

Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Recovery-orientiertes Arbeiten im klinischen Kontext –  
stärkt das „Weddinger Modell“ die Selbstwirksamkeitserwartung und Resilienz?

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Titus David Jacob

aus Berlin

Datum der Promotion: 05.03.2021

## Anteilerklärung zu Publikationen

Im Vorfeld der Erstellung dieser Monografie erfolgte bereits die Publikation eines Posters zum Design dieser Studie auf dem DGPPN-Kongress 2011 in Berlin. Ich erstellte dieses Poster eigenverantwortlich. Es umfasst eine Zusammenfassung von Literatur zu den Themen Recovery, Selbstwirksamkeitserwartung und Resilienz, eine zusammenfassende Darstellung des „Weddinger Modells“, die Darstellung von Fragestellungen der Studie und der Methodik der wissenschaftlichen Untersuchung analog zur Darstellung in der Monografie. Zudem beinhaltet es die statistische Untersuchung eines Einzelitems aus dem „Weddinger Resilienzfragebogen“ aus den Daten der Erhebung 2010 vor Einführung des „Weddinger Modells“. Diese statistische Auswertung ist nicht Teil dieser Monografie.

# Inhalt

1 Einleitung .....	4
1.1 Studienziel .....	4
1.2 Definition und Entwicklung des Begriffs Selbstwirksamkeitserwartung .....	4
1.3 Entstehung und Beeinflussung der Selbstwirksamkeitserwartung .....	6
1.4 Optimismus, Selbstwirksamkeit und Gesundheitsverhalten .....	7
1.5 Salutogenese .....	9
1.6 Selbstwirksamkeitserwartung bei psychiatrischen Erkrankungen .....	10
1.7 Therapeutische Beeinflussung der Selbstwirksamkeitserwartung .....	11
1.8 Chronifizierung .....	13
1.9 Stigmatisierung .....	14
1.10 Selbstwirksamkeit im Recovery-Prozess .....	15
1.11 Resilienz .....	16
1.12 Recovery in der klinischen Praxis .....	17
1.13 Das „Weddinger Modell“ .....	18
1.13.1 Konkrete Maßnahmen in der Stationsstruktur und im klinischen Arbeiten .....	19
1.13.2 Multiprofessionelle Behandlungsteams (MBTs) .....	19
1.13.3 Visiten .....	19
1.13.4 Therapieplanung .....	20
1.13.5 Therapiebesprechung .....	20
1.13.6 Therapieevaluation .....	20
1.14 Standardisierte Untersuchung von Resilienz und Recovery .....	21
2 Fragestellung .....	22
3 Methoden .....	23
3.1 Ethik .....	23
3.2 Studiendesign .....	23
3.3 Implementierung des „Weddinger Modells“ .....	24
3.4 Stichproben .....	24
3.5 Procedere der Erhebung .....	26
3.6 Ein- und Ausschlusskriterien .....	26
3.7 Ablauf der Untersuchungen .....	26
3.8 Untersuchungsinstrumente .....	27
3.8.1 Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen .....	27
3.8.2 Resilienzfragebogen .....	31
4 Statistik .....	31

5 Ergebnisse .....	34
5.1 Zusammensetzung der Studienpopulation (Gruppe der FKK-Rückläufer).....	34
5.2 Zusammensetzung der Studienpopulation (Gruppe der Resilienzfragebogen- Rückläufer) .....	37
5.3 Ergebnisse zu Hypothese 1: Fragebogen FKK (Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen).....	38
5.3.1 Vergleich der Mittelwerte der Tertiärskala FKK-SCI-PC in den untersuchten Krankenhäusern und Kohorten.....	38
5.3.2 Untersuchung der Mittelwerte der Primärskalen „Internalität“ (FKK-I), „Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“ (FKK-SK), „Soziale Externalität“ (FKK-P) und „Fatalistische Externalität“ (FKK-C) in den untersuchten Krankenhäusern und Kohorten .....	40
6 Ergebnisse zu Hypothese 2: Vergleich der Mittelwerte des korrigierten Summenscores des Resilienzfragebogens ( $RESI_{korrr}$ ) zwischen den Kohorten .....	46
7 Explorative Analyse zu Fragestellung E1: Untersuchungen der Anwendbarkeit und einzelner Testgütekriterien des Resilienzfragebogens .....	49
7.1 Untersuchungen zur Konstruktvalidität und zur Dimensionalität des Resilienzfragebogens.....	49
8 Explorative Analyse zu Fragestellung E2: Untersuchung des Einflusses von biografischen und krankheitsbezogenen Faktoren auf die Selbstwirksamkeitserwartung.....	54
9 Diskussion .....	55
9.1 Zusammenfassung der Ergebnisse .....	55
9.2 Untersuchung der Einflüsse des „Weddinger Modells“ auf die Selbstwirksamkeitserwartung (Hypothese H1) .....	55
9.3 Einfluss des „Weddinger Modells“ auf die Resilienz (Hypothese H2).....	61
9.4 Allgemeine Limitationen in der Untersuchung des Effektes des „Weddinger Modells“ auf die SWE und Resilienz .....	63
9.5 Untersuchungen zu Anwendbarkeit, Konstruktvalidität und Dimensionalität des Resilienzfragebogens (Fragestellung E1) .....	65
9.6 Explorative Untersuchung der Einflüsse auf die Selbstwirksamkeitserwartung vor Einführung des „Weddinger Modells“ (Fragestellung E2) .....	67
10 Zusammenfassung und Ausblick .....	69
11 Literaturverzeichnis.....	71
12 Anhang .....	76
13 Eidesstattliche Versicherung .....	82
14 Anteilserklärung bei der Bearbeitung des Forschungsthemas .....	83
15 Anteilserklärung an erfolgten Publikationen.....	83
16 Vita.....	84
17 Publikationsliste .....	85
18 Danksagung .....	85

## Abstract

### **Einleitung**

Die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen zielt nicht allein auf die Reduktion von Symptomen ab, sondern auch auf das (Wieder-) Erreichen persönlichen Wohlergehens und sozialer Teilhabe. Dieser Prozess wird „Recovery“ genannt und umfasst Elemente der Resilienz und der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE). Recovery wurde vor allem in den USA, Großbritannien, Australien und Österreich untersucht. Diese Studie untersucht das Behandlungskonzept „Weddinger Modell“ (WM), welches speziell auf die Bedürfnisse von stationär behandelten psychisch Erkrankten im urbanen Raum in Berlin-Wedding (Deutschland) zugeschnitten ist, hinsichtlich seines Einflusses auf die SWE und Resilienz. Weitere Ziele der Studie waren die explorative Untersuchung von soziodemografischen Einflussfaktoren auf die SWE und die Untersuchung von Faktorenstruktur und Testgütekriterien des selbst entworfenen „Resilienzfragebogens“.

### **Methoden**

Wir setzten ein naturalistisches, quasi-experimentelles, Studiendesign ein. Es wurden stationär behandelte Patienten in der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus (PUK SHK) in zwei voneinander unabhängigen Kohorten vor und nach Einführung des WM untersucht. Hierzu wurden jeweils zeitgleich Kontrolluntersuchungen in Vergleichskrankenhäusern durchgeführt. Insgesamt wurden in Kohorte<sub>1</sub> N=176 und in Kohorte<sub>2</sub> N=197 Patienten eingeschlossen. Für die Hauptanalysen ergaben sich für die Interventionsgruppe in der PUK SHK Fallzahlen von N=83 (Resilienzfragebogen) und N=73 (Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen).

### **Ergebnisse**

Es konnte in der Interventionsgruppe keine signifikante Verbesserung – weder der Resilienz noch der SWE – gefunden werden. Der „Weddinger Resilienzfragebogen“ wies eine gute Konstruktvalidität auf. Die explorative Faktorenanalyse ergab nur einen Faktor. Als positiver Einflussfaktor auf die SWE konnten der Bildungsstatus und als negativer Einfluss die Suizidalität exploriert werden.

## **Diskussion**

Diese Studie konnte im Gegensatz zu früheren Studien keinen Effekt einer Behandlung nach Recovery-orientierten Modellen wie dem „Weddinger Modell“ auf die beschriebenen Elemente von Recovery (Resilienz und Selbstwirksamkeitserwartung) bei stationär behandelten schwer psychisch Erkrankten zeigen. Ursachen könnten in der Methodik der Studie liegen. So lag eine Inhomogenität bezüglich der Kohorten und Vergleichsgruppen vor, die sich vermutlich auf weitere, nicht kontrollierte Faktoren erstreckt. Außerdem kamen möglicherweise positive Auswirkungen durch die kurze Dauer der therapeutischen Intervention des „Weddinger Modells“ nicht zum Tragen.

## **Abstract (english)**

### **Introduction**

Treatment of severe mental disorders aims not only at the reduction of symptoms but rather at the (re)establishment of personal wellbeing and social functioning, a process termed “recovery”. The concept of recovery comprises elements such as resilience and expected self-efficacy (ESE); it has been extensively studied in the USA, UK, Australia and Austria. This study employs the “Weddinger Modell” (WM), a comprehensive treatment concept particularly tailored to satisfy the needs of mentally ill inpatients in an urban area in Germany (Berlin) in terms of its impact on recovery. For that purpose, a specifically developed questionnaire (“Weddinger Resilienzfragebogen”) covering sociodemographic, biographic and disorder-related factors, was used to assess resilience, and another questionnaire (“Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen“) to assess the expected self-efficacy. Furthermore, this explorative data collection explored the influence of sociodemographic factors on the ESE and analyzed the newly developed questionnaire regarding its structure and standards of quality.

### **Methods**

We followed a naturalistic, quasi-experimental study design with surveys of two cohorts, cohort<sub>1</sub> N=176 and cohort<sub>2</sub> N=197, collected from a university department before and after the introduction of the “Weddinger Modell” and at the same time compared with control subjects recruited from external departments. The main analyses comprised a treatment group out of cohort<sub>2</sub> N=83 tested by “Weddinger Resilienzfragebogen” and N=73 tested by “Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen”.

## **Results**

The treatment group showed no significant improvement neither with regard to resilience nor expected self-efficacy. The questionnaire testing resilience (“Weddinger Resilienzfragebogen”) proved to be sufficient for construct validity. The explorative factor yielded only one factor. The educational status was identified as positively, in contrast suicidality negatively influencing the expected self-efficacy.

## **Discussion**

This study, in contrast to earlier studies, failed to show effects of treatment interventions oriented to elements concerning recovery, here the “Weddinger Modell”, in particular resilience and expected self-efficacy, applied to severely mentally ill patients. This may be due to methodological problems. We found the cohorts and control groups to be inhomogeneous probably for further uncontrolled factors. Furthermore, the duration of this therapeutic intervention was probably too short to engender positive effects.

# 1 Einleitung

## 1.1 Studienziel

Ziel dieser Studie ist die Erfassung des Einflusses des „Weddinger Modells“ auf die Selbstwirksamkeitserwartung und die Resilienz von stationär psychiatrisch behandelten Patienten<sup>1</sup>. Das WM beinhaltet Methoden des patientenzentrierten Arbeitens und fördert gezielt persönliche Ressourcen im Umgang mit der Erkrankung. In der Behandlung von schwer kranken psychiatrischen Patienten soll hierdurch schrittweise die Selbstwirksamkeitserwartung, das heißt die Erwartung, durch eigenes Handeln eine Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität zu erreichen, gestärkt werden. Durch den Ausbau persönlicher Ressourcen, die hilfreich sind, trotz Erkrankung ein sinnerfülltes Leben zu führen, soll die Resilienz (Widerstandsfähigkeit gegenüber der Erkrankung) verbessert werden. Selbstwirksamkeitserwartung und Resilienz können als Teile des Recovery-Prozesses betrachtet werden. Der Begriff Recovery beschreibt den Genesungsprozess – hier bei psychiatrischen Erkrankungen. Ein Aspekt ist dabei die Reduktion von Symptomen. Der für die aktuelle Studie ebenso bedeutende Aspekt ist der Weg zu einem sinnerfüllten, selbstbestimmten Leben mit sozialer Teilhabe trotz Erkrankung. Im Folgenden sollen die genannten Begriffe theoretisch erörtert und zur aktuellen Studienlage in Bezug gestellt werden. Anschließend wird ein Bezug zum „Weddinger Modell“ hergestellt.

## 1.2 Definition und Entwicklung des Begriffs Selbstwirksamkeitserwartung

Der Begriff der „Selbstwirksamkeitserwartung“ (engl. perceived self-efficacy) wurde in der Psychologie seit den 1970er Jahren zuerst von Albert Bandura entwickelt und verwendet. Ziel des Konstruktes war es laut Bandura, die Bedingungen von Verhaltensänderungen in therapeutischen Prozessen jeglicher Art zu verstehen und zu analysieren. Insbesondere interessierten hierbei die Bedingungen für Veränderungen von ängstlichem Verhalten und Vermeidungsverhalten (vgl. Bandura 1978: 193). Bandura beschreibt zwei Anteile der Selbstwirksamkeit, die generelle Erwartung der Wirksamkeit (Selbstwirksamkeit i.e.S.) und die ergebnisbezogene Erwartung (Handlungs-Ergebnis-Erwartung bzw. Konsequenzerwartung). Die Selbstwirksamkeitserwartung definiert er als “[...] die Überzeugung, dasjenige Verhalten

---

<sup>1</sup> Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit meist die männliche Form für PatientInnen und ÄrztInnen benutzt. Es können dabei aber sowohl männliche als auch weibliche Personen gemeint sein.



erfolgreich ausführen zu können, welches geeignet ist, das jeweilige Ziel zu erreichen". Die Handlungs-Ergebnis-Erwartung definiert er als "die Einschätzung einer Person, dass ein vorhandenes Verhalten zu bestimmten sicheren Ergebnissen führt." (Übersetzungen durch den Autor; vgl. Bandura 1978: 193). Diese Differenzierung erfolgt, um situationsspezifische und handlungsspezifische Wirksamkeitserwartungen von generalisierten Erwartungen über die Verfügbarkeit eigener geeigneter Verhaltensweisen abzugrenzen. Die generalisierten Erwartungen stehen hierbei hierarchisch höher. Wenn keine generelle Erwartung besteht, Verhaltensweisen zur Erreichung von Zielen zur Verfügung zu haben, wird ein konkretes Verhaltensmuster nicht eingesetzt. Die Motivation, eine bestimmte Handlung auszuführen, wird in diesem Konzept somit durch eine kognitive Antizipation der Zielsituation beeinflusst. Ein Verhalten wird also nur dann umgesetzt – im Sinne der Handlungs-Ergebnis-Erwartung – wenn eine Person grundsätzlich von ihrer Kompetenz, Ziele durch eigene Verhaltenseinflüsse zu erreichen, überzeugt ist – im Sinne der generalisierten Selbstwirksamkeitserwartung. In jeder psychotherapeutischen Intervention werden sich somit Elemente finden, die auf die Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung abzielen. Insbesondere werden in psychotherapeutischen Prozessen neue und nicht routinierte Verhaltensweisen erlernt und erprobt. Ziel ist hierbei häufig, erlerntes dysfunktionales Verhalten durch funktionale Coping-Strategien zu ersetzen und dabei persönliche Ressourcen einzubeziehen. Auf diese nicht-routinierten Verhaltensweisen zielt das Konzept Banduras insbesondere ab. Er beschreibt die Zielsituationen der Selbstwirksamkeitserwartung als solche, in denen Anstrengung und Ausdauer für die Bewältigung in besonderem Maße nötig sind (vgl. Bandura 1978: 191).

