kann positive Erlebnisse annehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.10 Ich sehe die schönen Seiten des Lebens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.11 Ich gönne mir täglich einen kleinen Genuss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.12 Ich kann mich freuen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.13 Ich kann positive Gefühle zulassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.14 Ich richte meinen Tag so ein, dass es mir gut gehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.15 Beim Genießen bin ich ganz bei der Sache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.16 Auch im Alltag tue ich Dinge, die mir gut tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.17 Ich Sorge für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.18 Ich kann Gutes annehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.19 Ich nehme mir Zeit für Dinge, die ich gerne mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Im Folgenden werden Ihnen einige Aussagen zu Ihrer **Symptomatik** gestellt. Nehmen Sie zu allen Fragen Stellung. Kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen immer die Antwort an, die Ihrem Befinden **während der letzten Woche** am besten entspricht oder entsprochen hat.

Sie können zwischen vier Antwortmöglichkeiten entscheiden:

- Selten oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag)
- Manchmal (1 bis 2 Tage lang)
- Öfters (3 bis 4 Tage lang)
- Meistens, die ganze Zeit (5-7 Tage lang)

Lesen Sie die Aussagen bitte sorgfältig durch.

	Selten oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag)	Manchmal (1 bis 2 Tage lang)	Öfters (3 bis 4 Tage lang)	Meistens, die ganze Zeit (5-7 Tage lang)
Während der letzten Woche...				
11.1 haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2 hatte ich kaum Appetit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.3 konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie versuchten, aufzumuntern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.4 kam ich mir genauso gut vor wie andere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.5 hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.6 war ich deprimiert/niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.7 war alles anstrengend für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.8 dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.9 dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.10 hatte ich Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.11 habe ich schlecht geschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.12 war ich fröhlich gestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.13 habe ich weniger als sonst geredet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.14 fühlte ich mich einsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.15 waren die Leute unfreundlich zu mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.16 habe ich das Leben genossen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.17 musste ich weinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.18 war ich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.19 hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.20 konnte ich mich zu nichts aufraffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen. Mit freundlicher Genehmigung.

Nun nachdem Sie das Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. durchlaufen haben, möchten wir gerne etwas zum Programm selbst erfahren. Bitte füllen Sie die nachfolgenden Fragen für Sie zutreffend aus.

12. Teilnahmehäufigkeit

12.1 An wie vielen der acht Sitzungseinheiten haben Sie **nicht** teilgenommen?

Ich habe an _____ Sitzungen **nicht** teilgenommen.

13. Bewertung der einzelnen Sitzungen

Benoten Sie bitte die Themen des Ressourcenaufbauprogramms mit einer Note von **1-6 (Schulnoten)**. Eine 1 bedeutet, dass Sie das Thema sehr gut und interessant fanden, eine 6 bedeutet, dass Sie das Thema sehr unpassend und uninteressant fanden.

	1	2	3	4	5	6
13.1 Verschiedene Ressourcenarten (persönliche, materielle, soziale, umweltbezogene Ressourcen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.2 Aufbau positiver Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.3 Genuss und Achtsamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.4 Dankbarkeit und das Positive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.5 Eigene Stärken erkennen und nutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.6 Wertschätzender Umgang (das Positive an sich und anderen sehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.7 Hilfsbereitschaft und Mitmenschlichkeit (anderen etwas Gutes tun)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.8 Abschluss und Zusammenfassung aller Inhalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Persönliche Einschätzung des Ressourcenaufbauprogramms (R.A.P.)

Im Folgenden bitten wir Sie, die Aussagen zu Ihrer persönlichen Einschätzung des Programms (Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.) zutreffend anzukreuzen.

Sie können zwischen sechs Antwortmöglichkeiten entscheiden:

- Trifft voll und ganz zu
- Trifft zu
- Trifft etwas zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft nicht zu
- Trifft überhaupt nicht zu

	Trifft voll und ganz zu (6)	Trifft zu (5)	Trifft etwas zu (4)	Trifft eher nicht zu (3)	Trifft nicht zu (2)	Trifft überhaupt nicht zu (1)
14.1 Ich werde die erlernten Übungen auch weiterhin für mich anwenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.2 Ich bin zuversichtlich, dass das, was ich im Kurs gelernt habe, mir auch im Alltag helfen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.3 Ich werde die erlernten Methoden weiterhin anwenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.4 Ich glaube, dass ich durch das im Kurs Gelernte mein (künftiges) Wohlbefinden positiv beeinflussen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.5 Ich würde das Gruppenkonzept (Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.) jederzeit anderen Leuten empfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.6 Das Programm war für mich ein großer persönlicher Gewinn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Rahmen des Ressourcenaufbauprogramms R.A.P. haben Sie in jeder Sitzungseinheit eine häusliche Übung erhalten. Kreuzen Sie bitte an, wie häufig Sie diese häuslichen Übungen **im Allgemeinen** auch tatsächlich durchgeführt haben.

	Immer	Oft	Manchmal	selten	nie
15.1 Wie oft haben Sie die häuslichen Übungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Neben den häuslichen Übungen haben Sie zahlreiche **Fertigkeiten und Methoden kennengelernt**, wie Sie Ihr Wohlbefinden selbst beeinflussen können. Kreuzen Sie bitte an, wie häufig Sie die erlernten Fertigkeiten in der **vergangenen Zeit** tatsächlich angewendet und geübt haben.

Sie können zwischen sechs Antwortmöglichkeiten entscheiden:

- Täglich
- Mehrmals in der Woche
- Einmal in der Woche
- Mehrmals im Monat
- Seltener
- Nie

Wie oft haben Sie geübt,	Täglich	Mehrmals in der Woche	Einmal in der Woche	Mehrmals im Monat	Seltener	Nie
16.1 ...dankbar zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.2 ...Dankbarkeit zu zeigen (schriftlich oder mündlich)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.3 ...eigene Stärken in den Alltag einzusetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.4 ...das Positive an sich selbst und in Ihrem Leben zu sehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.5 ...das Positive bei anderen Menschen zu sehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.6 ...anderen Menschen etwas Gutes zu tun (Hilfsbereitschaft, Menschlichkeit, Freundlichkeit zu zeigen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.7 ...andere Menschen wertzuschätzen (schriftlich oder mündlich z. B. in Form eines Kompliments)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.8 ...achtsam zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.9 ...bewusst zu genießen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.10 ...positive Aktivitäten in den Alltag einzubauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bewertungsbogen der Sitzungseinheiten 1-8 Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.

1. Abteilungsnummer: _____ (von der/dem Mitarbeitenden auszufüllen – die Nummer, die Sie am Schulungstermin gezogen haben)

1.1 Wie viele Klienten und Klientinnen sind für das R.A.P. allgemein angemeldet? _____ Personen

Um auch Ihre Einschätzung hinsichtlich der Durchführung des Ressourcenaufbauprogramms R.A.P. zu erfahren, bitten wir Sie, nach jeder Sitzungseinheit kurz die drei aufgeführten Fragen zu beantworten. Nehmen Sie sich bitte nach jeder Sitzung kurz Zeit und füllen Sie den Fragebogen erneut aus. Durch das Ausfüllen dieser Fragen, tragen Sie aktiv zur wissenschaftlichen Evaluation des Konzepts und dessen Optimierung bei.

Herzlichen Dank für Ihre Bemühungen!

Lisa Küber

Bewertung der 1. Sitzung

1. Gruppenvollständigkeit

Wie viele Teilnehmende haben heute gefehlt? _____

2. Wie haben Sie die Atmosphäre in der Gruppe empfunden?

Sehr angenehm (5)	Eher angenehm (4)	Neutral (3)	Eher unangenehm (2)	Sehr unangenehm (1)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Einhaltung des Therapiemanuals in der heutigen Sitzung:

	Trifft voll und ganz zu (6)	Trifft überwiegend zu (5)	Trifft eher zu (4)	Trifft eher nicht zu (3)	Trifft kaum zu (2)	Trifft überhaupt nicht zu (1)
3.1 Es wurden alle Arbeitsblätter (siehe „benötigte Utensilien“), die für die heutige Sitzung vorgesehen waren, in der Sitzung ausgegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Es wurden alle anderen „benötigten Utensilien“ (z. B. Flipchart, Tee o. Kaffee, Schokolade etc.), die für die heutige Sitzung vorgesehen waren, in der Sitzung verwendet. <small>(Falls keine anderen Utensilien benötigt wurden, kreuzen Sie bitte „Trifft voll und ganz zu“ an).</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Es wurden alle Inhalte des Manuals (Manual rechte Seite, oben oder Text auf der linken Seite) vermittelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Es wurden alle „Hinweise an die Teilnehmenden“ (Manual rechte Seite, rechte Spalte unten) vermittelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 Es wurden alle „Zu beachtenden Aspekte“ (Manual rechte Seite, linke Spalte unten) beachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6 Es wurden alle Arbeitsblätter von den T. bearbeitet und ausgefüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 Es wurden alle Arbeitsaufträge (z. B. Partnerübung durchführen, Gruppendiskussion führen, Reflexion der Übung, Besprechung der häuslichen Übung, Achtsamkeitsübungen etc.) von den T. durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie **Anmerkungen** zur 1. Sitzung?

4. Nachdem Sie nun das R.A.P. durchgeführt haben, würden wir Sie bitten, die strukturellen Aspekte des Programms einzuschätzen. Nehmen Sie hierbei Bezug auf die kompletten acht Sitzungen. Setzen Sie bei den drei Punkten gedanklich die für Sie passende Antwortmöglichkeit (Häufigkeitskategorien: Immer, Oft, Manchmal, Nie) ein und kreuzen Sie diese an.					
		Immer (4)	Oft (3)	Manchmal (2)	Nie (1)
4.1	Die PowerPoint-Präsentation wurde ... mittels eines Beamer's angezeigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Die PowerPoint-Präsentation wurde ... an einem Bildschirm (z. B. Computer, Laptop) angezeigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Die Folien der PowerPoint-Präsentation wurden ... für die Teilnehmenden ausgedruckt und ausgeteilt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	Die Sitzungsdauer von 2 Stunden wurde ... überschritten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5	Die Sitzungsdauer von 2 Stunden wurde ... unterschritten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6	Die einzelnen Übungen haben ... mehr Zeit in Anspruch genommen als vorgegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7	Die einzelnen Übungen haben ... weniger Zeit in Anspruch genommen als vorgegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wir würden gerne einen kurzen Gesamteindruck bezüglich des Gruppenkonzepts von Ihnen erhalten. Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.							
		Trifft sehr zu (6)	Trifft zu (5)	Trifft etwas zu (4)	Trifft eher nicht zu (3)	Trifft nicht zu (2)	Trifft gar nicht zu (1)
5.1	Ich habe den Ablauf des Programms sehr sinnvoll empfunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	Ich habe den Aufbau der einzelnen Sitzungen sehr sinnvoll empfunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	Ich finde die Themen des Programms gut gewählt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4	Ich finde die Übungen und häuslichen Aufgaben gut gewählt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5	Ich finde die Sitzungsdauer von 2 Stunden angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6	Das Programm ist für die Klienten und Klientinnen meiner Abteilung im Allgemeinen gut geeignet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7	Ich bin mit der Anwendung des Therapiemanuals gut zurechtgekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8	Alles in allem bin ich mit dem Ressourcenaufbauprogramm zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9	Ich denke, dass die Teilnehmenden von dem Ressourcenaufbauprogramm profitiert haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10	Ich bin froh, dass ich das Ressourcenaufbauprogramm durchgeführt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11	Ich würde das Ressourcenaufbauprogramm wieder durchführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Was hat Ihnen am R.A.P. besonders gut gefallen?