Die Selbstwirksamkeitserwartung wird von verschiedenen Autoren adaptiert und verwendet und ist seither in ausgeprägter Form Inhalt psychologischer, pädagogischer und psychiatrischer Forschung.

Schwarzer, Jerusalem und Weber (2002) definieren die Selbstwirksamkeitserwartung als „subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können“. Ralf Schwarzer bezieht sich häufig auf das Konstrukt der Selbstwirksamkeit und bezieht es intensiv in seine Forschung im pädagogischen und psychologischen Bereich ein. Schwarzer unterscheidet in Anlehnung an Bandura zwei Arten von Ergebniserwartungen. Zum einen die schon beschriebenen Handlungs-Ergebnis-Erwartungen. Diese zielen laut Schwarzer stärker auf das Individuum ab und fokussieren auf das eigene Verhalten nach der Einstellung „Mein Verhalten wird mir das geben, was ich mir wünsche“. Auf der anderen Seite stehen laut Schwarzer die Situations-Ergebnis-Erwartungen, die eher auf die zu erwartenden Konsequenzen aus einer bestimmten Situation abzielen. Die

positive Erwartung hierzu wäre: „Die Umstände werden mir geben, was ich mir wünsche“ (Schwarzer 1994: 168). Ein Handlungsimpuls, beispielsweise zu einer präventiven Gesundheitsmaßnahme, entsteht laut Schwarzer vor allem aus den Handlungs-Ergebnis-Erwartungen. Wenn die Situation allein, wie beispielsweise der medizinische Fortschritt und das Entdecken neuer Medikamente, auf die Erhaltung der eigenen Gesundheit und das Verhindern einer Erkrankung attribuiert wird, ergibt sich daraus kein Handlungsimpuls. Auf der anderen Seite kann die Attribution von der Teilnahme an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen auf die eigene Gesundheit das Verhalten stärker bestimmen. Schwarzer beschreibt an diesem Beispiel den hohen Einfluss von Ergebniserwartungen (Kognitionen) auf das Verhalten und die verhaltensbedingte Selbstregulation eines Individuums. Erwartungen, die über verschiedene Situationen generalisieren und auch über eine längere Zeit stabil bleiben, führen laut Schwarzer zu einem „dispositionalen Optimismus“, also zu der generalisierten Erwartung, gute Ergebnisse im Leben zu erreichen. Diese theoretische Überlegung lässt vermuten, dass Menschen nur so lange nach Zielen streben, wie sie diese als erreichbar empfinden und glauben, die geeigneten Handlungen zur Zielerreichung zur Verfügung zu haben (vgl. Schwarzer 1994: 168ff).

### 1.3 Entstehung und Beeinflussung der Selbstwirksamkeitserwartung

Bandura beschreibt die Lern- und Entstehungsbedingungen der Selbstwirksamkeit anhand von vier Quellen, die er nach der Bedeutsamkeit ihres Einflusses gewichtet: (1) eigene Erfolge und Misserfolge als Handlungsergebnisse, (2) stellvertretende Erfahrungen durch Beobachtung von Verhaltensmodellen von Bezugspersonen, (3) Überredung (z.B. Bewertung von außen, soziale Einflussnahme oder Selbstinstruktion) und (4) Wahrnehmung eigener Gefühlsregungen (vgl. Bandura 1978: 191). Schwarzer kommentiert hierzu, dass eigene Erfolge (1) sowohl in der persönlichen Entwicklung als auch in therapeutischen Selbstwirksamkeitstrainings das stärkste Mittel seien, um Selbstwirksamkeitserfahrungen aufzubauen. Im Selbstwirksamkeitstraining müsse man den Teilnehmern Erfolge vermitteln, die sie ihrer eigenen Anstrengung und Fähigkeit zuschreiben könnten. Konkret sei die Vermittlung solcher Erfolge und die Sicherung ihrer angemessenen Interpretation insbesondere durch das Vermitteln von Nahzielen, die zunächst auch fremdgesetzt und als Empfehlung formuliert werden sollten, möglich. Diese Ziele sollten erreichbar, aber individuell herausfordernd sein. Die Erreichung dieser Ziele solle zunächst durch das Unterstützen von vorhandenen Bewältigungsstrategien gefördert werden. Je begrenzter hier die Strategien seien, desto mehr müsse beratend an den Teilnehmer

herangetragen werden. Im Rollenspiel könne das Einüben von schwierigen Verhaltensweisen, in denen beispielsweise Widerstand gegen äußere Einflüsse nötig sei, begünstigt werden. Bei der Bereitstellung von Verhaltensmodellen (2) sei zu beachten, dass vor allem dann eine gute Wirkung zu erzielen sei, wenn die Modelle in Alter, Geschlecht und sonstigen Attributen möglichst ähnlich seien. Hierdurch sei der soziale Vergleich erleichtert und der Transfer auf die eigene Situation besser möglich. Am besten seien „sich selbst enthüllende Bewältigungsmodelle“, die selbst ein Problem zu bewältigen haben und ihre Strategien im Umgang mit den einzelnen Schwierigkeitselementen hierbei kommunizieren. Die Methode der Überredung (3) funktioniere dann, wenn ein kompetenter Mensch einen weniger kompetenten durch eine Situation hindurchsteuere. Überredungsversuche seien aber auch geeignet, Widerstände auszulösen. Die Wahrnehmung von Emotionen (4) sei insbesondere in Anforderungssituationen und Stresssituationen von Bedeutung. Wer in diesen Situationen körperliche Symptome von Angst wahrnehme, der könne daraus schließen, dass die eigene Bewältigungskompetenz nicht ausreiche. Wer eher innere Gelassenheit empfinde, der könne daraus schließen, hinreichende Bewältigungskompetenzen zu haben (vgl. Schwarzer 2004: 20).

#### 1.4 Optimismus, Selbstwirksamkeit und Gesundheitsverhalten

Es existieren verschiedene Modelle zum Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und der Motivation zu Vorsorge- und Gesundheitsverhalten. Martin Seligman publizierte nach seiner Theorie zur „erlernten Hilflosigkeit“ einige Jahrzehnte später ein Buch mit dem Titel „erlernter Optimismus“. Dieses Buch zeichnet eine in der psychologischen Forschung zunehmend in den Fokus gerückte Sicht auf die Erlernbarkeit von optimistischen Kognitionen und Attributionsstilen im Rahmen der Fokussierung auf individuelle Ressourcen. Seligman beschreibt den eher internalen Attributionsstil eines optimistischen Menschen in Bezug auf positive Lebensereignisse und erreichte Ziele. Der Optimist würde diese Ereignisse sich selbst und den eigenen Fähigkeiten zuschreiben. Unangenehme und belastende Ereignisse würde der Optimist vorwiegend vorübergehenden situationsbedingten Ursachen zuschreiben. Pessimisten würden genau umgekehrt negative Ereignisse auf eigene Verhaltensweisen attribuieren und positive Ereignisse auf situative Einflussfaktoren. Für den Pessimisten definiert Seligman hier angelehnt an die Definition des depressiven Attributionsstiles eine internale, stabile und globale Interpretation von negativen Ereignissen. Er führe diese auf eigene Verhaltensweisen zurück, die nicht veränderbar sind und für alle vergleichbaren Situationen gelten. Der Optimist ist laut Seligman eher in der Lage,

generell positive Zukunftserwartungen zu haben, da er negative Ereignisse auf äußere Einflüsse attribuiert, die veränderlich sind und nicht für alle Situationen gelten (vgl. Seligman 2006).

Schwarzer konkretisiert die optimistischen Kognitionen und damit verbundene Erwartungen bezüglich des Umgangs mit Erkrankungen und Gesundheitsverhalten. Ein „optimistischer Attributionsstil“ sei ein positiver Prädiktor für Gesundheit und ein negativer für Krankheit. Eine mögliche konkrete Ursache hierfür sei das größere Maß an Kontrolle, das Optimisten in ihrem Leben verspürten und daher vermehrt gesundes Verhalten in verschiedenen Lebensbereichen einführten (z.B. Ernährung, Sport und Vorsorgeuntersuchungen). Ein weiterer möglicher Mechanismus sei die in verschiedenen Untersuchungen gezeigte bessere Immunfunktion von Menschen mit optimistischem Attributionsstil, die auch unabhängig vom Gesundheitsverhalten bestand (vgl. Schwarzer 1994: 167). Hier seien möglicherweise auch physiologische Korrelate neben der Ebene des Verhaltens vorhanden. Insgesamt seien jedoch noch weitere Erklärungen für den Zusammenhang zwischen optimistischen Erwartungen und Gesundheitsverhalten nötig, da die Theorie der Attributionsstile lediglich auf bereits vergangene Ereignisse abziele und zukünftige nicht ausreichend berücksichtige. Hier verweist Schwarzer auf das Konstrukt des „dispositionalen Optimismus“. Dieser beschreibe die „relativ stabile Tendenz, zu glauben, dass jemand gute Ergebnisse im Leben erreichen könne.“ Menschen mit dieser Kognition würden in Stresssituationen generell bessere Coping-Strategien haben und diese auch in Erkrankungsphasen einsetzen. Auch würden sie mehr Energie in die Vorsorge und das Verhüten von Schaden investieren. Dies würde sich in vielen Beispielen, z.B. im Umgang mit ungewollter Kinderlosigkeit und im Verhalten von Patienten mit Herzerkrankungen zeigen lassen. So würden optimistische Patienten mit koronarer Herzerkrankung nach Bypass-OP schneller das Bett verlassen können und schneller wieder am Arbeitsplatz sein. Nach fünf Jahren sei eine subjektiv höhere Lebensqualität, besserer Schlaf und regelmäßige Besuche von Präventionsmaßnahmen feststellbar (vgl. Scheier *et al.* 1989; Schwarzer 1994). Auch wird ein klarer Zusammenhang zwischen dispositionalem Optimismus und psychischem und physischem Wohlbefinden und der Reduktion von Angst, Neurotizismus und Depression beschrieben (vgl. Williams 1992; Schwarzer 1994). Schwarzer beschreibt darauf aufbauend die Selbstwirksamkeit als „personale Ressource“. Laut Schwarzer sei das ursprüngliche Konstrukt Banduras zunächst noch auf die Ebene konkreter Situationen und die Verfügbarkeit der darauf zugeschnittenen Verhaltensweisen fokussiert gewesen. Im Verlauf habe sich die Definition zunehmend auf die Selbstwirksamkeit als über verschiedene Situationen generalisierte Kognition geweitet (vgl. Schwarzer 1994: 171). Schwarzer verweist hier beispielsweise auf das der Selbstwirksamkeit sehr nahe liegende Konstrukt der „Hoffnung“ und die zugehörige Skala

von Charles Richard Snyder – dieses Konstrukt umfasse zum einen eine Komponente der Entschlossenheit, auf ein Ziel hinzuarbeiten, und zum anderen die Erwartung, Wege zu diesem Ziel zu finden (vgl. Snyder *et al.* 1992). Zu den konkreten Zusammenhängen der Selbstwirksamkeit mit psychischen Erkrankungen, somatischen Erkrankungen, Lebenseinstellungen und Stressbewältigungsfähigkeiten ist eine Vielzahl an Publikationen vorhanden. „Hohe Selbstwirksamkeit wurde u.a. in Zusammenhang gebracht mit seltener auftretenden Angststörungen und Depressionen, guter schulischer Leistung, niedrigen Stressreaktionen, schneller Bewältigung von kritischen Lebensereignissen, hoher Schmerztoleranz, mehr Gesundheitsverhalten, besserem Immunsystem, zufriedenstellenden Sozialbeziehungen und hohem Wohlbefinden“ (Warner 2019).

## 1.5 Salutogenese

Das Konzept der Salutogenese baut auf der beschriebenen Evidenz von Selbstwirksamkeit im Prozess der Genesung von Erkrankungen auf. Antonovsky richtet die Aufmerksamkeit in diesem Modell auf die vorhandenen gesundheitsfördernden Ressourcen von Patienten. Auch wird die Bedeutung der Entwicklung dieser Ressourcen im Rahmen einer gelungenen Therapie betont. Der Patient solle hierdurch im Genesungsprozess und im Umgang mit Erkrankungen zunehmend Eigenverantwortung und Einfluss erhalten. Das Ziel sei es hierbei, Verhaltensweisen zu lernen, die einen Rückfall verhindern und einer Verschlechterung vorbeugen. Im Konzept des Kohärenzgefühls, das Antonovsky im Rahmen der Salutogenese beschreibt, finden sich auch Aspekte der Selbstwirksamkeit Banduras wieder. Insbesondere der zweite Aspekt der „Bewältigungsebene“ ist nahe am Konstrukt Banduras, wenn es die Überzeugung, das eigene Leben konstruktiv gestalten zu können und die Mittel dazu zu haben, beschreibt (vgl. Antonovsky 1997).

## 1.6 Selbstwirksamkeitserwartung bei psychiatrischen Erkrankungen

Seligman beschreibt in seinen Arbeiten zur klassischen und operanten Konditionierung den Zustand der „erlernten Hilflosigkeit“. Diesen leitet er zunächst aus dem Tiermodell ab. In diesem wurden Hunde zunächst unkontrollierbaren aversiven Stimuli (Stromstößen) ausgesetzt. Im zweiten Schritt wurden dieselben Hunde in eine „shuttle box“ gesetzt, in der sie die Möglichkeit hatten, durch Flucht aversive Stimuli zu vermeiden. Aus der Beobachtung, dass die zunächst unkontrollierten Stimuli ausgesetzten Hunde keine Fluchtreaktion mehr zeigten, sondern hilflos die Stromschläge über sich ergehen ließen, schloss Seligman, dass „ein Organismus, der traumatische Bedingungen erfahren musste, die er nicht kontrollieren konnte, die Motivation zum Handeln verliert, wenn er später erneut mit traumatischen Bedingungen konfrontiert wird“ (Seligman *et al.* 1999: 21). Seligman generalisiert in weiteren Untersuchungen diese Ergebnisse auf den Menschen: „Menschen und Tiere sind geborene Generalisierer. [...] Das Lernen von Hilflosigkeit macht dabei keine Ausnahme: wenn ein Organismus lernt, dass er in einer Situation hilflos ist, kann ein großer Teil seines adaptiven Verhaltensrepertoires untergraben werden“ (Seligman *et al.* 1999: 30). Er beschreibt zudem die psychopathologische Nähe der beobachteten Symptome der erlernten Hilflosigkeit zu denen der Depression und argumentiert, hier sei eine gemeinsame Ätiologie möglich (vgl. Seligman *et al.* 1999: 59ff). Die erlernte Hilflosigkeit kann als Fall besonders niedrig ausgeprägter Selbstwirksamkeit angesehen werden. Es liegt also nahe, dass depressive Patienten sowohl im Vorfeld der Erkrankung als auch während einer depressiven Episode niedrige Selbstwirksamkeitserwartungen haben.

Es existieren verschiedenste wissenschaftliche Untersuchungen bezüglich der SWE und psychischen Erkrankungen. Die Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Selbstwirksamkeit und Depressionen ist Gegenstand verschiedenster Studien (vgl. Fristedt *et al.* 2004; Sacco *et al.* 2005). Auch der Zusammenhang zwischen niedriger Selbstwirksamkeit und dem Auftreten der sozialen Phobie ist wissenschaftlich untersucht (vgl. Iancu *et al.* 2015). Der Einfluss einer niedrigen SWE auf das Entwickeln von Angst und Depression in Stresssituationen konnte von Takaki *et al.* (2003) anhand einer Gruppe von Dialysepatienten fundiert werden. Weiterhin existieren Untersuchungen zu Zusammenhängen zwischen der Ausprägung der SWE und dem Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung und von Depressionen nach Traumata. Hier konnte gezeigt werden, dass Soldaten nach Kriegserfahrungen mit höherer SWE weniger PTSD-Symptome und weniger starke depressive Symptome entwickelten (vgl. Blackburn und Owens 2015). Auch wurden Zusammenhänge zwischen schizophrenen Psychosen und der SWE untersucht. Vaskinn *et al.* (2015) belegten

den Einfluss der Selbstwirksamkeit auf Negativsymptome und soziale Funktionalität. Auch wurden bei schizophrenen Patienten Zusammenhänge zwischen sozialen Aspekten der SWE und erfolgreichem interpersonalem Verhalten festgestellt (vgl. Morimoto *et al.* 2012).

Auch Einflüsse auf den Erfolg von Therapien psychischer Erkrankungen konnten gezeigt werden. Es konnten mehrfach Zusammenhänge zwischen dem Grad der Selbstwirksamkeit und der Rückfallwahrscheinlichkeit alkoholabhängiger Patienten nachgewiesen werden. Hier waren Alkoholabhängige mit niedriger Selbstwirksamkeit stärker rückfallgefährdet (vgl. Zingg *et al.* 2009). Auch der Zeitpunkt des Alkoholrückfalls nach erfolgter Therapie war bei Patienten mit niedriger SWE früher als bei Patienten mit hoher SWE (vgl. Tate *et al.* 2008). Kadden *et al.* stellen anhand eines Reviews verschiedenste Untersuchungen zusammen, die die Selbstwirksamkeit als wichtigen Prädiktor des Behandlungsergebnisses und als Mediator von Behandlungseffekten belegen. Gleichzeitig weisen sie hier auch auf die noch vergleichsweise geringe Zahl an Studien hin, die die gezielte therapeutische Beeinflussung der Selbstwirksamkeit in der Behandlung von Suchterkrankungen untersuchen (vgl. Kadden *et al.* 2011). Bezüglich des Erfolges von Therapieprogrammen konnte in einer Pilotstudie von Keshen *et al.* gezeigt werden, dass Patienten mit einer hohen SWE weniger oft ein ambulantes Programm zur Behandlung von Essstörungen abbrechen. Auch der Einfluss von steigender SWE während der Behandlung auf das Outcome war in diesem Zusammenhang ersichtlich (vgl. Keshen *et al.* 2017). Eine weitere Studie zu angeleiteter Selbsthilfe für Bulimieerkrankte beschreibt den Zusammenhang zwischen SWE und Behandlungserfolg bei dieser Erkrankung (vgl. Steele *et al.* 2011).

Für andere psychiatrische Erkrankungen wie Demenzen, bipolare Erkrankungen, neurotische Störungen, wie die Zwangserkrankung, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder Intelligenzstörungen liegen bisher keine oder nur wenige vergleichbare Untersuchungen vor.

## 1.7 Therapeutische Beeinflussung der Selbstwirksamkeitserwartung

Schwarzer beschreibt Beispiele für den Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartungen in der kognitiven Verhaltenstherapie. Insbesondere am Beispiel der Behandlung von Phobien sei der gezielte Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartungen deutlich sichtbar. Bei der Behandlung von Phobien sei bekanntlich zunächst eine Aufstellung einer Angsthierarchie nötig, um nachher schrittweise zunächst weniger angstbesetzte Situationen und im Verlauf stark angstbesetzte Situationen zu bewältigen. Schwarzer konkretisiert dies am Beispiel der Behandlung einer Schlangenphobie: Bei jedem schwierigen Verhalten sei therapeutisch zunächst die

Formulierung der entsprechenden Selbstwirksamkeitserwartung wichtig, wie z.B.: „Ich bin mir sicher, dass ich mich der [...] Schlange bis auf 12 Meter nähern kann, ohne die Nerven zu verlieren.“ Der Patient führe hierbei grundsätzlich nur Handlungen aus, von denen er im Vorhinein therapeutisch geführt die Selbstwirksamkeitserwartung entwickeln konnte. Ein weiteres Beispiel sei in der Kontrolle des Körpergewichts von Übergewichtigen zu finden. Hier sei bekanntlich der erste Schritt der Verhaltensmodifikation die Erstellung einer Verhaltenshierarchie, in der die Klienten beschreiben, was und wieviel sie an einem Tag essen wollen. Hierdurch seien dem Klienten anhand von selbst erstellten Verhaltensabsichten die Entwicklung von Selbstwirksamkeitserwartungen für einen umgrenzten Zeitraum möglich. Durch dieses kleinschrittige Vorgehen ist es in einem kurzem Intervall möglich, Nahziele zu operationalisieren und die Wirksamkeitserwartung auszubauen, indem kurzfristig Erfolgserlebnisse generiert werden (vgl. Schwarzer 2004: 21).

Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) basiert auf der Annahme, dass Kognitionen modifizierbar sind. Beck beschreibt erstmals die Zusammenhänge zwischen Kognitionen und Emotionen bei verschiedenen Erkrankungen. Er leitet hieraus ein Modell über die Verzerrungen in Denken und Empfinden bei Depressiven ab. Nach Beck ist hier das Denken über das Selbst, das Denken über die menschlichen Interaktionen und das Denken über die Zukunft verzerrt. Diese „kognitive Triade“ präge das Empfinden und lasse alle Erfahrungen wieder in diese Denkmuster münden. Die Umstrukturierung dieser dysfunktionalen Denkmuster wird in der KVT in verschiedenen Schritten vorgenommen (vgl. Beck 2004). Die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie bei Depressionen ist in verschiedenen Studien belegt (vgl. Cuijpers *et al.* 2013). Im genannten Beispiel von Schwarzer ist ersichtlich, wie die KVT auch die Kognition Selbstwirksamkeit schrittweise modifizieren und verbessern kann. Bandura beschreibt wie zuvor genannt als wichtigste Quelle der SWE die eigenen Erfolge als Handlungsergebnisse. Hieraus lässt sich ableiten, dass die situativ aufgebaute Kognition „Ich bin mir sicher, dass ich mich der [...] Schlange bis auf 12 Meter nähern kann, ohne die Nerven zu verlieren“ (Schwarzer 2004: 21) durch die Handlungserfolge in gezielten Verhaltensexpositionen gestärkt wird. In Verbindung mit der Annahme, dass situativ aufgebaute Selbstwirksamkeit wie alle Kognitionen generalisiert (vgl. Seligman *et al.* 1999), ist hier gut vorstellbar, dass durch wiederholte positive situative Selbstwirksamkeit im Verlauf einer Behandlung auch die generalisierte Selbstwirksamkeit verbessert wird. Deutlich wird am Vorgehen der kognitiven Verhaltenstherapie auch, dass zunächst immer konkrete Situationen geübt werden und das Feld des Übens hierbei zunächst den Aufbau von Handlungs-Ergebnis-Erwartungen betrifft. Die generalisierte Selbstwirksamkeit ergibt sich daraus erst im zweiten



Schritt in der Summe von vielen positiven Wirksamkeitserfahrungen in Einzelsituationen und als Folge der Generalisierung dieser Erfahrungen. Dadurch wird auch verständlich, dass die therapeutische Beeinflussung der generalisierten Selbstwirksamkeit nur über einen längeren Therapiezeitraum möglich sein wird.

Zur gezielten Verbesserung der Selbstwirksamkeit mittels therapeutischer Interventionen gibt es einige wissenschaftliche Untersuchungen. Die Anzahl ist jedoch deutlich geringer als die Untersuchungen zu Zusammenhängen zwischen Erkrankungen und Selbstwirksamkeit oder zur Assoziation von Selbstwirksamkeit und Therapieerfolgen. Beispielsweise untersuchten Müller *et al.* den Einfluss einer „integrierten Gruppentherapie für Fibromyalgie-Patienten“ auf das Selbstwirksamkeitserleben. Hier wurde gezielt der Einsatz eigener Bewältigungsmöglichkeiten gefördert. Es konnte ein positiver Einfluss dieser Intervention auf die SWE gezeigt werden. Weiterhin war die Verbesserung der SWE ein Indikator für eine längerfristige signifikante Symptomreduktion von Depressivität (vgl. Müller *et al.* 2004).

## 1.8 Chronifizierung

Schwarzer zeigte, dass die Selbstwirksamkeitserwartung ein wichtiger positiver Prädiktor für das Auftreten von aktivem Coping-Verhalten, selbst eingeschätzter Gesundheit, Optimismus und Selbstachtung und ein negativer Prädiktor von Depressionen und Gefühlen wie Ärger, Angst, Hilflosigkeit, Einsamkeit und Schüchternheit ist. Hierzu wurde zunächst die Selbstwirksamkeit erhoben und in einem 2 Jahres-Follow-up die beschriebenen Größen untersucht (Schwarzer 1994: 173). Hieraus folgt, dass auch die selbstbestimmte Lebensgestaltung und der Zugriff auf emotionale Ressourcen nicht nur momentan, sondern auch auf absehbare Zeiträume durch die SWE bestimmt wird.

Vorstellbar ist dann auch, dass eine niedrige SWE die Bereitschaft, eigene vorhandene Bewältigungsressourcen im Umgang mit Erkrankungen einzusetzen, einschränkt. Insbesondere der Zugriff auf hilfreiche emotionale Ressourcen und Coping-Strategien beeinflusst bekanntlich auch die Chronifizierung von Erkrankungen. Eine mögliche Folge ist ein Teufelskreis aus als einschränkend empfundener Krankheitssymptomatik und verminderter Teilhabe. Aus der erlebten Hilflosigkeit können sich Passivität in verschiedenen Lebensbereichen wie das Abbrechen sozialer Kontakte und fehlende Motivation bei der Arbeits- oder Wohnungssuche entwickeln. Dieses Vermeidungsverhalten könnte als krankheitsfördernder Faktor verstärkt wiederum das Krankheitsgeschehen fördern.

Auf diesem Wege kann eine geringe SWE eine wichtige Rolle bei der Chronifizierung von Erkrankungen spielen.

Für die Rolle der SWE in der sekundären Krankheitsentwicklung sprechen auch die Ergebnisse von Meredith *et al.* zur schmerzbezogenen Selbstwirksamkeit bei chronischen Schmerzpatienten, bei denen die SWE der beste Prädiktor für die Schmerzstärke und den Grad der Behinderung durch die Schmerzen war (Meredith *et al.* 2006).

## 1.9 Stigmatisierung

Als weiteren Faktor von Beeinträchtigung der SWE werden die Stigmatisierung und Selbststigmatisierung psychiatrischer Patienten diskutiert.

Die Grundlagen zur Stigmatisierung psychiatrischer Erkrankungen sind gesellschaftliche Stereotypen, Vorurteile und Diskriminierung (vgl. Rüschi *et al.* 2004). Laut Rüschi, der sich auf Analysen von Film- und Druckmedien bezieht, besteht die öffentliche Stigmatisierung vor allem in vorgefassten Meinungen über Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen. Diese würden stereotyp als geisteskrank oder -behindert angesehen und als unfähig zu rationalen Überlegungen gesehen, die das selbstgestaltete Leben ermöglichen. Die grundsätzliche Annahme von Charakterschwäche als Ursache der Erkrankung, die Inkompetenz in der Wahrnehmung der Welt und die Gefährlichkeit seien weitere öffentliche Stigmata. In der Folge würden sie diskriminiert und ausgegrenzt, indem beispielsweise Benachteiligungen bei Vermietung oder Arbeitsplatzvergabe erfolge oder Hilfen vorenthalten würden. Dieses gesellschaftliche Stigma hielte sich in den letzten Jahrzehnten durchgehend aufrecht.

Die Reaktion auf diese Stigmata bei psychisch Erkrankten ist laut Rüschi unterschiedlich: Eine Gruppe von Patienten lehne sich hiergegen auf und entwickle eine berechtigte Empörung. Aus der Abwehr entwickle sich häufig ein positives Selbstbild. Eine weitere Gruppe würde dem Stigma gegenüber indifferent bleiben und eine dritte Gruppe neige zur Selbststigmatisierung (vgl. Corrigan und Watson 2002; Rüschi *et al.* 2004).

Ein Patient, der sich selbst stigmatisiert, wird im Fall einer psychischen Erkrankung die Vorurteile teilen, nicht in der Lage zu sein, sein Leben selbst in die Hand zu nehmen. Die Aufgabe von Eigenverantwortung und der mangelnde Einsatz eigener Ressourcen ist die Folge. Sensibel wirkt an dieser Stelle auch die Grundannahme des therapeutischen Teams über die Erkrankung des Patienten und verstärkt bzw. mindert die Tendenz zur Selbststigmatisierung. „Wenn Betroffene sich als Teil der diskriminierten Minderheit sehen und die gegen sich gerichteten Vorurteile für legitim halten, kommt es zu Selbststigmatisierung und Minderung

von Selbstwert und Selbstwirksamkeit“ (Rüsch *et al.* 2004: 7). Diese Faktoren treffen ubiquitär alle Diagnosegruppen der psychiatrischen Erkrankungen. Hieraus leitet sich erneut die Notwendigkeit ab, Elemente zur Stärkung der Selbstwirksamkeit in die klinische und ambulante Behandlung von Patienten aller psychiatrische Erkrankungen aufzunehmen.

### 1.10 Selbstwirksamkeit im Recovery-Prozess

Das Konzept von Recovery bei psychischen Erkrankungen ist in den letzten Jahren zunehmend Thema psychiatrischer Forschung geworden. Schrank und Amering erläutern hierzu, dass die Begrifflichkeit unterschiedlich benutzt würde (vgl. Schrank and Amering 2007). Hierbei würde häufig zwischen einer symptomfokussierten und einer personenzentrierten Sicht von Recovery bei psychischen Erkrankungen unterschieden. In der symptomfokussierten Definition von Recovery würden standardisiert psychiatrische Symptome erhoben und im Verlauf einer Erkrankung dokumentiert. Fallen die Symptome über einen definierten Zeitraum unter einen definierten Schwellenwert, so ist der Recovery-Prozess abgeschlossen. Eine Inanspruchnahme einer Therapie ist dann nicht mehr nötig. Die Remission der Erkrankung als „*restitutio ad integrum*“ ist Ziel dieses Prozesses.