7. Was könnte am R.A.P. verbessert werden? (Kritik, Anregungen, Verbesserungsvorschläge etc.)

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Geben Sie den Fragebogen bitte in das vorgesehene Kuvert und verschließen dieses. Geben Sie das verschlossene Kuvert in den Karton.

Fragebogen zum Funktionsniveau und der psychischen Erkrankung des/der Teilnehmenden

Sehr geehrte Gruppenleitung,

bitte füllen Sie die nachfolgenden Fragen für jede teilnehmende Klient*in, Ihrem Wissen entsprechend, zutreffend aus. Schreiben Sie zunächst bei Nr.1 die Proband*innennummer der Klient*in auf, um den Fragebogen später zuordnen zu können. Kreuzen Sie im Nachfolgenden (Nr. 2) die zutreffende Erkrankung für die Klient*in an. Sollten Sie die genaue Bezeichnung der Erkrankung kennen, können Sie diese im Feld „Genaue Bezeichnung“ eintragen. Bei Frage Nr. 3 wird der Schweregrad und das Funktionsniveau der Klient*in erhoben. Schätzen Sie diesen bitte auf einer Skala von 0-100 entsprechend für die Klient*in ein.

Die Daten werden selbstverständlich streng vertraulich und ausschließlich in pseudonymisierter Form verwendet. Mittels dieser Daten können keine Rückschlüsse auf Ihre Person oder Ihre Einrichtung gezogen werden. Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens erklären Sie sich einverstanden, dass diese Daten für Forschungszwecke im Rahmen der Evaluationsstudie zum Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. verwendet werden.

Herzlichen Dank für Ihre Bemühungen.

Mit freundlichen Grüßen,

Lisa Küber

1. Proband*innenummer: _____ (von der/dem Mitarbeitenden auszufüllen)
1.1 Abteilungsnummer: _____ (von der/dem Mitarbeitenden auszufüllen – die Nummer, die Sie am Schulungstermin gezogen haben)

2. Unter welcher psychischen Erkrankung leidet der/die Teilnehmende? Sollten Sie die genaue Bezeichnung der Erkrankung kennen, schreiben Sie diese bitte auf die Linie unter der F-Kategorie unter „Genauere Bezeichnung“. Sollten Sie die genaue Bezeichnung der Erkrankung nicht kennen, kreuzen Sie bitte die F-Kategorie an, die für Sie am zutreffendsten erscheint.		
2.1	F00-F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	<input type="checkbox"/>
	Genauere Bezeichnung:	
2.2	F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	<input type="checkbox"/>
	Genauere Bezeichnung:	
2.3	F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	<input type="checkbox"/>
	Genauere Bezeichnung:	
2.4	F30-F39: Affektive Störungen	<input type="checkbox"/>
	Genauere Bezeichnung:	
2.5	F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	<input type="checkbox"/>
	Genauere Bezeichnung:	
2.6	F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	<input type="checkbox"/>
	Genauere Bezeichnung:	
2.7	F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	<input type="checkbox"/>
	Genauere Bezeichnung:	
2.8	F70-F79: Intelligenzstörung	<input type="checkbox"/>
	Genauere Bezeichnung:	
2.9	F80-F89: Entwicklungsstörungen	<input type="checkbox"/>
	Genauere Bezeichnung:	
2.10	F90-F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	<input type="checkbox"/>
	Genauere Bezeichnung:	
2.11	F99-F99: Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	<input type="checkbox"/>
	Genauere Bezeichnung:	

3. Einschätzung des Funktionsniveaus des Proband*innen

Die nachfolgende Skala wird in **10 Funktionsniveaus** unterteilt. Bei der Beurteilung wird ein **einzelner Wert** festgelegt, der das allgemeine Funktionsniveau der Klient*in am besten wiedergibt. Die Abstufung der 10 Niveaus erfolgt in 10er-Schritten von 1-100 %. In jedem der 10 Niveaus wird zum einen der **Schweregrad der Symptome** kategorisiert, ergänzend dazu auch die **Funktionsfähigkeit**.

Langanleitung

(Quelle: Sass, 2003):

„Schritt 1: Beginnend mit dem höchsten Niveau ist bei jeder Abstufung zu fragen: ‚Ist entweder der Schweregrad der Symptome oder die Funktionsbeeinträchtigung niedriger als auf dieser Stufe beschrieben?‘

Schritt 2: Die Skala ist nach unten weiterzuverfolgen, bis das Niveau erreicht wird, das am besten zum Schweregrad der Symptome oder zu der Funktionsbeeinträchtigung passt, je nachdem welches von beiden niedriger ausgeprägt ist.

Schritt 3: Zum Vergleich ist das nächstniedrige Niveau zu betrachten, um zu verhindern, dass zu früh entschieden wurde. Dieses Niveau sollte für sowohl den Schweregrad der Symptome als auch für die Funktionsbeeinträchtigung zu niedrig sein. Ist dies der Fall, so hat man das passende Niveau erreicht (und fährt mit Schritt 4 fort). Ist dies nicht der Fall, sollte zu Schritt 2 zurückgegangen und die Skala weiter nach unten verfolgt werden.

Schritt 4: Um den spezifischen Wert innerhalb des ausgewählten Dezilbereichs festzulegen, ist zu erwägen, ob die Person hinsichtlich ihrer Funktionen am oberen oder unteren Rand des Bereichs einzuordnen ist. Ein Beispiel wäre eine Person, die Stimmen hört, welche jedoch das Verhalten nicht beeinflussen (z. B. jemand mit seit langem bestehender Schizophrenie, der die Halluzinationen als Teil der Erkrankung akzeptiert). Wenn die Stimmen relativ selten auftreten (z. B. höchstens einmal wöchentlich), wäre ein Wert von 39 oder 40 angemessen. Im Gegensatz dazu wäre ein Wert von 31 oder 32 passend, wenn die Person fast ständig Stimmen hört.“ (Sass, 2003, S. 47)

Hinweis: Es wird derjenige Wert ausgewählt, bei dem entweder der Schweregrad der Symptome oder das Funktionsniveau in diesem Bereich liegen. Liegen Schweregrad der Symptome und Funktionsniveau in verschiedenen 10er-Kategorien, wird schließlich das schlechtere Niveau gewählt. Beispiel: Bei einer Person, die ernsthaft eigengefährdet ist, im Übrigen jedoch nicht beeinträchtigt ist, liegt der Wert unter 20 (ebd.).

Hinweis: Sollten die aufgeführten Beispiele in der jeweiligen Kategorie nicht dem Krankheitsbild der Klient*in entsprechen, übertragen Sie bitte gedanklich die Symptome der Klient*in und schätzen dann das Funktionsniveau passend ein.

Beispiel: Wenn der Klient also wie dargestellt, ständig Stimmen hört, und Ihnen der Wert 32 angemessen für die Klient*in erscheint, ist dieser Wert auf die gestrichelte Linie einzutragen.

Globale Erfassung des Funktionsniveaus	Funktion in %
Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos)	40-31
ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule). 32

Globale Erfassung des Funktionsniveaus Notieren Sie bitte den Wert auf die gestrichelte Linie, der am besten das aktuelle Funktionsniveau des Klienten beschreibt. Es ist auf der kompletten Liste nur ein einzig er Wert einzutragen! Beim Rating sind weder körperliche Beeinträchtigungen noch umgebungsbedingte Merkmale miteinzubeziehen.	Funktionsniveau in %
Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; wird von anderen wegen einer Vielzahl positiver Qualitäten geschätzt; keine Symptome.	100-91
Keine oder nur minimale Symptome (z. B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im Allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z. B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).	90-81
Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z. B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Fehlen in der Schule).	80-71
Einige leichte Symptome (z. B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schulschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.	70-61
Mäßig ausgeprägte Symptome (z. B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).	60-51
Ernste Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).	50-41
Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z. B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).	40-31
Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z. B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken) ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).	30-21
Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).	20-11
Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.	10-1
Unzureichende Informationen	0

Evaluationsfragebogen

Sehr geehrte Teilnehmerinnen, sehr geehrte Teilnehmer,

da Sie nun die Schulung zum Ressourcenaufbauprogramm vollständig durchlaufen haben, möchten wir Sie bitten, diese eintägige Schulung zu evaluieren und Fragen zu Ihrem persönlichen Interesse an den Themen des R.A.P.s zu beantworten.

1. Abteilungsnummer: _____ (von der/dem Mitarbeitenden auszufüllen – die Nummer, die Sie am Schulungstermin gezogen haben)
1.1 In welcher Abteilung führen Sie das Ressourcenaufbauprogramm durch? <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Therapeutische Wohngruppe <input type="checkbox"/> Tageszentrum/Tagesstätte <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi) <input type="checkbox"/> Ergotherapie Andere Abteilung: _____
1.2 Welchen Beruf üben Sie in dieser Abteilung aus? <input type="checkbox"/> SozialpädagogIn/SozialarbeiterIn <input type="checkbox"/> ErgotherapeutIn <input type="checkbox"/> PsychologIn <input type="checkbox"/> HeilpädagogIn <input type="checkbox"/> ErzieherIn <input type="checkbox"/> PädagogIn Anderer Beruf: _____

2. Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zu Ihrem persönlichen Interesse an den Themen des Ressourcenaufbauprogramms. Kreuzen Sie bitte für Sie Zutreffendes an.					
	Trifft gar nicht zu (1)	Trifft eher nicht zu (2)	Teils, teils (3)	Trifft eher zu (4)	Trifft völlig zu (5)
2.1 Wenn ich genügend Zeit hätte, würde ich mich auch unabhängig von der Studie mit den Themen des R.A.P.s beschäftigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Die Themen des R.A.P.s entsprechen meinen persönlichen Neigungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 In meiner Freizeit beschäftige ich mich nur ungerne mit den Themen des R.A.P.s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Ohne äußeren Druck würde ich mich wohl nicht mit solchen Themen beschäftigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 Schon vor der Schulung habe ich mich freiwillig mit den Themen des R.A.P.s beschäftigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 Ich mache bei der Studie mit, weil ich die Themen des R.A.P.s so interessant finde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Bewerten Sie nun bitte die Schulung und die bisherige Organisation der Evaluationsstudie.					
	Trifft gar nicht zu (1)	Trifft eher nicht zu (2)	Teils, teils (3)	Trifft eher zu (4)	Trifft voll und ganz zu (5)
3.1 Die Schulung hat mir einen guten Einblick in das Ressourcenaufbauprogramm R.A.P. gegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Ich denke, dass ich die Inhalte der Schulung auch für meine eigene berufliche Praxis (außerhalb des R.A.P.s) anwenden werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Aus meiner Sicht war die Schulung auf jeden Fall wertvoll, da sich mein Wissen beziehungsweise meine Fertigkeiten in ressourcenorientiertem Arbeiten deutlich verbessert haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Der Aufbau der Schulung war verständlich und strukturiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 Ich bin mit der bisherigen Organisation der Evaluationsstudie sehr zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6 Die Inhalte der Schulung wurden von der Schulungsperson gut vermittelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 Ich bin insgesamt mit der Schulung zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Abschließend bitten wir Sie noch einige Fragen zu Ihrer Einstellung hinsichtlich der **Durchführung des Gruppenkonzepts** „Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.“ zu beantworten. Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.