In der personenbezogenen Recovery-Orientierung erhält laut Schrank die Perspektive auf den persönlichen Umgang mit einer psychiatrischen Erkrankung und das Leben mit dieser einen besonderen Stellenwert. Ziel sei der Weg des Patienten zurück zu einem erfüllten, sinnhaften und selbstbestimmten Leben, auch wenn Symptome der Erkrankung auftreten. Ein wichtiger Teil sei dabei die Überwindung von persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Folgen der Erkrankung und die Entwicklung dahin. Diesen Ansatz könne man als personenzentrierte Definition von Recovery beschreiben. Die aktive Nutzung und Inanspruchnahme von adäquaten Therapie- und Hilfsangeboten könne hier durchaus ein wichtiger Baustein von Recovery sein (vgl. Schrank and Amering 2007). Hier wird eine inhaltliche Nähe zum Konzept der Selbstwirksamkeit deutlich. Anders formuliert ist ein wichtiger Inhalt im personenbezogenen Recovery-Prozess der selbstwirksame Umgang mit der Erkrankung.

Der Recovery-Prozess laufe in verschiedenen Phasen ab. Der Ausgangszustand sei dabei häufig durch den Verlust von Hoffnung, Identität und eigenbestimmter Lebensgestaltung geprägt. Zum Recovery-Prozess gehöre, den eigenen Wert und individuelle Schwächen zu erkennen, sich Ziele zu setzen und sie zu verfolgen, die Krankheit und ihre Therapiemöglichkeiten verstehen zu lernen, Coping Skills zu entwickeln, Sozialkontakte zu knüpfen und zu pflegen,

Risiken einzugehen und Verantwortung zu übernehmen und der Umgang mit Rückschlägen (vgl. Schrank and Amering 2007).

### 1.11 Resilienz

Der Begriff Resilienz geht zurück auf das lateinische „resilire“ (dt. zurückspringen, abprallen). Dieser Begriff meint zum einen alle Faktoren der Widerstandsfähigkeit eines Organismus gegenüber einer Erkrankung. Schrank und Amering betonen zum anderen, dass die Resilienz nicht nur ein Gegenpol zur Vulnerabilität sei. Resilienz sei nicht nur als „gegebene, starre Kraft eines Individuums“ (Schrank and Amering 2007: 47) zu verstehen, sondern auch als „konstruktive Anpassungsleistung“ (Schrank and Amering 2007: 47) in einem Prozess des „Verlustmanagements“ und der „Wiederherstellung einer normalen Funktionsfähigkeit“ (Schrank and Amering 2007: 47). In diese Anpassungsleistung gingen protektive Faktoren aus der Persönlichkeitsstruktur, der Familie und Umwelt einer Person und individuelle Stärken im Umgang mit Stress ein. Für Menschen mit einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung bedeute dies konkret, dass die Anpassung an diese Erkrankung und an Wachstum der Resilienz auch während einer Phase der Erkrankung möglich sei (Schrank and Amering 2007: 47).

Aus dieser Interpretation des Begriffs Resilienz lässt sich unmittelbar ableiten, dass es erfolgversprechend ist, ein besonderes Augenmerk in der Therapie psychischer Erkrankungen auf diese Elemente der persönlichen Widerstandsfähigkeit und Ressourcen zu richten. Auch erscheint es hilfreich für professionelle Helfer, diese Perspektive in allen Erkrankungsphasen unabhängig von der Schwere der Symptomatik aufrecht zu halten, um dem Betroffenen möglich zu machen, jederzeit im Behandlungsverlauf Resilienz zu entwickeln. Schrank und Amering weisen darauf hin, dass eine Stärkung und Zunahme von Resilienz im individuellen Recovery-Prozess jederzeit wichtig sei. Resilienz bedeute „für Menschen, die eine psychische Krankheit durchmachen, einerseits Widerstandskraft, Elastizität, das Wiedergewinnen der ursprünglichen seelischen Ressourcen nach einer Belastung, andererseits aber auch die Fähigkeit, aus widrigen Lebensumständen gestärkt und mit größeren Ressourcen ausgestattet als zuvor herauszukommen“ (Schrank and Amering 2007: 47).

Hierbei liegt nahe, dass ein gelungener personenbezogener Recovery-Prozess die Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung voraussetzt. Vorhandene Ressourcen wie Kontakte zu Angehörigen, Hobbies oder Coping-Strategien werden von Patienten nur gewinnbringend eingesetzt werden, wenn die SWE hierzu besteht, d.h. die Überzeugung persönliche Ziele erreichen zu können, und die nötigen situationsspezifischen Kompetenzen dafür zur Verfügung

zu haben. Die Begriffe Recovery und Resilienz liegen inhaltlich nahe beieinander. Unter Resilienz können alle Faktoren zusammengefasst werden, die im Verlauf von Recovery bei psychischen Erkrankungen für einen gelungenen Prozess hilfreich und nötig sind.

### 1.12 Recovery in der klinischen Praxis

Die Recovery-Orientierung in der klinischen Praxis wird in der aktuellen Literatur viel diskutiert. An die zuvor beschriebene Personenorientierung bei Recovery knüpft in der klinischen Umsetzung inhaltlich die Ressourcenorientierung an, die nur erfolgen kann, wenn der Patient in seinen individuellen Ressourcen dem Behandlungsteam gut bekannt ist. Schrank *et al.* beschreiben die folgenden Aspekte als Meilensteine der Recovery-Orientierung: Das Prinzip der *Betroffenen-Einbeziehung* beinhaltet die Integrierung des Patienten in den Prozess der Behandlung vom ersten Vorgespräch bis zur Therapieevaluierung. Der Patient solle dabei nicht in einer beobachtenden Rolle, sondern aktiv mitgestaltend sein.

Das Prinzip *Selbstbestimmung und Wahlfreiheit* solle dem Patienten Raum gewähren, in allen Punkten seines Recovery-Prozesses eigene Entscheidungen zu treffen. Insbesondere die Wahl oder die Beendigung eines therapeutischen Angebots oder das Ziel einer Betreuung werden dabei genannt. Das gesamte therapeutische Team einer psychiatrischen Klinik solle in seiner Perspektive auf das *Wachstumspotential* eines jeden Patienten ausgerichtet sein – ganz gleich in welchem Grad dieser von Behinderung oder Krisen beeinträchtigt ist (vgl. Schrank und Amering 2007: 47).

Ein weiterer Versuch, die Recovery-Orientierung in der Klinik zu konkretisieren, ist eine Aufstellung „Recovery-orientierter Verhaltensweisen für Profis“, die das „National Institute for Mental Health in England“ 2004 herausgab. Die dort zusammengestellten Verhaltensweisen umfassen unter anderem die patientengerechte Information über dessen Erkrankung und mögliche Therapieoptionen zur Gewährleistung einer selbstbestimmten Inanspruchnahme der Versorgungsangebote, die gemeinsame Entscheidungsfindung des Patienten mit dem therapeutischen Team, den Aufbau eines adäquaten Rahmen für Peer-Interaktion und Partizipation an den Erfahrungen der Krankheitsbewältigung anderer Erkrankter, die Einbindung von Familien und die Vermittlung von Hoffnung und Erfolgserwartung in Bezug auf die persönlichen Ziele des Patienten. Laut Schrank und Amering solle hierbei ein besonderer Fokus auf der Unterstützung der vorhandenen und potentiellen sozialen, kulturellen und spirituellen Aktivitäten des Patienten liegen (vgl. National Institute für Mental Health in England (NIMHE) 2004; Schrank and Amering 2007: 48). Verschiedentlich wurden Modelle

zur Etablierung von Recovery-Orientierung im klinischen Setting entwickelt. Der Schwerpunkt liegt hier im englischsprachigen Raum. Cook *et al.* führten im Raum Ohio eine Untersuchung einer Recovery-orientierten ambulanten Intervention von geschulten Patienten für Patienten durch. Anhand einer an den oben genannten Elementen orientierten Intervention (Wellness Recovery Action Planning) wurde bei allen Teilnehmern regelmäßig Recovery trainiert und unterstützt. Die randomisierte, kontrollierte Studie zeigte eine signifikante Besserung von Krankheitssymptomen und eine Verbesserung von Hoffnung und Lebensqualität (vgl. Cook *et al.* 2011). Auch zur Effektivität von Recovery-Orientierung im stationären psychiatrischen Setting existieren Untersuchungen, die einen Zusammenhang zwischen der Etablierung von klinischen Strukturen und der Zunahme von Elementen von Recovery belegen. Chang *et al.* zeigten die Zunahme von Recovery nach Etablierung eines entsprechenden Programmes in der stationären psychiatrischen Versorgung in Massachusetts (vgl. Chang *et al.* 2018). Zuehlke *et al.* konnten den positiven Effekt auf Zwangsmaßnahmen bei Einführung eines stationär psychiatrischen Recovery-Modells in einer Klinik der „Veteran Health Administration“ belegen. Das Modell beinhaltete interdisziplinäre Teambesprechungen, Gruppentrainings, gezielte Schulungen des Personals, Selbsthilfeelemente und eine individuelle und selbstbestimmte Therapieplanung. Es konnte ein signifikanter Effekt auf die Reduktion von Zwangsmaßnahmen und eine Zunahme der Zufriedenheit mit der Behandlung im Behandlungsteam gezeigt werden (vgl. Zuehlke *et al.* 2016). Die Reduktion von Zwangsmaßnahmen konnte auch im Rahmen einer seit 2012 schrittweise etablierten „offenen Türpolitik“ in der Psychiatrischen Universitätsklinik in Basel erreicht werden. Hier wurden zeitgleich zur Öffnung der Stationstüren auf zuvor geschlossenen psychiatrischen Stationen Elemente der Patientenorientierung, der Bezugspflege und von flexiblen Behandlungsvereinbarungen in einem stationären Setting eingeführt (vgl. Lang *et al.* 2016).

### 1.13 Das „Weddinger Modell“

Das „Weddinger Modell“ ist ein sozialpsychiatrischer Versorgungsansatz, der Elemente aus der Recovery-Orientierung, der Stärkung von Resilienz, der Salutogenese und der Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung verbindet. Es wurde als solches in der Psychiatrischen Universitätsklinik im St. Hedwig Klinikum Berlin (PUK SHK) ab Oktober 2011 implementiert. Eine Arbeitsgruppe aus Pflegekräften, ErgotherapeutInnen und ärztlichen MitarbeiterInnen erarbeitete dazu ein Manual, das für die Implementierung ausschlaggebend war und begleitet den Prozess der Implementierung seitdem. Die theoretischen Grundlagen und die Phasen der

Implementierung des „Weddinger Modell“ sind von Mahler *et al.* ausführlich im Buch „Das Weddinger Modell – Resilienz und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext“ (vgl. Mahler *et al.* 2014) beschrieben. In Anlehnung hieran werden im Folgenden die wichtigsten Elemente zusammengefasst.

### 1.13.1 Konkrete Maßnahmen in der Stationsstruktur und im klinischen Arbeiten

#### 1.13.2 Multiprofessionelle Behandlungsteams (MBTs)

Jedem Patienten wird ein festes Behandlungsteam zugeordnet, das ihn über die Zeit seines Klinikaufenthaltes begleitet. Dieses besteht aus Pflegekräften, den behandelnden PsychologInnen und einem ärztlichen Mitarbeiter/ einer ärztlichen Mitarbeiterin. ErgotherapeutInnen, SozialpädagogInnen und weitere MitarbeiterInnen werden bei Bedarf hinzugezogen. In den Pflegedienstplänen wird sichergestellt, dass in jeder Schicht eine Person aus dem Behandlungsteam des Patienten anwesend ist. Der Patient soll in diesem Forum als „Profi unter Profis“ die eigene Therapie mit planen und evaluieren und Beziehungskontinuität erfahren und so die Erfahrung machen, dass eigene Impulse in die Therapie einfließen und er selbst Einfluss auf die Art der Therapie und die eigene Genesung hat.

#### 1.13.3 Visiten

Die Visiten sind auf die Kommunikation des aktuellen Standes der Behandlung zwischen dem Patienten und dem Behandlungsteam fokussiert. Die ärztliche Visite mit einer hauptsächlich symptomorientierten Perspektive auf den Patienten soll durch ein Forum ersetzt werden, in dem der Patient mit seinen Ressourcen und aktuellen Bedürfnissen im Mittelpunkt steht und die Erfahrung der Selbstwirksamkeit machen kann. Auch soll neben der Erfassung von Symptomen ein neuer Fokus auf den personenbezogenen Recovery-Prozess gerichtet werden, indem der Patient Kontrolle und Verantwortung übernehmen kann und auf sinnstiftende Ansätze in den Therapien und Unterstützung im sozialen Umfeld zu sprechen kommen kann. Ein Gespräch „über“ den Patienten ist in diesem Setting nicht vorgesehen. Die BehandlerInnen führen paritätisch das Gespräch mit dem Patienten und treffen gemeinsam Vereinbarungen mit ihm. Der Ober-/Chefarzt steht dem MBT in den Visiten supervidierend zur Seite und wird von diesem über die aktuellen Ziele des Patienten und den Stand der Therapie informiert.

Die Visite montags wird dabei im gesamten therapeutischen Team durchgeführt. Zur Stärkung der Eigenverantwortung wird die Freitagsvsiste als ärztliche Sprechstunde abgehalten, in der der Patient sich nach Möglichkeit selbst anmeldet und das Gespräch vorbereitend strukturiert. Als zusätzliches festes Angebot steht 14-tägig eine Angehörigenvisite, in der systemisch die aktuelle Problematik mit dem MBT und dem Oberarzt erörtert und diskutiert werden kann.

#### 1.13.4 Therapieplanung

Die Einbeziehung des Patienten in die Planung, den Verlauf und die Evaluation der Therapie wird durch mindestens ein aufnahmenahes und ein entlassungsnahes Gespräch mit dem Behandlungsteam gewährleistet. Im aufnahmenahen Therapieplanungsgespräch stehen dabei die genaue Exploration der Ressourcen des Patienten und seiner Lebenssituation außerhalb des Krankenhauses im Fokus. Er kann entscheiden, welche Elemente in der Therapie besondere Bedeutung haben sollen und einbringen, welche Therapie ggf. schon einmal geholfen hat. Der Patient formuliert Ziele für den stationären Aufenthalt. Diese sollen an den eigenen Ressourcen orientiert und möglichst konkret sein. Diese Ziele werden vom Behandlungsteam dokumentiert und sind für den Verlauf der Behandlung verbindlich.