	Trifft gar nicht zu (1)	Trifft eher nicht zu (2)	Teils, teils (3)	Trifft e- her zu (4)	Trifft voll und ganz zu (5)
4.1 Ich fühle mich gut auf die Durchführung des R.A.P.s vorbereitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Ich denke, dass ich die Inhalte des Programms gut vermitteln werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Der Aufbau des R.A.P.s und der Ablauf der einzelnen Sitzungen sind für mich klar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Wir wünschen Ihnen viel Spaß und Erfolg bei der Durchführung des Ressourcenaufbauprogramms!

Schriftliche Rückmeldungen der Gruppenleitungen

Anmerkungen der Gruppenleitungen zu den einzelnen Sitzungen

Die Gruppenleitungen hatten im Rahmen der Bewertung der einzelnen Sitzungen die Möglichkeit, freie Anmerkungen zu jeder Sitzung zu machen. Die Aussagen der Gruppenleitungen wurden vier Kategorien zugeordnet (Positives Feedback, Kritische Anmerkungen, Verbesserungsvorschläge, Herausfordernde Situationen).

T. = Teilnehmende

N. = Anzahl der Nennungen

GL. = Gruppenleitung

AB. = Arbeitsblatt

Sitzung 1 (25 Anmerkungen von den Gruppenleitungen)

Positives Feedback:

- T. hatten viel Spaß
- Es kam zu regen Diskussionen, interessierte, engagierte und reflektierte Mitarbeit
- Stimmung sehr angenehm
- Teilnahme wurde als lockeres, erhebendes Gefühl erlebt

Kritische Anmerkungen:

- T. fühlten sich durch Übungen getriggert, Unwohlsein
- Ressourcenübungen zeigen eher was man alles nicht hat
- Programm ist zu strukturiert, viel zu lesen
- Personale Ressourcen sind zu wenig auf die Klientel abgestimmt
- Zeit reichte nicht aus (10 N.)
- Zwei Stunden waren zu lange, Konzentrationsfähigkeit ließ nach
- Zu anspruchsvoll für kognitiv schwache T. (3 N.)
- Übung „Ressourceninterview“ wurde vermehrt (4 N.) als etwas unverständlich empfunden, die Aufgabenstellung sei hier nicht klar

Herausfordernde Situationen:

- Sehr heterogene Gruppe, schwierig alle mitzunehmen
- T. schweiften ab und erzählen etwas Anderes
- Abbruch einer T., da es ihr zu strukturiert sei
- Konflikt zwischen T.
- Heftiger Gefühlsausbruch
- GL. ist sehr gefragt, da selbstständige Durchführung der Übungen schwierig ist (4 N.)

Verbesserungsvorschläge:

- Am Ende der Sitzung den T. ein Geschenk machen z. B. ein Text zum Lesen mitgeben
- „Ressourceninterview“ mit „Kennenlernübung“ besser abstimmen
- Bei der Übung „Ressourceninterview“ sollten alle Kategorien genommen werden können
- Namensschilder anfertigen + Klärung, wie die T. angesprochen werden möchten

Sitzung 2 (24 Anmerkungen von den Gruppenleitungen)

Positives Feedback:

- T. sind begeistert, es bringe ihnen bereits nach der zweiten Sitzung etwas
- Viel Austausch übers Genießen, allgemein guter Austausch, fühlten sich sehr wohl
- Gesteigertes Wohlbefinden zu erkennen
- Sehr positives Feedback zur ersten häuslichen Übung
- Die ersten Übungen der Sitzung wurden sehr positiv empfunden, Inhalte wurden als interessant erlebt

Kritische Anmerkungen:

- Zu wenig Zeit (7 N.)
- Sitzung sehr anstrengend und überfordernd für weniger „fitte“ T. (4 N.)
- Zu viel AB. und Input (4 N.)

Herausfordernde Situationen:

- Eine T. sehr depressiv und konnte mit positiven Emotionen nichts anfangen
- Sich überlegen, welche Sätze einen davon abhalten, etwas Gutes zu tun, wirft tiefsitzende Gedanken und Einstellungen hervor – eher negative, betrübte Stimmung
- T. empfinden keine Emotionen, daher schwierig etwas zu genießen und positive Emotionen zu spüren
- Schreibschwierigkeiten
- T. wurde nachdenklich und traurig, als es um positive Emotion „Hoffnung“ ging
- Eine T. nahm sehr viel Raum ein (histrionische T.) und wurde als nervig empfunden
- T. sagt Sitzung ab, da es ihn überfordere
- T. verlässt Sitzung aufgrund von Müdigkeit

Verbesserungsvorschläge:

- Anmerken, dass es sich bei dem Ausfüllen der Übungen um keine Prüfungssituation handle
- Hausaufgabe könnte sein: Sich Gedanken zu positiven Emotionen 1-3 machen und Erlebnisse dazu aufschreiben

Sitzung 3 (20 Anmerkungen von den Gruppenleitungen)**Positives Feedback:**

- Positive Stimmung durch Teemeditation
- Gruppe machte gut mit und brachte sich gut ein
- T. konnten sich gut auf die Sitzung einlassen, beste Sitzung bisher
- Teemeditation wurde als entspannend wahrgenommen (4 N.)
- Sitzung wurde mit Spannung verfolgt, Genuss wird als interessantes Thema empfunden
- Sitzung wurde als sehr angenehm empfunden
- Gruppe wird vertrauter und harmonischer, Mitarbeit nimmt zu
- Positives Feedback am Schluss (T. kannten Achtsamkeit aus früheren Therapien, knappe Abhandlung wurde positiv empfunden)

Kritische Anmerkungen:

- Voller Einsatz der Gruppenleitung notwendig, T. hatten Rückenschmerzen vom vielen Sitzen, sehr lange Konzentration erforderlich
- Achtsamkeitsübung „Atemübung“ wurde als zu lange empfunden
- Hätte mehr Zeit benötigt (3 N.)

Herausfordernde Situationen

- Gruppendiskussionen gestalten sich schwierig
- Auf Meditation konnten sich T. nicht einlassen bzw. haben negative Emotionen ausgelöst (4 N.)
- Ein T. hat die Gruppe vorzeitig verlassen

Verbesserungsvorschläge

- Die Meditationsübungen positiv formulieren
- T. sollten bereits vorher den Tee zubereiten, damit dieser dann Trinktemperatur hat
- Teemeditation könnte länger dauern, mehr Pausen einbauen

Sitzung 4 (22 Anmerkungen von den Gruppenleitungen)

Positives Feedback

- Achtsamkeitsübung war super
- Ruhige und entspannte Stimmung
- Gut aber anstrengend
- Super Sitzung, T. haben viel mitgenommen
- Sitzung wurde als sehr angenehm empfunden, besonders die Duschmeditation (2 N.)
- T. bemerken positive Veränderungen an sich und in der Gruppe, T. fühlen sich wacher und können besser atmen
- AB. werden als hilfreich empfunden

Kritische Anmerkungen

- Dankesbrief schreiben verschlechtert Stimmung
- Hoher Anspruch
- Achtsamkeitsübung Duschen: T. konnten sich kaum darauf einlassen
- Probleme, AB. selbstständig zu bearbeiten
- T. können nicht auf Knopfdruck sagen, für was sie dankbar sind (fühlen sich unter Druck gesetzt), T. wollen sich nicht mit Partner*in austauschen
- Zeitmangel
- Zu viele AB. für eine Sitzung

Herausfordernde Situationen

- Viel Redebedarf der T. -> Dankesbrief wurde als Hausaufgabe aufgegeben
- GL. sollte T. gut kennen, um Impulse zu geben (notwendig)
- Dankesbrief löst viele Emotionen aus -> Einzelgespräch notwendig (4 N.)

Verbesserungsvorschläge

- Dankesbrief Zuhause machen (3 N.)
- Duschmeditation ersetzen (8 N.)
- Runde zu positiven Eigenschaften um positives Feedback in der Gruppe ergänzen, da T. sich schwer taten, etwas Positives über sich selbst zu sagen
- Bei „Überblick zur Sitzung“ sollte nochmal der Titel stehen, bei praktischer Übung „Für was ich dankbar bin“ sollte bereits oben bei der Beschreibung der Übung stehen, dass man die Aspekte der Partner*in mitteilen soll
- Dankesbrief könnte man an sich selbst schreiben

Sitzung 5 (24 Anmerkungen von den Gruppenleitungen)**Positives Feedback**

- T. sehr motiviert
- Gruppe war sehr empathisch
- Stimmung durch Gruppenübung deutlich verbessert
- Austausch mit anderen wird sehr positiv erlebt
- Entspannte Atmosphäre
- Gute Diskussion und konstruktiver Umgang mit den AB.
- Gehmeditation wurde als angenehm empfunden
- Gutes Feedback (Halbzeit) zum Programm, sehr offene Runde, intensive Gespräche, wird als sehr wertvoll erachtet
- Sehr interessantes Thema
- Sitzung war großer Gewinn für die T., T. tauschen sich gerne und viel aus
- Rückmeldung aus der Gruppe sehr gut
- T. berichten bei Stärken, die Freude bereiten, das R.A.P.
- Schöne Runde

Kritische Anmerkungen

- Thema wurde als eher schwierig, kognitiv herausfordernd oder ambivalent empfunden (8 N.). Die Schwächeren konnten sich nicht mehr einbringen, AB. „Meine persönlichen Stärken“ wurde als zu idealistisch empfunden + zu sehr auf Können bezogen, wurde teilweise nicht bearbeitet
- AB. „Stärken auf neue Art und Weise umsetzen“ war schwierig
- Gehmeditation kam nicht so gut an (2 N.)
- Zeitmangel

Herausfordernde Situationen

- Achtsames Gehen in beengter Raumsituation schwierig umzusetzen
- Sitzung war sehr emotional, da eine T. von ihren Sorgen berichtete
- T. hat Sitzung abgebrochen, da es ihr nicht gut ging
- Gehmeditation bei Gehbehinderten schwierig, wurde im Sitzen durchgeführt (2 N.)
- GL. bringt sich sehr stark ein, da T. sonst überfordert wären (2 N.)
- Hausaufgaben wurden nicht gemacht (2 N.)