#### 1.13.5 Therapiebesprechung

Einmal wöchentlich findet eine Therapiebesprechung ohne den Patienten statt. Das Behandlungsteam diskutiert den aktuellen Stand und den Verlauf der Behandlung nach den Gesichtspunkten der Zielerreichung und des Ressourcenausbaus des Patienten. Hier werden die dokumentierten Ziele des Patienten dem gesamten Team vorgestellt und gemeinsam der Grad der Zielerreichung diskutiert. Mögliche Optionen der Therapigestaltung und -optimierung werden erarbeitet und dem Patienten in der nächsten Visite vorgeschlagen. In der Verlaufsdokumentation wird ein multiprofessionell angelegtes Dokument genutzt, das später Teil des Arztbriefes wird.

#### 1.13.6 Therapieevaluation

Das entlassungsnahes Gespräch findet spätestens eine Woche vor Ende der stationären Therapie des Patienten statt. Der Patient evaluiert mit dem Team die Erreichung der Ziele aus dem



Planungsgespräch. Der Therapieverlauf soll dabei reflektiert werden und die persönlichen Ressourcen, die zur Erreichung der Ziele geführt haben, sollen für die Zeit im Anschluss an die Behandlung benannt und nutzbar gemacht werden. Fokussiert wird hierbei auf die Aspekte der Therapie, in denen der Patient eigene Anstrengungen unternommen hat, um Ziele zu erreichen.

Die zuvor genannten Interventionen sind auf die Stärkung von Resilienz und SWE im Recovery-Prozess während eines stationären Aufenthaltes ausgelegt. Die Hauptfragestellung dieser Arbeit ist es, ob dieser Einfluss messbar ist und näher beschrieben werden kann.

### 1.14 Standardisierte Untersuchung von Resilienz und Recovery

Die persönliche Ausprägung von Resilienz im Recovery-Prozess wird in Studien häufig beispielsweise anhand der etablierten RAS-Skala (Recovery Assessment Scale) gemessen, die Elemente von persönlicher Hoffnung, Nutzung von Hilfsangeboten, Bezüge zu sozialer Unterstützung und Unabhängigkeit von Krankheitssymptomen beinhalten. Untersuchungen zur Validität zeigen die Übereinstimmung der Faktoren des RAS mit den in der Literatur beschriebenen Elementen von Recovery (vgl. McNaught *et al.* 2007). Ein weiterer im englischsprachigen Raum etablierter Fragebogen ist die RSA-Skala (Recovery Self Assessment). Diese kann trialogisch sowohl vom Patienten, als auch von den BehandlerInnen und Angehörigen ausgefüllt werden. Es existieren weitere, entweder als Selbstrating oder Fremdrating ausgelegte, Instrumente wie der Fragebogen RPI (Recovery Process Inventory) und das IMR (Illness Management and Recovery Scales – Clinician rating) (vgl. Burgess *et al.* 2010). Es liegen deutschsprachige Instrumente wie die deutschsprachige Version der Resilienzskala (RS) von Wagnild und Young (1993) vor. Sie wurden teststatistisch validiert (vgl. Schumacher *et al.* 2005). Die Betrachtung der Resilienz erfolgt hier jedoch meist als stabiles Persönlichkeitsmerkmal und legt kein gesondertes Augenmerk auf seine Veränderungen im Erkrankungsverlauf (vgl. Mahler *et al.* 2014: 235).

Ein Ziel dieser Arbeit ist es, den von Mahler *et al.* in der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus (PUK SHK) für die Anwendung im Versorgungsbereich dieser Klinik entwickelten Resilienzfragebogen auf seine allgemeine Brauchbarkeit zur Untersuchung der Resilienz und seine Faktorenstruktur zu untersuchen.

## 2 Fragestellung

Die oben beschriebenen Elemente der Behandlung nach dem „Weddinger Modell“ zielen auf den gezielten Aufbau der Selbstwirksamkeit im Bereich des Umgangs mit der psychischen Erkrankung ab, indem sie im stationären Setting den PatientInnen die Erfahrung vermitteln, dass eigenes Handeln und Entscheiden Therapieziele und -inhalte und die Arbeit des gesamten Behandlungsteams beeinflusst. Weiterhin werden im „Weddinger Modell“ gezielt eigene Ressourcen einbezogen, trotz Erkrankung ein sinnerfülltes und selbstbestimmtes Leben zu führen, was die Resilienz stärken soll.

In dieser Studie soll anhand von Testinstrumenten zur Selbstwirksamkeit und Resilienz der Effekt des „Weddinger Modells“ auf PatientInnen untersucht werden, die stationär psychiatrisch wegen einer affektiven Erkrankung, Suchterkrankung, Psychoseerkrankung oder einer Erkrankung aus dem Bereich der neurotischen, belastungs- und somatoformen Störungen behandelt werden. Die Alternativhypothesen der Studie besagen, dass im Vergleich zur Kohorte vor Einführung des „Weddinger Modells“ und im Vergleich zur Kontrollgruppe aus zwei psychiatrischen Krankenhäusern desselben Trägers, in der keine Intervention stattfand, ein signifikanter Effekt besteht.

Der eigens von der Arbeitsgruppe „Weddinger Modell“ entwickelte Resilienzfragebogen wurde in der Intention entworfen, gezielt Ressourcen im Umgang mit psychischen Erkrankungen zu erfassen. Es soll untersucht werden, ob er zur Untersuchung der Resilienz geeignet ist und Testgütekriterien wie die Konstruktvalidität erfüllt. Weiterhin sollen soziodemografische Einflussfaktoren der Selbstwirksamkeit explorativ untersucht werden, um in Zukunft für spezifisch bedürftige Patientengruppen optimale Therapieangebote hinsichtlich der Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartung machen zu können.

### **Hypothesen:**

H1<sub>0</sub>: Nullhypothese: Die Einführung des „Weddinger Modells“ hat im Vergleich zur Kontrollgruppe keinen Einfluss auf das Selbstwirksamkeitserleben von Patienten mit affektiven Erkrankungen, Suchterkrankungen, Psychoseerkrankungen oder einer Erkrankung aus dem Bereich der neurotischen, belastungs- und somatoformen Störungen .

H1<sub>1</sub>: Alternativhypothese: Das Selbstwirksamkeitserleben steigt durch die Einführung des „Weddinger Modells“ bei den behandelten Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant an.

H2<sub>0</sub>: Die Einführung des „Weddinger Modells“ beeinflusst im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht die Resilienz bei den behandelten Patienten.

H2<sub>1</sub>: Die Resilienz der behandelten Patienten steigt durch die Einführung des „Weddinger Modells“ im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant an.

### **Explorative Fragestellungen:**

E1: Es soll explorativ untersucht werden, ob der „Weddinger Resilienzfragebogen“ ein für die Untersuchung der Resilienz geeignetes Instrument ist und ob die Konstruktvalidität des Fragebogens gestützt werden kann. Es soll zudem untersucht werden, ob anhand einer explorativen Faktorenanalyse sinnvolle Faktoren des Fragebogens gefunden werden können.

E2: Weiterhin soll explorativ untersucht werden, ob die Selbstwirksamkeitserwartung aller Patienten von weiteren soziobiografischen, demografischen und krankheitsbezogenen Einflussfaktoren wie dem Geschlecht, dem Bildungsstand, dem sozialen Funktionsniveau u.a. beeinflusst wird.

## 3 Methoden

### 3.1 Ethik

Die Studie wurde von der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Charité Universitätsmedizin Berlin beraten und genehmigt. Alle Abläufe erfolgten in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki. Alle Teilnehmer gaben ihr schriftliches Einverständnis, nachdem sie vor einer Bedenkzeit umfassend und verständlich über den Ablauf der Testung informiert worden waren.

### 3.2 Studiendesign

Es wurde ein zweiarmiges, naturalistisches Studiendesign mit Kontrollgruppe (quasi-experimentelles Design) mit Erhebungszeitpunkten vor und nach Einführung des „Weddinger Modells“ gewählt. Die Erhebungen fanden an zwei unabhängigen Kohorten in der PUK SHK statt und wurden zu beiden Untersuchungszeitpunkten von Kontrolluntersuchungen in

Vergleichskrankenhäusern begleitet. Das Ziel hierbei war, die Wirksamkeit der Methode „Weddinger Modell“ unter realistischen Bedingungen zu prüfen.

### 3.3 Implementierung des „Weddinger Modells“

Die Implementierung des „Weddinger Modells“ in der PUK SHK erfolgte im Dezember 2010 mittels eines für alle MitarbeiterInnen aus dem klinischen Bereich verbindlichen Seminars, welches zunächst theoretische Grundlagen im Bereich Patientenzentrierung, Recovery-Orientierung und Multiprofessionalität vermittelte und dann in Kleingruppen die praktischen Instrumentarien der Therapiegestaltung für alle MitarbeiterInnen vermittelte. Im praktischen Teil lag der Fokus auf der Erarbeitung der Therapieplanungsgespräche und Visitsituationen in Kleingruppen. Die organisatorische und inhaltliche Verantwortung des Seminars lag bei den ProjektleiterInnen aus dem oberärztlichen Dienst und der Pflegedienstleitung. Diese waren zeitgleich auch StudienleiterInnen. Die Beteiligung am Seminar aus den Bereichen der ärztlichen, psychologischen, pflegenden, komplementärtherapeutischen und seelsorgerischen Mitarbeitergruppen des Klinikums lag bei 89,7%. Im Anschluss an die Implementierungsseminare erfolgte eine regelmäßige Evaluation der Implementierung durch das Projektteam und eine regelmäßige Schulung aller neuen MitarbeiterInnen.

### 3.4 Stichproben

Die Stichproben ergeben sich aus zwei Erhebungen an voneinander unabhängigen Patientenkohorten vor und nach der Implementierung des „Weddinger Modells“ in der PUK SHK, Versorgungsbereich Wedding. Zeitnah zu den Erhebungen wurden jeweils Vergleichsgruppen in zwei weiteren Berliner psychiatrischen Kliniken untersucht. Die psychiatrischen Kliniken der Vergleichshäuser gehören wie die PUK SHK dem Träger „Alexianer“ an und liegen mit dem St. Joseph Krankenhaus in Berlin-Weißensee und dem Krankenhaus Hedwigshöhe in Berlin Treptow-Köpenick.

Die erste Erhebung vor Implementierung des „Weddinger Modells“ erfolgte im Zeitraum 9/2010 bis 11/2010 in der PUK SHK. Eingeschlossen wurden nach Möglichkeit alle zu diesem Zeitpunkt in den psychiatrischen Allgeminstationen des Versorgungsbereiches Wedding behandelten Patienten. In den Vergleichshäusern erfolgte die erste Erhebung von 11/2010 bis

1/2011. Hier wurden jeweils Patienten einer teilnehmenden psychiatrischen Allgemeinstation untersucht.

Die Erhebungen der Patientenkohorte post interventionem in der PUK SHK erfolgten in den Monaten 9/2011 bis 12/2011. In den Vergleichshäusern St. Joseph Krankenhaus in Berlin-Weißensee und dem Krankenhaus Hedwigshöhe in Berlin Treptow-Köpenick folgte die zweite Erhebung in den Monaten 10/2011 bis 12/2011. Eingeschlossen wurden erneut nach Möglichkeit alle zu diesem Zeitpunkt behandelten Patienten der allgemeinpsychiatrischen Stationen mit Schwerpunkt auf den Diagnosen aus dem Bereich der affektiven Erkrankungen, Suchterkrankungen, Psychoseerkrankungen oder einer Erkrankung aus dem Bereich der neurotischen, belastungs- und somatoformen Störungen. Patienten aus dem Bereich der Gerontopsychiatrie wurden nicht eingeschlossen.

### Ablauf der Untersuchungen

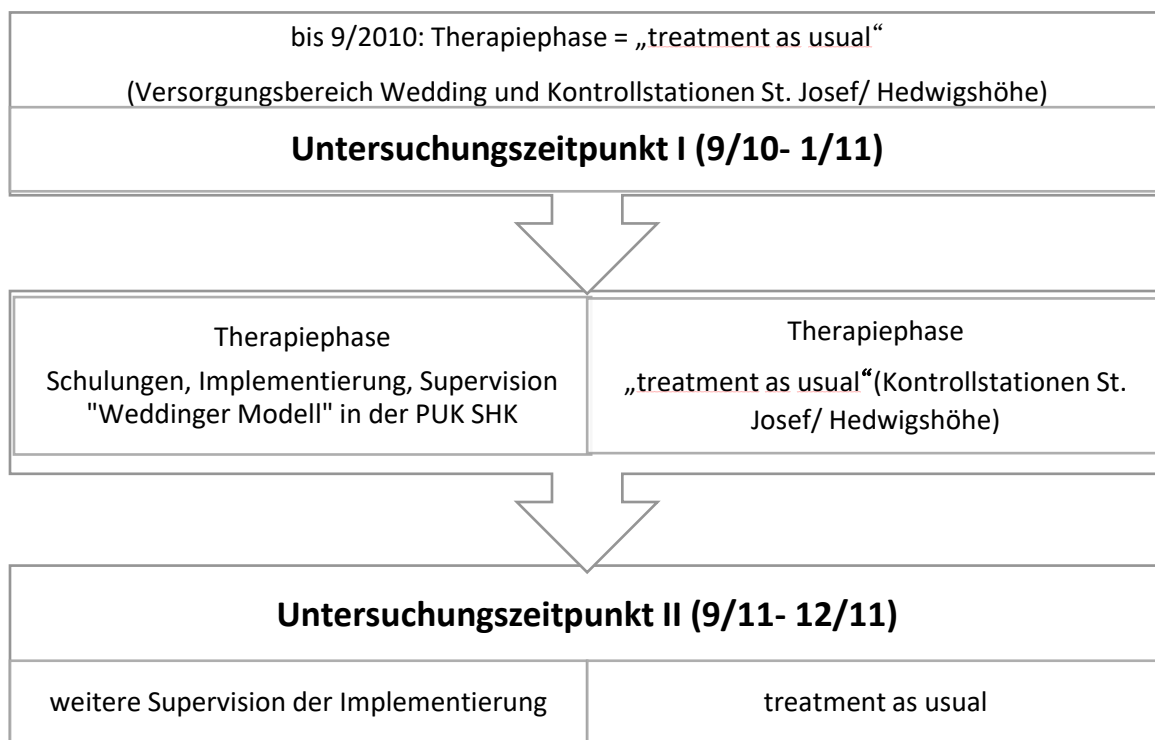


Abbildung 1

### 3.5 Procedere der Erhebung

Untersuchende waren in der ersten Erhebung 5 promovierende StudentInnen der Humanmedizin. Die zweite Erhebung nach Einführung des „Weddinger Modells“ wurde von 4 Untersuchenden durchgeführt. Die Differenz in der Anzahl der Untersuchenden entsteht durch die zwischenzeitliche Beendigung des Promotionsvorhabens einer Person und Arbeitsaufnahme einer neuen Doktorandin. Eine weitere Untersuchende führte aus organisatorischen Gründen lediglich die Erhebung zum Zeitpunkt 1 durch. Die Untersuchenden wurden vorab von den Studienleiterinnen aus der PUK SHK über Inhalte des „Weddinger Modells“ und die Versorgungsstrukturen der allgemeinspsychiatrischen- und Suchtstationen an der PUK SHK informiert. Auch erfolgten vor Beginn der Erhebung systematische Einführungen in die Struktur der Stationen der Vergleichshäuser sowie eine Informationsveranstaltung über Inhalte der Befragungen für die MitarbeiterInnen der Vergleichshäuser.

### 3.6 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Studienpopulation setzt sich aus PatientInnen zusammen, die minimal 24 Stunden in Behandlung auf einer der eingeschlossenen psychiatrischen Allgemeinstationen oder der Sucht-Fachstation in der PUK SHK waren. In den Vergleichshäusern wurden ebenfalls die psychiatrischen Allgemeinstationen untersucht. Patienten mit Suchterkrankungen wurden hier ebenfalls eingeschlossen. Auf den spezifischen Sucht-Fachstationen der Vergleichshäuser wurde jedoch nicht rekrutiert. Im Erhebungszeitraum wurden alle volljährigen Patienten zur Studie aufgeklärt und bei Einverständnis eingeschlossen.

Bei manifester Eigen- oder Fremdgefährdung, schwersten hirnorganischen Erkrankungen oder Unfähigkeit, die Bedeutung der Studie und den Inhalt der Fragebögen zu verstehen, wurden die Patienten nicht eingeschlossen.

### 3.7 Ablauf der Untersuchungen

Alle PatientInnen, die die Einschlusskriterien erfüllten, wurden von den Untersuchenden im Verlauf ihres Aufenthaltes möglichst zeitnah zum Entlassungszeitpunkt in die Studie eingeschlossen. Bei Nichteinverständnis oder dem Vorliegen von Ausschlusskriterien wurde der Grund der Nichtteilnahme dokumentiert.

Die Erhebungen erfolgten anhand eines Studieninventars, das jeder Patient im Beisein des Untersuchenden ausfüllte. Rückfragen waren jederzeit möglich. Am Beginn der Untersuchung stand eine ausführliche Erhebung von Daten zur Erkrankung, zu Diagnosen und Vordiagnosen, medikamentösen und sonstigen Vorbehandlungen inklusive aller bekannten medikamentösen und psychiatrischen Behandlungen, Nutzung von therapeutischen und komplementären Angeboten sowie Basisdaten zur Person. Die Angaben zum Krankheitsverlauf und die aktuelle Medikation wurde anhand der Akten durch die DoktorandInnen überprüft.

Im Anschluss kamen spezifische Fragebögen zum Einsatz, die Aspekte der Selbstwirksamkeitserwartung und Resilienz abdeckten. Die Instrumente, die in dieser Arbeit zum Einsatz kamen, waren der „Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)“ (Krampen 1991) und der Resilienzfragebogen (vgl. Mahler *et al.* 2014: 235ff). Weitere Aspekte zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen, zur Behandlungszufriedenheit, zur therapeutischen Beziehung zwischen Patienten und Behandlungsteam und zur Zielerreichung im therapeutischen Prozess wurden mit etablierten Erhebungsinstrumenten erhoben, sind aber nicht Inhalt dieser Arbeit. Die einzelnen Fragebögen wurden von den Doktoranden erläutert und von den Patienten nach Möglichkeit eigenständig ausgefüllt, um eine Verzerrung der Ergebnisse durch den Untersucher zu minimieren. Einzelne Fragen wurden bei Schwierigkeiten im Verständnis erläutert. Die ProbandInnen bekamen die Möglichkeit, die Untersuchung zu pausieren.

## 3.8 Untersuchungsinstrumente

### 3.8.1 Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen

Zur Untersuchung der Selbstwirksamkeitserwartung erhielten alle ProbandInnen den Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (Krampen 1991). Der Fragebogen ist seit seiner Veröffentlichung eines der Standardinstrumente in Studien zur Selbstwirksamkeitserwartung.

Im Manual zum Fragebogen erfolgt eine theoretische Herleitung seiner Skalen insbesondere aus der sozialen Lerntheorie der Persönlichkeit und dem vom Autor Krampen selbst spezifizierten handlungstheoretischen Partialmodell der Persönlichkeit. Wie zu Beginn erörtert, bezieht sich die soziale Lerntheorie der Persönlichkeit auf das dynamische Zusammenspiel zwischen subjektiven-emotionalen und mentalen Faktoren und situativen Faktoren, die Verhalten beeinflussen. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der individuellen kognitiven

und emotionalen Lernerfahrung in der Entwicklung von stabileren Persönlichkeitsmerkmalen, die Verhalten in sozialen Situationen steuern. Auch wird die Bedeutung von subjektiven Verstärkerwerten (Valenzen) und subjektiven Erwartungen darüber, ob soziale Ziele mit eigenen Fähigkeiten erreicht werden können, ins Zentrum der Analyse von Verhalten gerückt. Der Autor Krampen entwickelt anhand dieses Modells das handlungstheoretische Partialmodell der Persönlichkeit. Er betont hierbei die Aussagekraft in der Verhaltensvorhersage von individuellen Valenzen und generalisierten subjektiven Erwartungen vor allem in subjektiv neuartigen, mehrdeutigen, kognitiv kaum oder nur schlecht strukturierten Lebenssituationen. Das Verhalten eines Individuums kann laut diesem Modell nur unzureichend aus situativen Faktoren erklärt werden. Krampen erweiterte die Theorie um den Aspekt, dass auf allen kognitiven Ebenen der Kontingenzerwartung in verschiedensten Lebenssituationen im Laufe der Persönlichkeitsentwicklung Generalisierungen stattfinden, die zu unterscheidbaren, situativ und zeitlich relativ stabilen Persönlichkeitsvariablen führen. Die Skalen des FKK beziehen sich direkt auf dieses Modell.

Es werden insbesondere generalisierte Kontingenzerwartungen für Lebenssituationen abgefragt, die subjektiv neuartig oder mehrdeutig sind und für die keine kognitiven oder Verhaltensmodelle zur Lösung vorliegen. Die Situation einer Erkrankung oder einer stationären Behandlung einer psychischen Erkrankung scheint hier naheliegend in das Modell zu passen. Im Manual des FKK werden die Skalen wie folgt beschrieben.

Die Skala „Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“ beschreibt das Ausmaß, in dem eine Person sich in unterschiedlichsten unbekanntem Situationen zu alternativen Handlungen fähig fühlt. Hier wird noch keine Aussage über die Kontingenzerwartungen getroffen. Diese werden in der Skala „Internalität“ abgebildet. Hohe Werte in dieser Skala weisen darauf hin, dass die Person subjektiv in neuartigen Situationen Handlungsmöglichkeiten besitzt, die sie befähigen, die Situation aktiv zu gestalten und dadurch ein für sie positives Ergebnis zu erreichen. Hier werden die Konsequenzen der eigenen Handlung mit in das kognitive Konstrukt eingeschlossen. Inhaltlich stehen diesen Skalen zwei Skalen der „Externalität“ gegenüber. Die „Sozial bedingte Externalität“ meint die generalisierte Überzeugung, dass wichtige Lebensereignisse nicht von eigenen Handlungsvalenzen, sondern vom Einfluss einflussreicher anderer Personen abhängen. Die „Fatalistische Externalität“ beschreibt die generalisierte Erwartung, dass wichtige Lebensereignisse von unkontrollierbaren externen Einflüssen wie dem Schicksal, Glück oder Pech oder zufälligen Ereignissen abhängen.

In den durch Zusammenfassung der Items entstehenden Sekundärskalen entstehen globalere inhaltliche Abbildungen der Selbstwirksamkeit und der generalisierten Externalität. Es werden



einerseits generalisierte Erwartungen einer Person darüber abgebildet, ob sie durch eigenes Verhalten Ereignisse im Leben beeinflussen kann (internale Kontrollüberzeugungen) oder nicht (externale Kontrollüberzeugungen). Weiterhin wird die Kompetenzüberzeugung erfasst. Diese umfasst die Erwartung, neben den Verhaltensressourcen geeignete Kompetenzen zur Beeinflussung von Lebensereignissen zur Verfügung zu haben.

### Skalen des FKK nach Krampen

<b><i>FKK-SK</i></b> Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (generalisiertes Selbstkonzept)	<b><i>FKK-I</i></b> Internalität (Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen)	<b><i>FKK-P</i></b> Sozial bedingte Externalität (powerful others control orientation)	<b><i>FKK-C</i></b> Fatalistische Externalität (chance control orientation)
<b><i>FKK-SKI</i></b> Selbstwirksamkeit (Generalisierte Selbstwirksamkeitsüberzeugung)		<b><i>FKK-PC</i></b> Externalität (Generalisierte Externalität in Kontrollüberzeugungen)	
<b><i>FKK-SKI-PC</i></b> Internalität versus Externalität (generalisierte Internalität versus Externalität in Kontrollüberzeugungen)			

Tabelle 1: Zeile 1 der Tabelle stellt die 4 Primärskalen dar, Zeile 2 die Sekundärskalen und Zeile 3 die Tertiärskala des FKK (Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen)

Jede Skala besteht aus 8 Items, die auf sechsstufigen, bipolar verankerten Antwortskalen beantwortet werden. Es existieren 2 Sekundärskalen. Durch diese werden die Skalen SK und I zur „generalisierten Selbstwirksamkeit“ und die Skalen P und C zur „generalisierten Externalität“ zusammengefasst.

Die Zusammenfassung aller Skalen zu einer Tertiärskala ergibt eine globale, binäre Dimension, in der insgesamt Internalität vs. Externalität abgebildet wird. Krampen bezeichnet diese Skala allerdings als unscharf und empfiehlt eine Verwendung nur in besonderen Fällen.

Der Anwendungsbereich ist ab dem Alter von 14 Jahren bis ins hohe Lebensalter. Die Normierung wurde 1989 anhand von Daten aus einer repräsentativen Stichprobe von (west-)deutschen Erwachsenen vorgenommen (N= 2028).

Die Durchführungsobjektivität des Fragebogens wird laut Krampen durch seine schriftlich vorgegebene, standardisierte Instruktion für die Bearbeitung gesichert. Durch eine

computerbasierte Auswertung oder Schablonenauswertung wird die Auswertungsobjektivität gesichert. Ähnliches gelte für die Interpretationsobjektivität, Krampen empfiehlt zudem die Interpretation durch mehrere Diagnostiker (vgl. Krampen 1991: 48).

Die Reliabilität belegt Krampen anhand von Reliabilitätskennwerten aus 13 Studien. Die Befunde der Skalen zur internen Konsistenz nach Cronbachs alpha, zur Testhalbierungsreliabilität nach Spearman-Brown, zur Testwiederholungsreliabilität und zur Profilreliabilität der Primär- und Sekundärskalen genügen den üblichen teststatistischen Anforderungen (vgl. Krampen 1991: 49f). Zur Belegung der Validität werden von Krampen die zuvor genannten Studien angeführt. Zur inhaltlichen Validität werden von Krampen insbesondere die Studien mit empirischer Prüfung der Kognition SWE genannt. Die Prüfung erfolgte meist durch globale Selbsteinschätzungen zu den Skalen durch die Probanden und Einschätzung durch Lebenspartner. Die Konstruktvalidität wird insbesondere durch die Interkorrelationen zwischen den Primärskalen belegt. Die faktorielle Validität wird durch die in einzelnen Studien durchgeführte Hauptkomponentenanalyse gestützt. Die a priori aufgrund der Konstruktendifferenzierung auf der Primärskalenebene vierfaktorielle Lösung wird hier durch den Scree-Test empirisch bestätigt (vgl. Krampen 1991: 54). Die konvergente und diskriminante Validität wird anhand von Korrelationen zu vorliegenden Skalen zu Kontrollüberzeugungen und Selbstkonzeptmerkmalen belegt. Auch werden mittels Korrelationen zu anderen handlungstheoretischen Persönlichkeitsmerkmalen in Persönlichkeitsinventaren die konvergente und diskriminante Validität belegt. Weiterhin wird die differentielle Validität anhand von Untersuchungen zu soziodemografischen Daten wie Schulbildung und Schichtzugehörigkeit sowie diagnostischer Gruppen, insbesondere an der Gruppe von Alkoholkranken und Depressiven belegt. Die Ergebnisse in Interventionsstudien zur Behandlung mittels Einzeltherapie bei Depressiven zur Evaluation von Interaktionseffekten belegen einen weiteren Aspekt der Validität (vgl. Krampen 1991: 55ff).

Für die Untersuchung im Rahmen der Studie erscheint der FKK sinnvoll, da er die konzeptuelle Multidimensionalität des Konstrukts der Kontrollüberzeugung abbildet. Im in dieser Studie vorliegenden naturalistischen Studiendesign ist dies von besonderer Bedeutung, um situationsbedingte von fatalistischen Faktoren der Kompetenzerwartung abgrenzen zu können.

### 3.8.2 Resilienzfragebogen

Der „Weddinger Resilienzfragebogen“ ist ein von der Arbeitsgruppe zum „Weddinger Modell“ selbst entwickeltes Testinstrument zu Untersuchung von individueller Resilienz und der damit verbundenen Ressourcen (siehe Anhang, Abbildung 14). Es wurde 2010 erstellt (vgl. Mahler *et al.* 2014). In die Formulierung gingen persönliche klinische Erfahrungen zum Recovery-Prozess ein. Auch Erfahrungen der klinischen Teams gingen ein, welche persönlichen Ressourcen der Patienten im Recovery Prozess elementar waren. Bisher erfolgte keine Untersuchung nach den klassischen Testgütekriterien. Wie aus der Abbildung 14 (siehe Anhang) ersichtlich, enthält der Fragebogen 22 Items mit einer 6-fach abgestuften Antwortskala, auf der der Grad der Zustimmung zur im Item formulierten Aussage angegeben werden konnte („Stimme absolut zu“ bis „Stimme überhaupt nicht zu“). Es bestand die zusätzliche Option, die Aussage als „unzutreffend“ zu bewerten. Die Items des Instrumentes entstanden zum Teil in Anlehnung an Items aus der etablierten „Recovery Assessment Scale“ (vgl. McNaught *et al.* 2007). Diese stammt aus einer Analyse des Recovery-Prozesses unter Einbeziehung von Betroffenen im australischen Raum. Das Expertenteam zum „Weddinger Modell“ entschied sich jedoch gegen eine Übernahme aller Items, da diese in einem australischen Setting mit deutlich unterschiedlichen Versorgungsstrukturen entstanden sind. Es wurden einige Items gesondert auf die stationären Versorgungsstrukturen der PUK SHK zugeschnitten.

## 4 Statistik

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mithilfe der Statistik-Software „SPSS 25“ der Firma IBM.