Verbesserungsvorschläge

- Stärkenübung so durchführen, dass man die Stärken nicht auf neue Art und Weise einsetzt, sondern eine Aufgabe, die man schon lange erledigen möchte, umsetzt

Sitzung 6 (19 Anmerkungen von den Gruppenleitungen)

Positives Feedback

- Anregende Gespräche und Austausch über Inhalte
- Sitzung hat den T. großen Spaß gemacht, anstrengend aber gut. Reframing war beeindruckend, viel Diskussion, Gruppe arbeitet sehr gut
- Weniger Programmpunkte wurden als angenehm empfunden
- Inhalt und AB. und Länge genau passend
- T. waren sehr ausgeglichen und konnten gut mitmachen
- Toller offener Austausch
- Komplimenten-Übung wurde gut aufgenommen
- Gute gemeinsame Gespräche
- T. fühlen sich in der Gruppe sehr wohl, verabreden sich auch häufiger außerhalb der Tagesstätte, T. benennen, dass es ihnen viel Freude macht an der Gruppe teilzunehmen, sehen sich durch die Inhalte bereichert und finden dadurch neue Perspektiven im Alltag
- Schöner Austausch

Kritische Anmerkungen

- Zeitmangel (2 N.)
- Manche Inhalte wurden zu wenig im Manual beschrieben
- Netzwerkkarte wurde zu persönlich empfunden, wird zuhause bearbeitet
- Reframing sehr anspruchsvoll (2 N.)

Herausfordernde Situationen

- T. fehlten, Hausaufgabe nicht gemacht (3 N.)
- T. stimmen mit Hypothesen des Programms „Komplimente bekommen macht glücklich“ nicht immer überein
- Viel Gruppendynamik, Thema: Wer bekommt wie viel Raum und Zeit
- T. fällt es schwer, eigene Grenzen zu setzen
- T. äußern, dass es ihnen sehr schlecht ging in der Woche, deshalb Inhalte reduziert

Verbesserungsvorschläge

- Bei Ressourcenkarte (Netzwerkkarte) noch ergänzen mit „Betroffene“ oder „Selbsthilfegruppen“
- Begrüßungsrunde vor dem Überblick und Abschlussrunde nach dem Ausblick machen

Sitzung 7 (20 Anmerkungen von den Gruppenleitungen)**Positives Feedback**

- Ist einfach eine tolle offene Gruppe
- Gute Gespräche
- Nach der Sitzung wurde gleich eine gute Tat vollbracht, gute Stimmung, lachen
- Schöne Runde
- T. enttäuscht, dass das Programm fast zu Ende ist, haben viel Freude daran und profitieren spürbar
- Kleinere Runde war sehr angenehm
- Stimmung sehr gut (2 N.)
- Thema wurde als sehr interessant empfunden, rege Diskussionen
- T. bedauern, dass die R.A.P. Gruppe bald endet

Kritische Anmerkungen

- AB. „Meine guten Taten“ wurde nicht gut aufgenommen, da alle das als Selbstverständlichkeiten sehen
- Ausfüllen der Fragebögen in der Sitzung ist überfordernd
- Thema wurde als schwierig empfunden (AB. nicht komplett ausgefüllt)
- Zeitmangel
- Inhalt und Anspruch der AB. wurde als schwierig empfunden
- Sehr viele AB.

Herausfordernde Situationen

- Todesfall eines T., viel Gesprächsbedarf
- T. bearbeitet AB. nur mündlich
- T. brauchen längere Raucherpausen
- Thema „Hilfe annehmen“ und „Hilfe geben“ ist bewegend
- Balance zwischen Raum geben für Gespräche und Programm durchziehen wurde von GL. als schwierig empfunden
- T. fehlte, T. hatte keine Lust
- „Hilfe annehmen“ fällt schwer (2 N.)

Verbesserungsvorschläge

- Übung „Woran erkenne ich ein gutes Gespräch“ – Frage ist irreführend zu verstehen, sollte konkreter formuliert werden

Sitzung 8 (19 Anmerkungen von den Gruppenleitungen)

Positives Feedback

- T. würden gerne wieder am R.A.P. teilnehmen, fanden es schade, dass es schon vorbei ist, es gehen alle entspannt mit neuen Kontakten nach Hause
- Für Abschied an einen schönen Ort gefahren (Aussichtsturm), Bedauern, dass R.A.P. zu Ende ist
- Wertschätzungsdusche erst skeptisch dann waren alle begeistert. Toller Abschluss, alle sehr offen, sehr private Einblicke, sehr emotional, T. haben sehr schöne Dinge über jeweils andere T. gesagt, konnten fast gar nicht mehr aufhören voneinander und von der Gruppe zu schwärmen
- Wertschätzungsdusche war toll
- T. fanden es gut und waren stolz, bei der Gruppe dabei gewesen zu sein
- Fast durchweg positive Rückmeldungen
- Positives Feedback der T., wünschen sich einen Bericht über die Auswertung und würden gerne die Forschungsleitung kennenlernen
- Rundum gelungener Abschluss des tollen Programms! Danke!
- Schöne letzte Runde, sehr gut nochmal zu wiederholen, was in der Sitzung besprochen wurde, AB. „Mein Wohlbefinden“ sehr gute Idee
- Sehr harmonische Gruppe, die T. hatten sich sehr gut verstanden
- Sehr rührend: Die Gesichter der T. beim Durchlesen der Komplimente der Übung Wertschätzungsdusche, ein schöner Abschluss
- Es wurden so gut wie alle Inhalte erinnert, Schokoladenübung kam sehr gut an, alle bedauern sehr das Ende des R.A.P.s und wünschen sich eine Fortsetzung, Wertschätzungsdusche wurde sehr gut angenommen, sehr berührend
- T. äußern sich positiv und wertschätzend zu den R.A.P.-Inhalten, fühlen sich sehr gestärkt und hoffen, das nun Erlebte und Erlernte in den Alltag zu integrieren. T. wünschen sich eine weitere R.A.P. Gruppe als Auffrischung und Neues
- Zunehmend gute Stimmung, Gruppe gibt viele positive Rückmeldungen zu einzelnen Übungen

Kritische Anmerkungen

- Schokoladenübung war zu lange und zu theoretisch
- Wenig Raum zur Konfliktbearbeitung

Herausfordernde Situationen

- Zwei fehlten, mit einem gab es Spannungen
- T. wollten Wertschätzungszettel nicht mit Namen versehen
- T. haben nicht an der Wertschätzungsübung teilgenommen. Gruppenraum verlassen
- T. haben gefehlt, Krise
- Angespannte Stimmung, T. sind durch andere Themen belastet
- T. hat verschlafen, krank, abgemeldet, am Anfang gekommen und am Ende gekommen
- T. hatten nicht mehr alles im Gedächtnis
- Häusliche Übung oft nicht durchführbar
- T. wollte bei Schokoladenübung nicht mitmachen

Verbesserungsvorschläge

- Schokoladenübung: Begriff „unbekanntes Objekt“ wurde als komische Formulierung wahrgenommen

Sitzung 1 des Ressourcenaufbauprogramms R.A.P.

Ressourcenaufbauprogramm

Sitzung 1

Einführung und Ressourcenblick

Herzlich Willkommen zum Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.

➔ „Ich freue mich sehr, dass Sie heute alle hier sind.“

Herzlich willkommen zum Ressourcenaufbauprogramm R.A.P.

Sitzung 1

(zu beachten)



- GL betont Freude über die Teilnahme.

(Hinweise an Teilnehmende)



Sitzung 1

Begrüßung durch die Gruppenleitung

- ➔ „Ich heiße Sie alle ganz herzlich zur ersten Sitzung des Ressourcenaufbauprogramms R.A.P. willkommen. Mein Name ist ... und ich werde diese Gruppe leiten. Ziel dieses Gruppenangebots ist es, dass Sie lernen, selbst Ihr Wohlbefinden zu steigern. Sie werden merken, dass Sie Ihr eigenes Wohlbefinden selbst in der Hand haben und es beeinflussen können. Wir werden zahlreiche Übungen durchführen, die Ihr Wohlbefinden verbessern sollen. Es geht darum, Stärken und Fähigkeiten, auch als ‚Ressourcen‘ bezeichnet, aufzubauen und dabei positive Gefühle herzustellen. ‚Ressource‘ ist ein Begriff, der sehr viele Aspekte beinhalten kann. In den kommenden Sitzungen wird es vor allem darum gehen, Ihre ‚Ressourcen‘ aufzubauen. Als ‚Ressourcen‘ werden dabei all Ihre Stärken und Fähigkeiten bezeichnet. Ich möchte, dass Sie sich in jeder der acht Sitzungen hier wohl fühlen. Das ist das Wichtigste in dieser Gruppe und das Hauptziel. Deshalb möchte ich Sie auch bitten, falls dies nicht der Fall ist und Sie sich unwohl fühlen, mir dies gleich mitzuteilen, sodass wir gemeinsam eine Lösung dafür finden können. Sie können jederzeit, gerne auch außerhalb der Gruppensitzung, zu mir kommen und auftretende Probleme, Überforderungen oder Stimmungsverschlechterungen mit mir besprechen. Falls ich zu schnell bin, die Inhalte schwer zu verstehen sind oder Übungen zu komplex gestaltet sind, bitte ich Sie, mir dies zu sagen. Ich möchte, dass Sie alle von dem Gruppenangebot profitieren und die Übungen mühelos und mit viel Freude ausprobieren. Scheuen Sie sich nicht, mir Feedback zu geben.“

Begrüßung durch die Gruppenleitung

- Zu meiner Person
- Ziel des Programms:
- Dass Sie lernen, wie Sie ihr Wohlbefinden selbst beeinflussen können.
- Sie sollen sich in jeder Sitzung wohl fühlen. (Sollte dies nicht der Fall sein, sprechen Sie mich bitte an.)
- Jede Übung und jede Methode dienen dazu, positive Gefühle herzustellen und Wohlbefinden zu erzeugen.

- Sie haben Ihr Wohlbefinden selbst in der Hand und können es beeinflussen.

(zu beachten)



(Hinweise an Teilnehmende)



- Es besteht immer die Möglichkeit für ein Einzelgespräch mit der GL (bei Stimmungsverschlechterungen oder sonstigen Anmerkungen).
- Tag und Zeitpunkt des R.A.P.s.
- GL kann sich bei der Begrüßungsrunde einbringen.