Es erfolgte zunächst eine statistische Analyse von soziodemografischen und krankheitsbezogenen Kenngrößen wie Alter, Geschlecht, Dauer der Erkrankung u.a. (vgl. Kapitel 5.1). Die Analyse der Unterschiede dieser Kenngrößen zwischen den untersuchten Krankenhäusern und Kohorten wurde, wenn keine Normalverteilung der Parameter gegeben war, mit nichtparametrischen Tests (Mann-Whitney-U-Test bei 2 Stichproben und Kruskal-Wallis-Test bei >2 Stichproben) durchgeführt. Die Prüfung auf Normalverteilung erfolgte mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test. Für die Analyse der Unterschiede in der Geschlechtsverteilung und Diagnosen wurden  $\chi^2$ -Tests durchgeführt. Diejenigen Kenngrößen, die zwischen den Gruppen unterschiedlich verteilt waren, wurden in die anschließende

Hauptanalyse als Kontrollvariablen einbezogen. In der Hauptanalyse zu den Hypothesen H1 und H2 wurden Varianzanalysen durchgeführt. Die Kontrollgruppen wurden zur Analyse von H1 und H2 zu einer Fallgruppe zusammengefasst, da dort keine Intervention stattgefunden hatte. Zur Auswahl der geeigneten statistischen Methode in der Analyse der Mittelwerte wurden die Skalen des Fragebogen FKK unter Verwendung aller erhobenen Daten auf Normalverteilung untersucht. Mittels des Kolmogorov-Smirnov-Tests ergaben sich folgende p-Werte für die Hypothese der Abweichung von der Normalverteilung: die Tertiärskala „Internalität vs. Externalität“ ist normalverteilt ( $p=0,200$ ). Daher wurden zur Analyse der Tertiärskala parametrische Verfahren (univariate Varianzanalyse (ANOVA)) und univariate Varianzanalyse mit Kontrollvariablen (ANCOVA) angewendet. Die Sekundärskalen „generalisierte Externalität“ und „generalisierte Selbstwirksamkeit“ sind normalverteilt (jeweils  $p=0,200$ ). Die Primärskala „Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“ ist normalverteilt ( $p=0,200$ ). Für die Primärskala „Internalität“ ergaben sich im Kolmogorov-Smirnov-Test p-Werte unterhalb der festgelegten Signifikanzschwelle von  $p<0,050$  ( $p=0,021$ ), ebenso die Primärskalen „Soziale Externalität“ ( $p=0,035$ ) und „Fatalistische Externalität“ ( $p=0,036$ ). Die Q-Q-Diagramme (vgl. Abb. 10ff, Anhang) zeigten jedoch eine tolerable grafische Verteilung auf der bei der Normalverteilung zu erwartenden Geraden. Auch wird in verschiedenen aktuellen Studien auf die Robustheit der ANOVA gegenüber Abweichungen von der Normalverteilung hingewiesen (vgl. Harwell *et al.* 1992; Blanca *et al.* 2017). Daher wurden zur Analyse der Primärskalen des FKK parametrische Verfahren angewendet. Da sich hier mehrere Variablen auf dasselbe Konstrukt (SWE) bezogen, wurde eine multivariate Varianzanalyse mit Kontrollvariablen (MANCOVA) durchgeführt. Erfolgte eine Varianzanalyse mit post-hoc-Tests, wurde anschließend entsprechend der Anzahl der durchgeführten post-hoc-Tests für multiples Testen korrigiert. Dies erfolgte mithilfe der Bonferroni-Korrektur. Ebenso wurde bei Durchführung einer Kontrastanalyse eine Bonferroni-Korrektur durchgeführt. Die weiteren Voraussetzungen einer MANCOVA wurden explizit geprüft. Für die abhängigen Variablen war der Levene-Test nicht signifikant (FKK-I:  $p=0,08$ ; FKK-SK:  $p=0,58$ ; FKK-P:  $p=0,62$ ; FKK-C:  $p=0,36$ ), so dass Varianzhomogenität anzunehmen war. Der Box-M-Test auf Gleichheit der Kovarianzmatrizen war nicht signifikant ( $p=0,11$ ), sodass hier eine Homogenität anzunehmen war.

Es folgte die Untersuchung des Resilienzfragebogens (Hypothese H2). Die 22 Items des Resilienzfragebogens wurden zur Auswertung der Unterschiede in den Mittelwerten zwischen den Untersuchungszeitpunkten und Krankenhäusern zu einem globalen Wert zusammengefasst. Aufgrund der Option, Fragen als „nicht zutreffend“ zu bewerten, wurde je Fragebogen die

Summe aller als zutreffend angekreuzten Fragen relativ als 100% definiert und für jeden Fragebogen ein prozentualer Wert der nach Ausschluss der nichtzutreffenden Items noch maximal zu erreichenden Punktzahl berechnet. Bei 82,4% der Fragebögen wurde maximal eine Frage als „nicht zutreffend“ gekreuzt. Bei 3,8% der Fragebögen wurden mehr als 4 Items als „nicht zutreffend“ gekreuzt (vgl. Abb. 15, Anhang). Es erfolgte der Einschluss aller Fragebögen, um die Verzerrung durch Ausschluss von Fällen zu minimieren. Der globale Wert des Resilienzfragebogens konnte nach dieser Korrektur Werte zwischen 0 und 100 annehmen. Die Variable „RESI<sub>kor</sub>“ (korrigierter Gesamtscore des Resilienzfragebogens) wurde zunächst mittels des Kolmogorov-Smirnov-Tests und eines Q-Q-Diagrammes auf Normalverteilung getestet. Der Kolmogorov-Smirnov-Test zeigte keine signifikante Abweichung von der Normalverteilung der Daten ( $p=0,052$ ). Auch ließ sich anhand des Q-Q-Diagrammes (vgl. Abb. 13, Anhang) eine hinreichende Normalverteilung in den Daten annehmen. Daher wurden zur Auswertung der Unterschiede zwischen den Gruppen in der Skala des Resilienzfragebogens parametrische Verfahren verwendet (univariate Varianzanalyse mit Kontrollvariablen; ANCOVA). Der Levene-Test ergab ein grenzwertiges Ergebnis bezüglich der Gleichheit der Fehlervarianzen zwischen den Gruppen ( $p=0,049$ ). In der Literatur wird bei großen Fallzahlen auf die Robustheit der ANCOVA gegenüber der leichten Verletzung der Gleichheit der Fehlervarianzen bei großen Fallzahlen und gleichen Stichprobengrößen hingewiesen. Schwarz und Bruderer erläutern in diesem Zusammenhang: „Wäre der Levene-Test jedoch signifikant, so wäre eine der Grundvoraussetzungen der Varianzanalyse verletzt. Gegen leichte Verletzungen gilt die Varianzanalyse als robust; vor allem bei genügend grossen (sic!) und etwa gleich grossen (sic!) Gruppen sind Verletzungen nicht problematisch“ (Bruderer und Schwarz 2018). Da hier sowohl eine ausreichende homogene Stichprobengröße ( $N_1=140$ ;  $N_2=163$ ) als auch eine große Gesamtfallzahl ( $N=303$ ) bestand, wurde die ANCOVA trotz dieser Limitation durchgeführt.

Das statistische Vorgehen zur explorativen Fragestellung E1 (Testgütekriterien und Faktorenanalyse des Resilienzfragebogens) ist näher im Kapitel 7 beschrieben.

Zur statistischen Analyse der Fragestellung E2 wurden Daten aller Patienten vor Einführung des „Weddinger Modells“, die den FKK-Fragebogen ausgefüllt hatten ( $N=153$ ), untersucht. Diese Selektion erfolgte, um den Einfluss des „Weddinger Modells“ als Störfaktor zu eliminieren. Es wurde der Einfluss der Faktoren Alter, Geschlecht, Dauer der Erkrankung, allgemeines Funktionsniveau (GAF), Diagnose, vorhandene Berufsausbildung, Zahl der Ausbildungsjahre, Suizidalität (Gedanken, Pläne oder Handlungen) in der Anamnese und Einnahme von Suchtstoffen auf den Mittelwert der Tertiärskala des FKK (Internalität vs.

Externalität) untersucht. Diese Faktoren wurden aus den erhobenen klinischen Basisdaten ausgewählt und stellen exemplarisch wichtige Aspekte der psychiatrischen Untersuchung dar. Die Variable FKK-SKI-PC war bei Verwendung aller Fälle aus der ersten Erhebung normalverteilt (Kolmogorov-Smirnov-Test;  $p= 0,200$ ). Zur Ermittlung des Einflusses von nominal- oder ordinalskalierten Variablen wurde eine ANOVA mit einem festen Faktor berechnet. Zur Ermittlung des Einflusses von intervallskalierten Variablen wurde eine ANOVA mit einer Kovariate berechnet.

Im Anschluss wurde mit einer Bonferroni-Korrektur für multiples Testen korrigiert.

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Zusammensetzung der Studienpopulation (Gruppe der FKK-Rückläufer)

Insgesamt wurden 373 Patienten über beide Erhebungszeitpunkte hinweg in die Studie eingeschlossen. Hiervon füllten 308 den Fragebogen FKK aus. Dies entspricht einem Rücklauf von 83%. Die diagnostische Gruppe „Sonstige“ mit vorwiegend F6 und einigen Fällen aus F0, F5 und F7 war in den Vergleichshäusern nur in Einzelfällen vorhanden (N=4, im Interventionshaus N=20). Aufgrund der möglichen Verzerrung hierdurch wurde diese Gruppe von der statistischen Untersuchung ausgeschlossen. Es ergab sich hierdurch insgesamt eine Studienpopulation für die Auswertung des FKK von N=279. Die durch die 3 Krankenhäuser gebildeten Untergruppen zeigten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Alters, der Erkrankungsdauer, der Geschlechtsverteilung zwischen den Gruppen, dem Alter bei Ersterkrankung und des allgemeinen psychosozialen Funktionsniveaus (vgl. Tabelle 2). Die Zahl der Ausbildungsjahre der untersuchten Probanden war im Krankenhaus St. Josef mit einem MW von 14,5 ( $\pm 4,7$ ) signifikant größer als in der PUK SHK mit 12,9 ( $\pm 3,4$ ) ( $p=0,034$ ). Die Analyse der Gruppenunterschiede bezüglich der Variable Ausbildungsjahre erfolgte hier mittels eines Scheffé-Tests (post-hoc-Test).

## Demographische und Erkrankungscharakteristika (Mittelwerte und Standardabweichungen)

	<b>PUK SHK</b>	<b>St. Josef</b>	<b>Hedwigshöhe</b>	<b>Statistik</b>
N (m/w)	145 (87/58)	95 (54/41)	39 (19/20)	$\chi^2(2)=1,61$ ; p= 0,446
Alter (Jahre)	42,5 ( $\pm 14,6$ )	39,2 ( $\pm 12,0$ )	41,8 ( $\pm 12,3$ )	H(2)=2,78; p= 0,249 <sup>1</sup>
Jahre seit Erstmanifestation	14,0 ( $\pm 13,1$ )	14,3 ( $\pm 11,1$ )	10,8 ( $\pm 10,0$ )	H(2)= 2,50; p= 0,287 <sup>1</sup>
GAF-Score	59,7 ( $\pm 12,0$ )	59,0 ( $\pm 15,0$ )	56,8 ( $\pm 14,2$ )	H(2)=0,49; p= 0,783 <sup>1</sup>
Ausbildungsjahre	12,9 ( $\pm 3,3$ )	14,5 ( $\pm 4,7$ )	13,2 ( $\pm 3,5$ )	<b>F(2, 201)=3,45;</b> <b>p= 0,034<sup>2</sup></b>
Alter bei Ersterkrankung (Jahre)	28,4 ( $\pm 14,6$ )	25,0 ( $\pm 11,5$ )	30,1 ( $\pm 12,3$ )	H(2)=5,25; p= 0,073 <sup>1</sup>

Tabelle 2: Statistische Unterschiede zwischen den Häusern. <sup>1</sup>=Kruskal-Wallis-Test. <sup>2</sup>=ANOVA, GAF= Global Assessment of Functioning. N=279, ohne diagnostische Gruppe „Sonstige“, ohne fehlende Rückläufer des „Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen“ (FKK).

Die Verteilung der diagnostischen Gruppen unter den untersuchten Krankenhäusern ist in Abbildung 2 dargestellt. Es handelt sich hierbei um die primären Behandlungsdiagnosen. Komorbiditäten waren möglich. Zur Vereinfachung der statistischen Auswertung wurden die ICD-10-Kategorie F1 zur Untergruppe „Sucht“, die Codes F2, F30 und F31 zur Untergruppe „Psychosen und Bipolar“, die Codes F32ff und F4 zur Untergruppe „Depression, Angst- und Zwangsstörungen“ zusammengefasst. Die diagnostische Gruppe „Sonstige“ mit Diagnosen aus den ICD-10-Bereichen F6 und einigen Fällen aus F0, F5 und F7 war in den Vergleichshäusern nur in Einzelfällen vorhanden. Aufgrund der nur zu vernachlässigenden Gruppengröße in den Vergleichshäusern ist sie daher nicht in der Grafik erfasst. Die Verteilung der diagnostischen Gruppen unterschied sich signifikant in den Krankenhäusern ( $\chi^2$ ; p<0,001).

## Prozentuale Verteilung der diagnostischen Gruppen in den Krankenhäusern

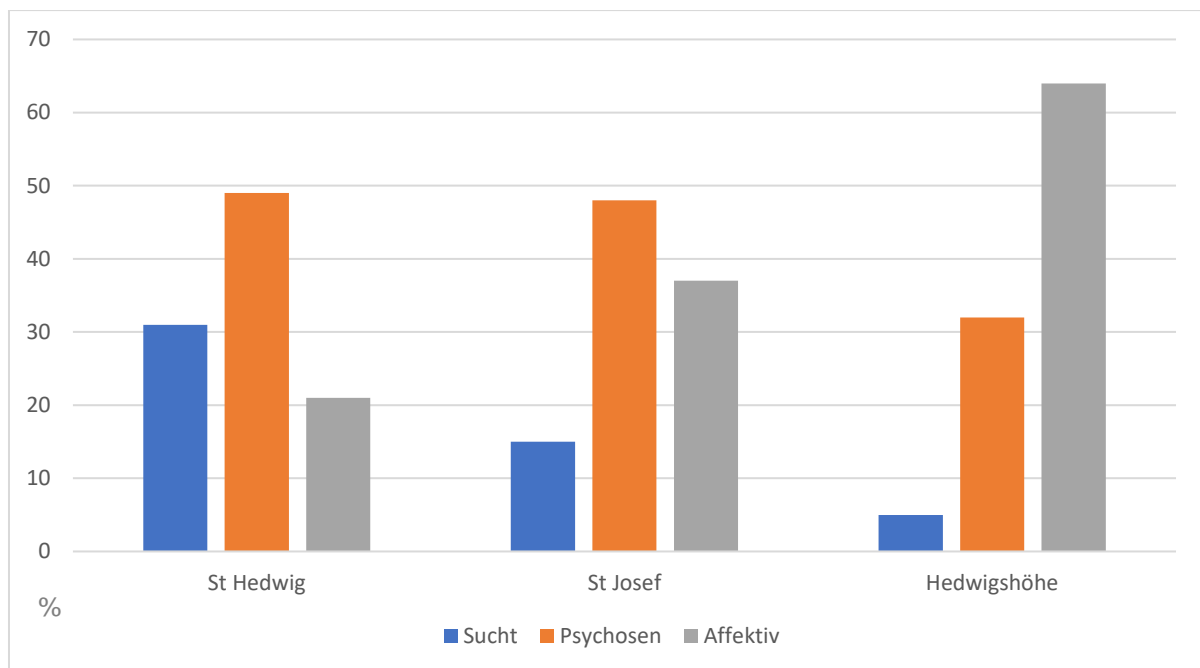


Abbildung 2: Ohne die Gruppe "Sonstige". Ohne fehlende Rückläufer des „Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen“ (FKK). N=279.