Sitzung 1

Überblick zu Sitzung 1

- ➔ „In der heutigen Sitzung werden wir mit einer Begrüßungsrunde starten. Anschließend werde ich Ihnen den Aufbau des Ressourcenaufbauprogramms R.A.P. vorstellen. Um uns besser kennenzulernen, werden wir eine Kennenlernübung durchführen. Zudem stellen wir heute auch die Gruppenregeln auf, die wir während der acht Sitzungen beachten wollen. Nach der Pause werden wir uns mit dem Thema ‚Ressourcenorientierung‘ beschäftigen und hierzu eine kleine Übung durchführen. Die Sitzung endet mit einer häuslichen Übung und einer Abschlussrunde.“

Überblick zu Sitzung 1

- Begrüßung durch die Gruppenleitung (7 Minuten)
- Begrüßungsrunde (7 Minuten)
- Vorstellung des Ablaufs und der Sitzungsthemen (10 Minuten)
- Kennenlernen der Teilnehmenden (20 Minuten)
- Erarbeiten der Gruppenregeln (15 Minuten)
- **Pause (5- 10 Minuten)**
- Theoretischer Input: Was meint Stärken- und Ressourcenorientierung? (5 Minuten)
- Vorstellung der Ressourcenarten (10 Minuten)
- Praktische Übung: Ressourceninterview (20 Minuten)
- Häusliche Übung für die nächste Sitzung (5 Minuten)
- Abschlussrunde (10 Minuten)

(zu beachten)



(Hinweise an Teilnehmende)



Begrüßungsrunde

- ➔ „Bevor wir uns einander vorstellen und einen Einblick in das Gruppenkonzept erhalten, würde ich gerne von Ihnen wissen, wie es Ihnen heute geht. Gerne können Sie auch etwas dazu sagen, welche Erwartungen oder Wünsche Sie an das Gruppenangebot haben. Da es in diesem Gruppenkonzept um das Positive und um Ihr Wohlbefinden geht, können Sie gerne auch, falls Ihnen spontan etwas einfällt, kurz erzählen, was bei Ihnen in der vergangenen Woche Angenehmes passiert ist bzw. was Sie erlebt haben. Dies ist aber natürlich kein Zwang. Sie antworten nur auf die Fragen, die Sie gerne beantworten möchten.“

Begrüßungsrunde

- Wie geht es Ihnen heute?
- Welche Gedanken und Gefühle bringen Sie in die heutige Sitzung mit?
- Was ist Ihnen Angenehmes oder Schönes in der vergangenen Woche passiert?
- Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie an die Gruppe?

(zu beachten)



- GL kann sich bei der Begrüßungsrunde einbringen.

(Hinweise an Teilnehmende)



- Kein Zwang sich einzubringen. Jede/r bringt nur das ein, was er oder sie einbringen möchte.

Überblick zum R.A.P.

- ➔ „Sicherlich wissen Sie schon ungefähr, um was es in diesem Gruppenangebot geht. Ich möchte dennoch kurz zusammenfassen, welche Themen in den kommenden Sitzungen behandelt werden. Wir werden heute mit einer Einführung in das Thema beginnen und uns kennenlernen. Sie werden dann Näheres über positive Aktivitäten erfahren und herausfinden, was Sie machen müssen, damit Sie sich wohlfühlen. Anschließend wird das Thema ‚Genuss‘ behandelt. Dabei lernen Sie, wie Sie richtig genießen können. Im Weiteren werden wir uns mit dem Thema ‚Dankbarkeit und das Positive‘ beschäftigen. In dieser Sitzung lernen Sie, was Dankbarkeit mit Wohlbefinden zu tun hat. Außerdem setzen Sie sich damit auseinander, welche positiven Seiten Sie persönlich haben und was es Positives in Ihrem Leben gibt. In der fünften Sitzung werden wir uns mit Ihren Stärken beschäftigen und diese identifizieren. Wir werden hierbei auch erarbeiten, wie Sie diese Stärken in Zukunft nutzen können. Die letzten beiden inhaltlichen Sitzungen drehen sich darum, einen positiven Kontakt zu anderen Menschen herzustellen. Wir werden uns beispielsweise mit den Themen Wertschätzung, Hilfsbereitschaft und Mitmenschlichkeit auseinandersetzen und besprechen, wie Sie durch diese Aspekte Ihr Wohlbefinden steigern können. Abschließen wird das Programm mit einer Abschluss-sitzung, in der alle Themen noch einmal zusammengefasst werden.“

Überblick zum R.A.P.

1. Einführung und Ressourcenblick → Teilnehmende und Thema kennenlernen
2. Wohlbefinden und positive Aktivitäten → Welche Aktivitäten kann ich machen, damit ich mich wohlfühle?
3. Genuss im Alltag → Wie kann ich richtig Genießen und bei was?
4. Dankbarkeit und das Positive → Wie kann ich Dankbarkeit ausdrücken und was sind meine positiven Seiten?
5. Eigene Stärken erkennen und nutzen → Welche Stärken habe ich und wie kann ich sie nutzen?
6. Wertschätzung üben → Wie kann ich Wertschätzung ausdrücken und mein Wohlbefinden dadurch steigern?
7. Hilfsbereitschaft und Mitmenschlichkeit → Wie kann ich Hilfsbereitschaft und Mitmenschlichkeit in meinen Alltag einfließen lassen?
8. Zusammenfassung und Abschluss → Zusammenfassung der Themen und Ausklang

(zu beachten)



- Langsam vorlesen, darauf achten, dass alles verstanden wird.

(Hinweise an Teilnehmende)



- Sitzungen bauen aufeinander auf. Regelmäßige Teilnahme deshalb sinnvoll.

Sitzung 1

Ablauf einer Sitzung

- ➔ „Zu Beginn einer Sitzung wird eine Begrüßungsrunde durchgeführt. Am Ende einer Sitzung wird eine Abschlussrunde durchgeführt. Hierbei hat jeder und jede Teilnehmende die Möglichkeit, über seine bzw. ihre aktuelle Stimmung zu berichten. Zudem wird es immer wieder sowohl theoretische Inputs als auch praktische Übungen geben. Die Übungen sind meist so konstruiert, dass Sie interaktiv miteinander arbeiten können. Am Ende jeder Sitzung wird eine häusliche Übung vorgestellt, die bis zur nächsten Sitzung durchzuführen ist. Die häusliche Übung kann auch in Zusammenarbeit mit einem Betreuer, mit Freunden oder anderen unterstützenden Personen erarbeitet werden, wenn dies gewünscht ist. Die Durchführung ist für den Erfolg des Gruppenangebots sehr wichtig, da hierdurch das in der Sitzung Erlernte noch einmal wiederholt und in den Alltag übertragen wird. Die Gruppensitzungen geben zwar reichlich Input und beinhalten auch zahlreiche Übungen, die eigentliche Veränderung findet jedoch in Ihrem alltäglichen Leben statt. Jede häusliche Übung wird dann in der folgenden Sitzung ausführlich besprochen. Jeder kann dann über seine Erfahrungen mit der häuslichen Übung berichten. Falls Schwierigkeiten aufgetreten sind, können auch diese im Gruppenplenum aufgegriffen werden und potenzielle Lösungsmöglichkeiten gesucht werden. Die Anwendung der häuslichen Übung kann sich positiv auf den Therapieerfolg auswirken. Dennoch möchte ich betonen, dass kein Zwang besteht, die Übungen durchzuführen. Falls es beispielsweise in einer Woche nicht geklappt hat, ist dies kein Grund, die nächste Gruppensitzung nicht zu besuchen. Allgemein möchte ich schon jetzt betonen, dass Sie immer nur so viel in die Gruppe einbringen, wie es Ihnen guttut. Fühlen Sie sich nicht gezwungen, eine Übung oder Methode anzuwenden, wenn Ihnen nicht danach ist.“

Ablauf einer Sitzung

- **Begrüßungsrunde**
(Aktuelles Befinden der Teilnehmenden zu Beginn der Sitzung)
- **Besprechung der letzten häuslichen Übung**
(Erfahrungen mit der häuslichen Übung)
- **Theoretischer Input**
(Gruppenleitung vermittelt Wissen)
- **Praktische Übungen zum Thema**
(Teilnehmende arbeiten alleine oder in [Klein-] Gruppen an einem Arbeitsblatt/Thema)
- **Häusliche Übung bis zur nächsten Sitzung**
(Übung, die im Alltag umgesetzt werden soll)
- **Abschlussrunde**
(Aktuelles Befinden der Teilnehmenden nach der Sitzung)

(zu beachten)



- Langsam und verständlich vorlesen.

(Hinweise an Teilnehmende)



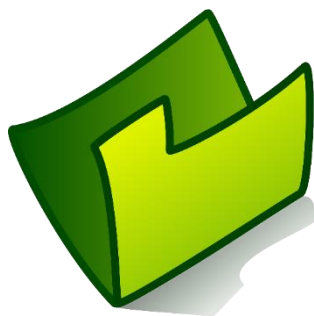
- Einbringen in Begrüßungs- und Abschlussrunde ist kein MUSS.
- Bei Nichtdurchführung der häuslichen Übung kann gemeinsam nach Lösungsmöglichkeit gesucht werden, diese in Zukunft durchzuführen.
- Übungen sollten in dem Maße durchgeführt werden, wie es angenehm ist. Kein Zwang.
- Durchführung der häuslichen Übung sinnvoll, da Erlerntes in den Alltag übertragen wird.
- Nichtdurchführung der häuslichen Übung ist kein Grund, nicht zur nächsten Sitzung zu kommen. Kein Zwang für Durchführung der häuslichen Übung.

Sitzung 1

Schnellhefter

- ➔ „Die Arbeitsmaterialien werden von mir mitgebracht. Jeder erhält einen Schnellhefter von mir, um die Arbeitsblätter einzuheften. Diese Unterlagen sollten, wenn möglich, zu jeder Sitzung mitgebracht werden.“

Schnellhefter



Sie erhalten einen Schnellhefter, damit Sie Ihre Unterlagen sorgfältig abheften können.

Bringen Sie diesen Schnellhefter bitte zu jeder Sitzung mit.

(zu beachten)



- Austeilen des Schnellhefters.

(Hinweise an Teilnehmende)



Praktische Übung: Kennenlernübung

- ➔ „Damit Sie sich nun alle etwas besser kennenlernen, möchten wir mit einer kurzen Kennenlernübung starten. Sie haben nun alle das Blatt „Kennenlernübung“ vor sich liegen. Darauf zu sehen sind verschiedene Kästchen, die unterschiedliche Fragen beinhalten. Diese Fragen sollen dem Gegenüber gestellt werden und die Antworten in die einzelnen Kästchen notiert werden. Wenn eine Person alle Kästchen mit den Informationen des Gegenübers ausgefüllt hat, werden die Rollen getauscht. Am Ende sollte jeder Teilnehmende die Kästchen mit den Informationen des Partners befüllt haben. Damit auch die anderen Gruppenmitglieder Sie kennenlernen, stellen Sie den Namen Ihres Partners anschließend kurz in der Gruppe vor. Fühlen Sie sich dabei nicht gezwungen, alle Fragen zu beantworten. Möchten Sie eine Frage nicht beantworten, ist das auch völlig in Ordnung. Sagen Sie nur das, was Sie auch sagen möchten.“

Praktische Übung Kennenlernübung

- Gehen Sie in Zweier- oder Dreiergruppen zusammen.
- Interviewen Sie sich gegenseitig mit dem Arbeitsblatt „Kennenlernübung“.
- Stellen Sie Ihren Partner anschließend kurz in der Gruppe vor, sodass Sie sich gegenseitig kennenlernen.



(zu beachten)



- Austeilen des Arbeitsblatts „Kennenlernübung“.
- Einteilen der T. in Zweiergruppen (T. der Reihe nach von 1-4 zählen lassen, T. mit gleicher Nummer bilden ein Paar).
- GL kann T. auch selbst entscheiden lassen, mit wem sie eine Zweiergruppe bilden möchten.
- Bei Übrigbleiben einer oder eines T. wird eine Dreiergruppe gebildet.

(Hinweise an Teilnehmende)



- Jede/r bringt nur das ein, was er oder sie einbringen möchte.

Sitzung 1

Frage an die Gruppe

- ➔ „Gruppenangebote funktionieren meistens am besten, wenn vorher gemeinsam einige Regeln aufgestellt wurden, die als Basis für eine gute Zusammenarbeit dienen. Ich möchte nun gerne mit Ihnen sammeln, was Ihnen während unserer gemeinsamen Arbeit besonders wichtig ist und welche Regeln wir aufstellen sollten. Wenn Sie an die zukünftigen Termine im Rahmen dieses Angebots denken: Auf was legen Sie Wert? Was sollte in jedem Fall eingehalten werden? Überlegen Sie sich bitte auch, was bei Ihnen Stress auslöst, damit wir dies möglichst in der Gruppe vermeiden können.“

Allgemein zu beachtende Gruppenregeln:

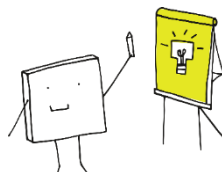
- Pünktlichkeit
- Regelmäßige Teilnahme
- Terminabsage sollte der Leitung rechtzeitig mitgeteilt werden
- Jeder bringt nur das ein, was er möchte
- Beiträge seitens der Teilnehmenden sind erwünscht, jedoch kein Zwang!
- Häusliche Übungen sollten regelmäßig durchgeführt werden, sind jedoch auch kein Zwang!
- Ausschalten von Handys
- Keine verbale oder nonverbale Gewalt
- Schweigepflicht
- Einhalten der Regeln
- Feedback geben ist nur dann sinnvoll, wenn es erwünscht ist
- Bei aufkommenden negativen Stimmungen oder Krisen sollte Kontakt zur Leitung bzw. zum Bezugsbetreuer aufgenommen werden
- Zeigen Sie gerne Emotionen, wenn Ihnen danach ist
- Fehler machen ist völlig in Ordnung
- Änderungswünsche sollten offen kommuniziert werden
- Konflikte innerhalb der Gruppenteilnehmenden transparent machen und der Leitung mitteilen
- Auf sich selbst gut achten! Empfindet jemand Überforderung, sollte dies der Gruppenleitung mitgeteilt werden. Die Übungen oder Aufgaben, die die Überforderung auslösen, sollen nur soweit ausgeübt werden, wie es guttut. (Insbesondere bei Achtsamkeits- und Genussübungen zu beachten, da intensive Körperwahrnehmungen bei Menschen mit psychotischen Schüben negative Effekte haben können. Es ist individuell zu schauen, ob betroffene Klienten die Übungen durchführen können.)
- Wertschätzender, respektvoller Umgang untereinander
- Keine Abwertung anderer Teilnehmender und deren Äußerungen
- Eigene Grenzen setzen! (Wenn eine Übung mit zu starken Emotionen verbunden ist oder beispielsweise zu viel Nähe abverlangt wird, sollte dies der Gruppe freundlich mitgeteilt werden.)



Frage an die Gruppe

- Wenn Sie an die zukünftigen Sitzungen denken, welche Regeln erscheinen Ihnen dabei besonders wichtig?

-Gruppenregeln-



- Überlegen Sie sich auch, was Sie bei Gruppenangeboten nicht mögen. Dies versuchen wir zu berücksichtigen.

(zu beachten)



- GL schreibt alles Gesagte auf ein Flipchart-Papier.
 - Die Liste „Gruppenregeln“ (siehe Text) enthält Regeln/Aspekte, die es zu beachten gilt.
- GL kann, wenn die T. einverstanden sind, Fehlendes von den „Allgemein zu beachtende Gruppenregeln“ (siehe Text) auf dem Flipchart-Papier ergänzen.
- Flipchart-Papier sollte zu jeder Sitzung mitgebracht und im Gruppenraum aufgehängt werden.

(Hinweise an Teilnehmende)



- Einhalten der Regeln wichtig für gute Zusammenarbeit.

Nachdem die Gruppenregeln aufgestellt wurden:

- Alle Regeln wichtig, am wichtigsten jedoch, dass sich T. in der Gruppe wohlfühlen. Alles, was diesem Ziel entgegensteht, sollte mit der GL besprochen werden. Einzelgespräche mit GL immer möglich.

Sitzung 1

Wichtig

- ➔ „Ihr Wohlbefinden bzw. die Steigerung dessen steht im Mittelpunkt dieses Gruppenangebots. Jede Methode, jeder theoretische Input und jede häusliche Übung zielen darauf ab, dass es Ihnen gut geht und Sie sich wohl fühlen. Falls dieses Ziel gefährdet sein sollte, so lassen Sie es mich bitte wissen. Ich möchte, dass Sie alle davon profitieren. Wenn Sie merken, dass Sie eine Übung oder auch eine häusliche Übung überfordern, dann bitte ich Sie, diese Übung nur soweit durchzuführen, wie es Ihnen guttut. Machen Sie sich keinen Druck. Sie können gerne jederzeit Kontakt zur Gruppenleitung aufnehmen.“

Wichtig

Jede Übung sollte nur in dem Maße durchgeführt werden, wie es Ihnen guttut. Sollte eine Übung Überforderung auslösen, beenden Sie die Übung. Jede Übung hat das Ziel, Ihr **Wohlbefinden** zu steigern.

Bei Bedarf können Sie jederzeit Kontakt zur Gruppenleitung aufnehmen



(zu beachten)



(Hinweise an Teilnehmende)



Pause

- ➔ „Wir machen nun eine kleine Pause. Sie können gerne auch nach draußen gehen, falls Sie etwas Luft schnappen möchten. In fünf bis zehn Minuten setzen wir die Sitzung fort.“

Pause ca. 5-10 Minuten



(zu beachten)



(Hinweise an Teilnehmende)



ca. 5-10 Minuten



Sitzung 1

Was fällt Ihnen auf?

- ➔ „Schauen Sie sich bitte diese Rechnungen an und sagen Sie mir, was Ihnen hierbei auffällt.“

Nachdem die Rechnung gelöst wurde:

- ➔ „Die Rechnung $3+3$ ist also nicht neun, sondern sechs. Uns fällt zunächst das auf, was nicht ‚richtig‘ ist. Der Fokus der Aufmerksamkeit liegt meist erst einmal darauf, was vermeintlich ‚falsch‘ ist. Und so ist es mit vielen Dingen im Leben, zum Beispiel auch bei anderen Personen oder auch Situationen. Wir sehen dann beispielsweise nur das, was uns beim anderen nicht gefällt, was er alles nicht kann oder auch was in einer Situation alles schiefgegangen ist. Vielleicht kennen Sie das auch mit der Erkrankung. Sie kommen irgendwo hin und jeder sieht zunächst erst einmal Ihre Symptome, Ihre Erkrankung, also das, was irgendwie nicht ganz ‚richtig‘ läuft.“

Was fällt Ihnen auf?

$$1+1 = 2$$

$$2+2 = 4$$

$$3+3 = 9$$

$$4+4 = 8$$

$$5+5 = 10$$

(zu beachten)



- Rechnung $3+3$ ist nicht 9, sondern 6.

(Hinweise an Teilnehmende)



- Menschen fällt zunächst meist das auf, was nicht richtig oder mangelhaft ist. Der Fokus der Aufmerksamkeit liegt meist auf den Defiziten, den Schwächen oder dem, was nicht perfekt ist. So auch bei dem Beispiel mit den Rechnungen: Es fallen nicht die vier „richtigen“ Aufgaben auf, sondern die eine „falsche“ Aufgabe.

Stärken und Ressourcenorientierung

- ➔ „Ich möchte Ihnen heute eine neue Denkweise vorstellen, die sogenannte ‚Ressourcenorientierung‘. Ressourcenorientierung meint genau das Gegenteil von der Defizitorientierung. Ressourcenorientierung meint, nicht den Fokus auf das zu setzen, was nicht gut läuft oder nicht perfekt ist, sondern im Leben auf das zu fokussieren, was gut läuft. Zu schauen, welche Stärken und Fähigkeiten man besitzt und was man alles hat. Das ‚Negative‘ soll damit natürlich nicht ignoriert werden. Es soll vielmehr durch eine positive Perspektive *ergänzt* werden. Man sieht also nicht mehr ausschließlich das, was nicht gut läuft, sondern auch und vor allem das, was gut läuft, was positiv ist.“

Stärken- und Ressourcenorientierung

Ressourcenorientierung meint, nicht nur das Schlechte und Negative im Leben zu sehen, sondern den Fokus auf das **Positive** zu lenken und die **Stärken** und **Fähigkeiten, die sogenannten Ressourcen**, in den Mittelpunkt zu rücken.

Quelle: angelehnt an Armbruster, M. (2015): *Selbermachen! Mit Empowerment aus der Krise*. Freiburg: Herder.

(zu beachten)



(Hinweise an Teilnehmende)



- Übergang: Rechenbeispiel soll verdeutlichen, was Ressourcen- und Stärkenorientierung meint.

Sitzung 1

Welche Ressourcenarten gibt es?

- ➔ „Ein ressourcenorientierter Ansatz meint, die Stärken und Fähigkeiten des Menschen zu sehen und nicht nur die Defizite, die Erkrankung oder all das, was nicht gut läuft im Leben. Ich möchte Ihnen deshalb nun einmal die verschiedenen Ressourcenarten vorstellen. Ressourcen sind Dinge, die uns im Leben irgendwie behilflich sein können. Man kann diese Ressourcen in vier Arten einteilen. Es gibt persönliche Ressourcen, materielle Ressourcen, umgebungsbezogene Ressourcen und soziale Ressourcen.“

Welche Ressourcenarten gibt es?

- Persönliche Ressourcen
- Soziale Ressourcen
- Materielle Ressourcen
- Ressourcen in der Umgebung

Quelle: Streich, A. & Lüttringhaus, M. (2004): *Ressourcenarten*. Essen: Institut für Sozialraumorientierung (ISAAB)

(zu beachten)



(Hinweise an Teilnehmende)



Persönliche Ressourcen

- ➔ „Beginnen wir mit den persönlichen Ressourcen. Persönliche Ressourcen sind die Stärken und Fähigkeiten, die eine Person hat. Hierbei kann es sich um ganz unterschiedliche Dinge handeln. Persönliche Ressourcen können zum Beispiel Ihre Eigenschaften, Stärken, Fähigkeiten, Interessen, Hobbies, Motivationen, Bildungsabschlüsse, Glaubenssysteme, emotionale Fähigkeiten, körperliche Beschaffenheit etc. sein. Sie sehen, persönliche Ressourcen sind sehr vielfältig. Letztlich ist eine persönliche Ressource das Positive an Ihrer Person. Ich möchte Ihnen ein Beispiel hierfür geben. Eine persönliche Ressource könnte zum Beispiel Ihre Glaubensrichtung sein. Der Glaube ist besonders dann nützlich, wenn man Schicksalsschläge durchlebt. Der Glaube kann dann neue Kraft geben. Ihr Durchhaltevermögen kann ebenfalls eine hilfreiche Ressource sein. Wenn Sie beispielsweise bereits einige Krisen durchlebt und überstanden haben, kann das eine hilfreiche Erfahrung sein, die Ihnen gelehrt hat, wie man mit einer herausfordernden Situation umgeht. Sie können also zukünftigen Krisen mit mehr Erfahrung begegnen und diese möglicherweise auch besser bewältigen. Persönliche Interessen können ebenfalls eine Ressource darstellen. Wenn Ihre Hobbies beispielsweise Stricken oder Nähen sind, können Sie diese persönlichen Ressourcen nutzen, um Ihren Tag positiv zu gestalten. Ich möchte Ihnen noch drei weitere Ressourcenarten vorstellen.“

Persönliche Ressourcen

- | | |
|--|--|
| ➤ Stärken | ➤ Glaubensrichtungen |
| ➤ Fähigkeiten | ➤ körperliche Beschaffenheit
(körperlich fit, beweglich, Kraft haben) |
| ➤ Eigenschaften | ➤ geistige Fähigkeiten
(phantasievoll, kreativ, ideenreich) |
| ➤ Erfahrungen | ➤ emotionale Fähigkeiten
(sensibel, einfühlsam, kontaktfreudig) |
| ➤ Krisenbewältigung | ➤ eigene Motivationen |
| ➤ Hobbies | |
| ➤ Bildung
(Schulabschluss, Fortbildungen) | |
| ➤ Interessen | |

Beispiel: Die Ressource „Glaubensrichtung“ könnte beispielsweise dann nützlich sein, wenn eine Krise durchlebt wird und der Glaube neue Kraft gibt.

Beispiel: Ist man beispielsweise besonders interessiert am Stricken/Nähen (Ressource: Hobby, Interesse) kann man dies nutzen, um angenehme Stunden zu verbringen und seinen Tag sinnvoll zu gestalten.

Quelle: Streich, A. & Lüttringhaus, M. (2004): *Ressourcenarten*. Essen: Institut für Sozialraumorientierung (ISAAB)

(zu beachten)



(Hinweise an Teilnehmende)



Sitzung 1

Soziale Ressourcen

- ➔ „Soziale Ressourcen beschreiben die Menschen, die uns umgeben. Das können beispielsweise Freunde oder Bekannte sein. Es zählen aber auch Ärzte, Therapeuten, Betreuer, Nachbarn, Familienmitglieder etc. dazu. Diese Menschen können uns behilflich sein, indem Sie uns zum Beispiel bei einer Tätigkeit unterstützen, uns emotionalen Beistand leisten, uns zuhören oder uns ggf. im Krankenfall beim Einkaufen helfen.“

Soziale Ressourcen

- Beziehungen zu Familienmitgliedern
- Beziehungen im weiteren Familienkreis (Tante, Onkel, Cousin/en)
- Freundeskreis
- Nachbarschaft
- Beziehungen zu anderen, einzelnen Personen (durch Arbeit, Verein, Tagesstätte, Ausflüge, Zuverdienstprojekte)
- Nützliche Beziehungen (Helfer, BEW-Betreuer, Ärzte, Therapeuten etc.)

Beispiel: Die soziale Ressource „Freunde“ kann in vielerlei Hinsicht nützlich sein. Freunde geben emotionale Unterstützung, hören sich Ihre Probleme an, können im Krankheitsfall für Sie einkaufen etc.

Quelle: Streich, A. & Lüttringhaus, M. (2004): *Ressourcenarten*. Essen: Institut für Sozialraumorientierung (ISAAB)

(zu beachten)



(Hinweise an Teilnehmende)



Materielle Ressourcen

- ➔ „Als materielle Ressourcen versteht man all die Dinge, die wir besitzen. Das kann beispielsweise ein Auto, ein Fahrrad, ein Handy, eine Wohnung oder sonst etwas Materielles sein. Ein Handy ermöglicht es uns zum Beispiel, dass wir einen Termin mit dem Arzt ausmachen können und dies positive Auswirkungen auf unsere Gesundheit hat. Eine Wohnung ist immer von Vorteil, da wir hierdurch einen Rückzugsort haben, an dem es warm und gemütlich ist.“

Materielle Ressourcen

- **Finanzielle Situation** (Wie bestreite ich meinen Lebensunterhalt? EU-Rente, Sozialhilfe, Einkommen etc.)
- **Besitz, Eigentum** (Telefon, Internet, Garten etc.)
- **Wohnung** (Größe, Möbel, technische Ausstattung: Kühlschrank, Herd, TV etc.)
- **Fortbewegungsmittel** (Auto, Fahrrad, Moped etc.)

Beispiel: Das Fahrrad kann nützlich sein, um zum Tageszentrum, zum SpDi oder auch zu anderen ärztlichen Terminen zu gelangen.

Quelle: Streich, A. & Lüttringhaus, M. (2004): *Ressourcenarten*. Essen: Institut für Sozialraumorientierung (ISAAB)

(zu beachten)



(Hinweise an Teilnehmende)



Umgebungsbezogene Ressourcen

- ➔ „Als letzte Ressourcenart möchte ich Ihnen die umgebungsbezogenen Ressourcen vorstellen. Diese Ressourcenart umfasst alles, was wir in unserer Umgebung finden können. Das sind beispielsweise Einkaufsmöglichkeiten, Vereine, Arbeitsplätze, Tagesstätten, Gesundheitszentren, Busverbindungen, öffentlicher Nahverkehr, Freizeitmöglichkeiten etc. Diese umgebungsbezogenen Ressourcen sind extrem hilfreich. Das machen wir uns nur allzu oft nicht bewusst. Hätten wir beispielsweise die nächste Einkaufsmöglichkeit erst 30 km von unserem Wohnort entfernt, wäre das ein sehr großer Aufwand, den wir für das Einkaufen aufwenden müssten. Wenn wir kein Auto haben und die Busverbindung schlecht wäre, würde ein Gang ins Einkaufszentrum zu einer sehr großen Herausforderung werden. Also ist das Einkaufszentrum eine Ressource, da es uns mit Lebensmitteln versorgt und wir dadurch nicht hungern müssen. Auch wenn dies für uns heutzutage selbstverständlich ist, ist es das in vielen Teilen der Erde nicht und ist deshalb als Ressource anzusehen.“

Umgebungsbezogene Ressourcen (infrastrukturelle Ressourcen)

- Verkehr (Bus- oder Zusanbindung)
- Einkaufsmöglichkeiten in der Umgebung
- Ärzte, Ämter, gesetzliche Betreuer, Betreutes Wohnen, Tagesstätte, Tagesklinik, BKH
- Freizeitangebote (Vereine, Teestuben, Freizeitfahrten und –ausflüge, Ergotherapie, Kreativstätte)
- Arbeitsplätze, Zuverdienstprojekte
- Wohnen (eigene Wohnung oder Zimmer in einer TWG)

Beispiel: Der Arzt in der Umgebung kann nützlich (eine Ressource) sein, wenn man krank ist und Medikamente braucht.

Beispiel: Eine Einkaufsmöglichkeit in der Nähe ist nützlich (eine Ressource), um sich mit Lebensmitteln zu versorgen.

Quelle: Streich, A. & Lüttringhaus, M. (2004): *Ressourcenarten*. Essen: Institut für Sozialraumorientierung (ISAAB)

(zu beachten)



(Hinweise an Teilnehmende)



Zusammenfassung

- ➔ „Ressourcen sind also alles Dinge, die uns in irgendeiner Form nutzen und dafür sorgen, dass es uns gut geht und wir uns wohl fühlen. Oft merkt man erst, dass etwas eine Resource ist, wenn man es nicht hat oder nicht mehr hat. Dinge, die man lange besitzt, werden nach einer Weile selbstverständlich und man ist sich dessen Wert nicht mehr bewusst.“

Zusammenfassung

- Ressourcen sind alles Dinge, die uns in irgendeiner Form nutzen und dafür sorgen, dass es uns gut geht und wir uns wohl fühlen (Nestmann, 2008).
- Dinge werden uns oft erst dann als Ressourcen bewusst, wenn wir sie NICHT (mehr) haben.

Quelle: Nestmann, F. (2008). Ressourcenarbeit. In K. Grunwald & H. Thiersch (Hrsg.), *Praxis lebensweltorientierter Sozialer Arbeit* (S. 69-85). Weinheim: Juventa.

(zu beachten)



(Hinweise an Teilnehmende)



Sitzung 1

Informationsblatt

- ➔ „Ich habe hier ein Informationsblatt für Sie, auf dem alle vier Ressourcenarten zusammengefasst sind. Dieses Blatt können Sie in Ihrem Schnellhefter abheften und für die folgende Übung zur Hand nehmen.“

Informationsblatt

„Ressourcen“



(zu beachten)



- Austeilen des Informationsblatts „Ressourcen“.
- Blatt dient als Informationsblatt für Zuhause und für die kommende praktische Übung.

(Hinweise an Teilnehmende)



- Informationsblatt fasst Ressourcenarten zusammen.

Praktische Übung: Ressourceninterview

- ➔ „Wir wissen nun, was es für Ressourcenarten gibt und, dass eigentlich alles eine Ressource sein kann, wenn es uns in irgendeiner Form nutzt und Freude bereitet. Viele Ressourcen werden oft als ‚Selbstverständlichkeiten‘ hingenommen. Die Relevanz dessen wird erst dann bewusst, wenn man die Ressource nicht mehr hat oder sie verschüttet gegangen ist. Mit der folgenden Übung wollen wir unseren Blick schulen, die Ressourcen, die wir haben, wahrzunehmen und zu schätzen. Ich bitte Sie deshalb, Ihrem Partner oder Ihrer Partnerin von einem Ereignis zu berichten, das in der vergangenen Zeit gut gelaufen ist oder einfach Spaß gemacht hat. Dies kann beispielsweise ein gelungener Beratungstermin, das Ergattern eines Zuverdienstprojekts, die Freude am Basteln in der Tagesstätte oder auch die Zubereitung eines leckeren Gerichts sein. Es muss sich hierbei nicht um eine herausragende Tätigkeit handeln. Wir wollen versuchen, die Ressourcen auch in den alltäglichen Dingen zu entdecken. Wenn Sie von Ihrem Erlebnis berichtet haben, suchen Sie sich bitte eine Ressourcenkategorie aus, in der Sie befragt werden möchten. Die Fragen finden Sie auf dem ausgeteilten Arbeitsblatt. Das Blatt ‚Ressourcenarten‘ stellt noch einmal die zahlreichen Ressourcen dar, die ein Mensch haben kann. Versuchen Sie alle Fragen einer Kategorie zu beantworten und achten Sie auf die Ressourcen, die Ihnen begegnen. Ressourcen, die zum Beispiel beim Ergattern eines Zuverdienstprojekts genutzt wurden, könnten in der Kategorie ‚soziale Ressourcen‘ sein: dass Sie von anderen Personen davon erfahren haben oder dass Sie jemand zum Vorstellungsgespräch gebracht hat. In der Kategorie ‚persönliche Ressourcen‘ könnte es sein, dass Sie Ihre persönlichen Stärken (‚überzeugen können‘) so gut eingesetzt haben, dass Sie den Job bekommen haben. ‚Materielle Ressourcen‘ könnten Sie so genutzt haben, dass Sie zum Beispiel Ihr Telefon zum Anrufen bei der Arbeitsstelle verwendet haben etc. Wenn Sie fertig sind, wechseln sie bitte die Rollen, sodass jeder einmal in einer Kategorie befragt wurde und selbst aktiv gefragt hat. Falls Sie Fragen zu dieser Übung haben, können Sie diese jederzeit stellen, gerne auch während der Übung. Wie immer sagen Sie bitte nur das, was sie auch sagen möchten. Fühlen Sie sich nicht gezwungen etwas preiszugeben, wobei Sie sich unwohl fühlen. Sollten Sie vorzeitig mit der Übung fertig sein, können Sie sich auch in den restlichen Kategorien befragen.“

Praktische Übung Ressourceninterview

1. Gehen Sie in Zweier- oder Dreier-Teams zusammen.
2. Erzählen Sie Ihrem Partner von einem positiven Erlebnis der letzten Tage.
3. Suchen Sie sich dann eine Ressourcenkategorie (soziale, persönliche, materielle, infrastrukturelle Ressourcen) aus, zu der Sie befragt werden möchten.
4. Ihr Partner fragt Sie dann die Fragen, die zu der ausgesuchten Kategorie gehören (siehe Arbeitsblatt „Ressourceninterview“).
5. Wenn Sie fertig sind, tauschen Sie bitte die Rollen.



(zu beachten)



(Hinweise an Teilnehmende)



ca. 20 Minuten



- Austeilen des Arbeitsblatts „Ressourceninterview“.
- T. werden entweder von GL in Zweiergruppe (Auszahlvariante) eingeteilt oder T. teilen sich selbst in Zweiergruppe ein.
- Jede/r sagt nur das, was er oder sie sagen möchte.
- Bei auftretenden Schwierigkeiten während der Übung, GL ansprechen.

Sitzung 1

Reflexion der Übung

- ➔ „Nun haben Sie die Übung beendet. Wie ging es Ihnen mit dieser Übung? Hat es Ihnen Spaß gemacht? Ist es Ihnen leicht- oder schwergefallen, die Übung durchzuführen?“

Reflexion der Übung



- Wie ging es Ihnen mit der Übung?
- Ist es Ihnen leicht/schwergefallen, Ressourcen zu finden?
- War etwas unklar für Sie?

(zu beachten)



(Hinweise an Teilnehmende)



- Wer möchte, kann sich einbringen.

Häusliche Übung bis zur nächsten Sitzung

- ➔ „Wir neigen uns nun schon dem Ende der ersten Sitzung zu. Wir haben heute einen Einblick in die Ressourcenorientierung erhalten und haben verschiedene Ressourcenarten kennengelernt. In einer praktischen Übung konnten Sie herausfinden, welche Ressourcen Sie im Alltag einsetzen und was Ihnen diese bringen. Ressourcen sind also alles, was irgendwie nützlich sein kann und Freude bereitet. Jeder Mensch hat Dinge, die er gerne macht und die ihm Freude bereiten. Manche klettern gerne, andere gehen gerne spazieren, basteln gerne oder führen gerne ein gutes Gespräch. Es gibt zahlreiche Methoden, sich etwas Gutes zu tun und Freude zu erleben. Mit der folgenden häuslichen Übung sollen Sie Ihre persönlichen Freuden erkunden. Was macht Ihnen Spaß und tun Sie gerne? Ich habe hier eine Liste für Sie, auf welcher einige Aktivitäten aufgeführt sind, die Menschen Freude bereiten. Ich bin mir sicher, da ist auch etwas dabei, was Sie gerne machen oder evtl. früher gerne gemacht haben. Gehen Sie bitte die Liste Zuhause durch und schreiben Sie eine 0 in das Kästchen, wenn Sie die Aktivität neutral empfinden, eine 1, wenn Sie die Aktivität eher angenehm empfinden und eine 2, wenn Sie die Aktivität sehr angenehm empfinden. Bringen Sie bitte die Liste zur nächsten Stunde wieder mit, damit wir sie gemeinsam durchgehen können. Überlegen Sie sich schon jetzt, wann Sie die Liste die kommende Woche ausfüllen möchten, sodass es nicht in Vergessenheit gerät. Speichern Sie sich den Termin in Ihr Handy ein oder notieren Sie sich diesen in Ihren Terminkalender. Da die Liste sehr lange ist, können Sie sie auch in mehreren Schritten ausfüllen. Möglicherweise kann auch Ihre Bezugsbetreuung Sie dabei unterstützen. Auch wenn das Erledigen der häuslichen Übung sinnvoll erscheint, ist natürlich nach wie vor zu bemerken, dass kein Zwang besteht, die Übung auszuführen. Sollten Sie es also nicht schaffen, die Liste auszufüllen, können Sie selbstverständlich trotzdem nächste Woche zur Sitzung kommen. Alternativ könnten Sie sich dann auch gedanklich überlegen, was Sie gerne machen und was Ihnen Spaß macht.“

Häusliche Übung bis zur nächsten Sitzung



Füllen Sie bitte die Liste „Meine angenehmen Aktivitäten“ aus und bringen Sie diese zur nächsten Sitzung wieder mit

- Die Liste beinhaltet zahlreiche Aktivitäten, die Spaß und Freude bereiten können.
- Gehen Sie die Liste durch und schauen Sie, was Ihnen Spaß und Freude bereitet oder früher einmal bereitet hat (0=neutral, 1=angenehm, 2=sehr angenehm).
- Tragen Sie den Termin für die Durchführung am besten gleich in Ihren Terminkalender oder Ihr Handy ein, damit Sie ihn nicht vergessen.



Quelle: angelehnt an Viehhauser, R. (2000). *Förderung salutogener Ressourcen. Entwicklung und Evaluation eines gesundheitspsychologischen Trainingsprogramms*. Regensburg: Röderer Verlag

Quelle: angelehnt an Hautzinger, M. (2012). Depressive Störungen. In G. Meinschmidt, S. Schneider & Margraf, J. (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Materialien für die Psychotherapie* (S. 313-322). Berlin: Springer.

(zu beachten)



- Austeilen des Arbeitsblatts „Meine angenehmen Aktivitäten“.

(Hinweise an Teilnehmende)



- Übergang: angenehme Aktivitäten sind auch Ressourcen. Dinge, die man gerne tut, bereiten Spaß und Freude und fördern das Wohlbefinden.
- Ausfüllen der Liste in mehreren Etappen möglich, da relativ lang.
- Durchführung der häuslichen Übung zwar wünschenswert, jedoch kein Zwang.
- Falls Übung nicht schriftlich durchgeführt wird: gedanklich überlegen, was Spaß und Freude bereitet.

Sitzung 1

Abschlussrunde

- ➔ „Wir sind nun schon am Ende der ersten Sitzung angelangt. Ich freue mich sehr darüber, dass Sie so gut mitgemacht haben. Gerne würde ich nun am Schluss von Ihnen erfahren, wie es Ihnen heute mit der Sitzung ging. Wie ist nun Ihre Stimmung? Welche Erwartungen, Wünsche haben Sie für die kommenden Sitzungen? Was hat Ihnen heute gut oder weniger gut gefallen? Ich freue mich auch immer, wenn Sie mir ein kurzes Feedback geben. Ist das Tempo so für Sie angenehm? Spreche ich zu schnell oder zu langsam? Sollte es Themen geben, die Sie nicht hier im Gruppenplenum besprechen möchten, können Sie natürlich auch jederzeit gerne den Kontakt im Zweiergespräch zu mir suchen. Am besten gibt jeder kurz ein Feedback zur heutigen Sitzung.“

Abschlussrunde



- Wie ging es Ihnen mit der heutigen Sitzung?
- Was hat Ihnen gefallen/nicht gefallen?
- Hätten Sie gerne etwas anders?
- Gibt es noch offene Fragen?

(zu beachten)



(Hinweise an Teilnehmende)



- Wer möchte, kann sich einbringen.
- Offenes Feedback zur Sitzung und zur GL ist hilfreich, um Programm an die Bedürfnisse der T. anzupassen.
- Im Falle noch offener Fragen oder Anregungen ist Einzelgespräch mit GL immer möglich.

Sitzung 1

Ausblick auf die zweite Sitzung

- ➔ „Nächste Woche werden wir uns mit dem Thema ‚angenehme Aktivitäten‘ beschäftigen. Wir werden uns ausführlich mit der Liste ‚Meine angenehmen Aktivitäten‘ auseinandersetzen und auf deren Basis für Sie passende Aktivitäten finden. Außerdem werden wir uns mit positiven Gefühlen und kurzfristigen Glückmachern beschäftigen. Wir werden interaktive Übungen machen, bei denen Sie verschiedene Arbeitsblätter von mir erhalten. Außerdem erfahren Sie natürlich auch wieder einige Informationen von mir zum Thema ‚Wohlbefinden im Alltag‘. Ich freue mich auf die kommende Sitzung mit Ihnen.“

Ausblick auf die zweite Sitzung

- Thema: Wohlbefinden und positive Aktivitäten
- Interaktive und praktische Übungen zum Thema
- Beschäftigung mit der Liste „Meine angenehmen Aktivitäten“
- Was sind meine „Glücklichmacher“?
- Welche positiven Emotionen kenne ich?

(zu beachten)



- GL kann betonen, dass sie sich auf die nächste Sitzung freut.

(Hinweise an Teilnehmende)



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

- ➔ „Vielen herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag und einen guten Nachhauseweg.“

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

(zu beachten)



(Hinweise an Teilnehmende)





University
of Bamberg
Press

Ein auf die Bedürfnisse chronisch psychisch erkrankter Menschen zugeschnittenes Gruppenprogramm wurde entwickelt und hinsichtlich seiner Wirksamkeit untersucht. Das Programm zielt darauf ab, verschiedene personale Ressourcen der schwer belasteten Klientel auf- und auszubauen. Die Evaluation des achtwöchigen Gruppenprogramms erfolgte mittels einer quasi-experimentellen Prä-, Post-, Follow-up Feldstudie (N = 275, IG = 134, KG = 141). Insgesamt konnte gezeigt werden, dass sich mit der Teilnahme an dem besagten Gruppenprogramm eine Vielzahl gesundheitsrelevanter Faktoren signifikant verbesserten (Selbstwertgefühl, Positive Emotionen, Kognitives, Emotionales und Körperliches Wohlbefinden, Selbstfürsorge, Depressivität). Im Allgemeinen ist das ressourcenorientierte Gruppenprogramm als gewinnbringende und ergänzende Methode für die sozialpsychiatrische Arbeit mit chronisch psychisch erkrankten Menschen zu bewerten.



ISBN 978-3-86309-810-0



9 783863 098100
www.uni-bamberg.de/ubp/