In der ersten Erhebung 2010 wurden unter Ausschluss der Gruppe „Sonstige“ insgesamt 139 Patienten mittels des Fragebogen FKK untersucht, in der zweiten Erhebung wurden 140 Patienten untersucht. Betrachtet man diese Gruppen gesondert hinsichtlich der Merkmale Alter, Geschlecht, Dauer der Erkrankung, Schwere der Erkrankung mittels GAF und Diagnosen, so unterscheiden sie sich hier nicht signifikant. Auch das Alter bei Erstmanifestation ist nicht signifikant unterschiedlich. Bei der Anzahl der Ausbildungsjahre ergibt sich hier kein signifikanter Unterschied, jedoch ein tendenziell höherer Wert in der Erhebung 2011.



### Demographische und Erkrankungscharakteristika (Mittelwerte und Standardabweichungen)

	Erhebung 2010	Erhebung 2011	Statistik
N (m/w)	139 (78/61)	140 (82/58)	$\chi^2(1)=0,17$ ; p= 0,678
Alter (Jahre)	40,7 ( $\pm 13,3$ )	42,0 ( $\pm 13,7$ )	z= -0,734; p=0,463 <sup>1</sup>
Jahre seit Erstmanifestation	13,5 ( $\pm 11,3$ )	13,8 ( $\pm 12,8$ )	z= -0,392 p= 0,695 <sup>1</sup>
GAF-Score	59,8 ( $\pm 14,1$ )	58,2 ( $\pm 12,7$ )	z= -0,779; p= 0,436 <sup>1</sup>
Ausbildungsjahre	12,6 ( $\pm 2,6$ )	13,7 ( $\pm 4,2$ )	F (1, 202)= 3,5; p= 0,063 <sup>2</sup>
Alter bei Ersterkrankung (Jahre)	26,9 ( $\pm 12,0$ )	28,0 ( $\pm 14,6$ )	z= -0,162; p= 0,871 <sup>1</sup>
Diagnostische Gruppen	Sucht=33 Psychose=62 Affektiv= 44	Sucht=35 Psychose=60 Affektiv=45	$\chi^2(2)=0,10$ ; p= 0,931

Tabelle 3: Statistische Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten. <sup>1</sup>= Mann-Whitney-U-Test; <sup>2</sup>= ANOVA. GAF= Global Assessment of Functioning. N=279; ohne Gruppe „Sonstige“, ohne fehlende Rückläufer des „Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen“ (FKK).

### 5.2 Zusammensetzung der Studienpopulation (Gruppe der Resilienzfragebogen-Rückläufer)

Der Resilienzfragebogen wurde von 344 Patienten ausgefüllt, was einem Rücklauf von 92% entspricht. Die diagnostische Gruppe „Sonstige“ mit vorwiegend F6 und einigen Fällen aus F0, F5 und F7 war auch hier in den Vergleichshäusern nur in Einzelfällen vorhanden. Insgesamt betrug die Gruppe „Sonstige“ in beiden Vergleichshäusern nur N=4, im Interventionshaus N=18. Aufgrund der möglichen Verzerrung hierdurch wurde diese Gruppe auch bei der Auswertung des Resilienzfragebogens von der statistischen Untersuchung ausgeschlossen. Es ergab sich hierdurch insgesamt eine Studienpopulation von N=312. In der Untersuchung der demografischen und Erkrankungscharakteristika zwischen den Krankenhäusern ergaben sich signifikante Unterschiede im Alter bei Ersterkrankung und in der Verteilung der diagnostischen

Gruppen. Das Alter bei Ersterkrankung zeigte folgende Mittelwerte: In der PUK SHK MW=28,7 ( $\pm 14,8$ ), in St. Joseph MW=24,9 ( $\pm 11,3$ ) und in Hedwigshöhe 30,8 ( $\pm 12,5$ ). Der Kruskal-Wallis-Test ließ hierbei signifikante Gruppenunterschiede annehmen:  $H(2)=7,89$ ;  $p=0,019$ . Für die Verteilung der diagnostischen Gruppen ergab sich die aus der folgenden Tabelle ersichtliche Aufteilung.

### Verteilung der diagnostischen Gruppen in der PUK SHK/ Vergleichshäusern (Resilienzfragebogen)

	PUK SHK	St. Josef	Hedwigshöhe	Statistik
Diagnostische Gruppen	Sucht=50 Psychose=74 Affektiv=35	Sucht=17 Psychose=53 Affektiv=41	Sucht=2 Psychose=13 Affektiv=27	$\chi^2(4)=35,21$ ; $p < 0,001$

Tabelle 4: Verteilung der diagnostischen Gruppen zwischen den Krankenhäusern.  $N=312$ . Ohne die diagnostische Gruppe "Sonstige". Ohne fehlende Rückläufer Resilienzfragebogen.

Die weiteren Merkmale Geschlecht, Alter, Jahre seit Erstmanifestation, GAF-Score, Ausbildungsjahre, Alter bei Ersterkrankung unterschieden sich für die Gruppe der Resilienzfragebogen-Rückläufer weder zwischen den Krankenhäusern noch zwischen den Erhebungszeitpunkten.

## 5.3 Ergebnisse zu Hypothese 1: Fragebogen FKK (Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen)

### 5.3.1 Vergleich der Mittelwerte der Tertiärskala FKK-SCI-PC in den untersuchten Krankenhäusern und Kohorten

Untersucht wurde der Unterschied in den Mittelwerten der Variable FKK-SCI-PC vor und nach Einführung des „Weddinger Modells“ unter Einbeziehung der Unterschiede zwischen der PUK SHK und den Vergleichshäusern. Da in den Vergleichshäusern keine Intervention stattgefunden hatte, wurden diese Fälle zu einer Gruppe zusammengefasst. Die dichotome Variable „Krankenhaus“ beinhaltet also das Interventionshaus und die kombinierten Vergleichshäuser. Die diagnostische Gruppe „Sonstige“ wurde aufgrund der genannten unzureichenden Fallzahlen in den Vergleichshäusern nicht in die Analyse eingeschlossen.

Es wurde hierzu eine ANCOVA mit der abhängigen Variablen „FKK-SCI-PC“ und den Faktoren „Kohorte“ und „Krankenhaus“ durchgeführt. Um für die oben berichteten Gruppenunterschiede zu kontrollieren, wurden die Kovariaten „Diagnose“ und „Ausbildungsjahre“ mit einbezogen. Hierbei ergab sich aufgrund von in einigen Fällen eingeschränkter Datenlage zu den Kontrollvariablen eine verringerte Fallzahl mit  $N$  (Kohorte 1)=72 und  $N$  (Kohorte 2)=131. Eine Zelle in dieser ANCOVA unterschritt die kritische Größe mit  $N=2$ . Diese bezog sich auf die Suchtpatienten in der ersten Kohorte in den Vergleichshäusern. Da die Hauptergebnisse auch nach Weglassen der Gruppe „Sucht“ unverändert waren, wurde dies akzeptiert. Die Voraussetzung für die Interpretation der ANCOVA war bei Homogenität der Fehlervarianzen zwischen den Gruppen gegeben. Der Levene-Test für die Variable FKK-SCI-PC war nicht signifikant ( $p=0,74$ ).

### **Einfluss von Kohorte, Krankenhaus, Diagnosen und Ausbildungsjahren auf die FKK- Tertiärskala FKK-SCI-PC**

Faktoren/ Kovariaten →	Kohorte	Kranken- haus	Ausb.-jahre	Diagn.	Khs. x Kohorte	Diagn. x Khs.	Diagn. x Kohorte
Abhängige Variable ↓							
FKK-SCI-PC	F=1,65 (1, 190)	F= 0,09 (1, 190)	F=2,96 (1, 190)	F=2,58 (2, 190)	F=0,07 (1, 190)	<b>F=4,80*</b> <b>(2, 190)</b>	F=2,70 (2, 190)

Tabelle 5: F-Werte (df). Signifikante Ergebnisse sind markiert (fett:  $p<0,05$ ; \*:  $p<0,01$ ; \*\*:  $p<0,001$ .  $N$ (Kohorte 1)=72;  $N$ (Kohorte 2)=131; Interventionsgruppe in Kohorte 2:  $N=73$ . FKK= Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen. FKK-SCI-PC= Internalität versus Externalität.

### Mittelwerte und Standardabweichungen der FKK- Tertiärskala FKK-SCI-PC zwischen den Kohorten

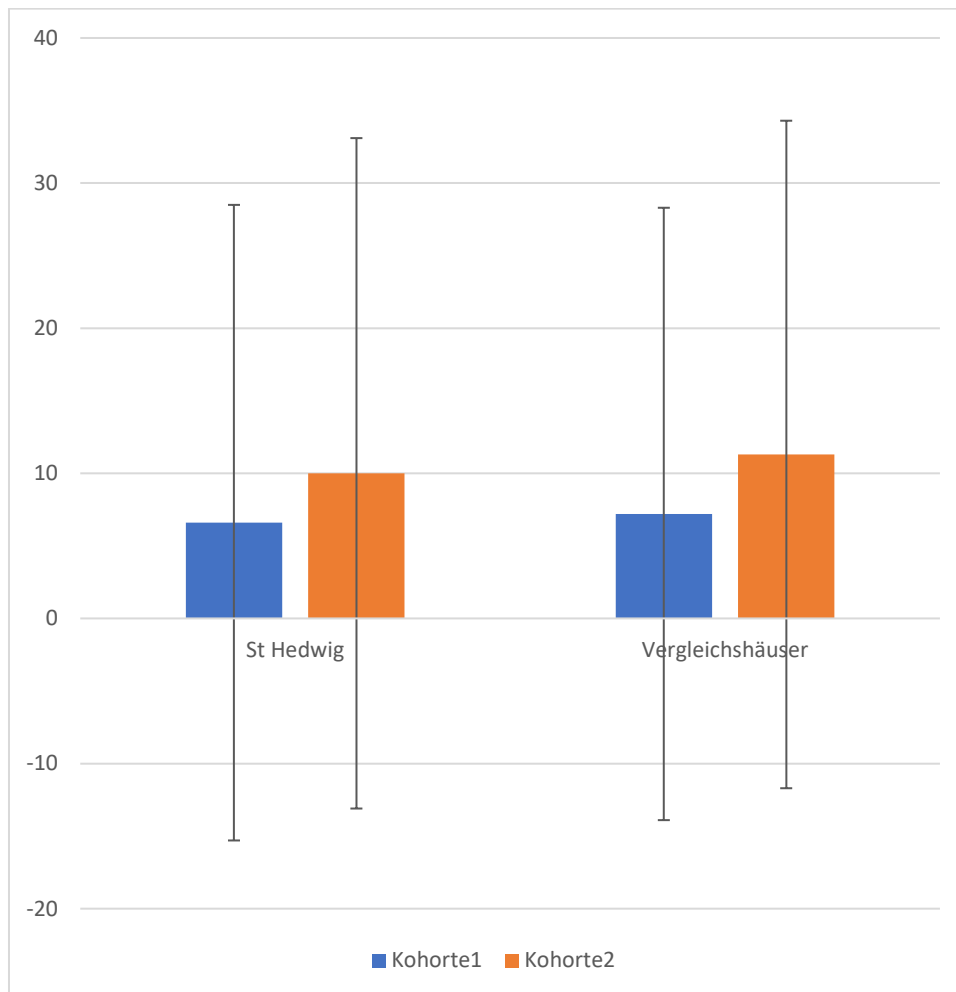


Abbildung 3: N(Kohorte 1)=72; N(Kohorte 2)=131; Interventionsgruppe in Kohorte 2: N=73. FKK= Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen. FKK-SCI-PC= Internalität versus Externalität.

#### 5.3.2 Untersuchung der Mittelwerte der Primärskalen „Internalität“ (FKK-I), „Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“ (FKK-SK), „Soziale Externalität“ (FKK-P) und „Fatalistische Externalität“ (FKK-C) in den untersuchten Krankenhäusern und Kohorten

Untersucht wurden die Mittelwerte der Fragebogenskalen FKK-I, FKK-SK, FKK-P und FKK-C vor und nach Einführung des „Weddinger Modells“. Als Kontrollvariablen wurden die diagnostische Gruppe und die Ausbildungsjahre einbezogen. Die diagnostische Gruppe „Sonstige“ wurde erneut aufgrund ihrer unterschiedlichen Verteilung zwischen den Häusern als potentielle Quelle von Verzerrungen betrachtet und aus der Analyse ausgeschlossen.

Hierzu wurden eine MANCOVA (multivariate Varianzanalyse mit Kovariaten) mit den 4 genannten Primärskalen als abhängige Variablen und den Faktoren Krankenhaus, Erhebungszeitpunkt und Diagnostische Gruppe sowie der Kovariate Ausbildungsjahre durchgeführt. Einzelne Zellen der MANCOVA nahmen in dieser Analyse ein  $N < 5$  an. Dies betraf die diagnostische Gruppe „Sucht“ in der Kohorte 1 in den Vergleichshäusern. Die Analyse wurde daher auch ohne Einschluss der Gruppe „Sucht“ durchgeführt, wobei sich die signifikanten Effekte in der MANOVA jedoch nicht von den oben genannten unterscheiden.

### **Einfluss von Kohorte, Krankenhaus, Ausbildungsjahre, Diagnose auf die FKK-Primärskalen**

Faktoren/ Kovariaten →	Kohorte	Kranken- haus	Ausb.-jahre	Diagn.	Khs. x Kohorte	Diagn. x Khs.	Diagn. x Kohorte
Abhängige Variablen ↓							
MANOVA	F= 0,79 (4;186)	<b>F= 2,67</b> <b>(4;186)</b>	<b>F=4,12*</b> <b>(4;186)</b>	F=1,39 (8;374)	F=0,14 (4;186)	F=1,64 (8;374)	<b>F=2,59*</b> <b>(8;374)</b>
<b>Post-hoc ANOVA</b>							
FKK-I	F=0,88 (1, 190)	F=1,44 (1, 190)	F=2,04 (1, 190)	F=0,17 (2, 190)	F=0,20 (1, 190)	F=1,77 (2, 190)	F=1,17 (2, 190)
FKK-SK	F=3,05 (1, 190)	F=0,11 (1, 190)	F=0,34 (1, 190)	<b>F=4,12</b> <b>(2, 190)</b>	F=0,29 (1, 190)	<b>F=4,78*</b> <b>(2, 190)</b>	F=1,65 (2, 190)
FKK-P	F=0,32 (1, 190)	F=1,85 (1, 190)	F=3,22 (1, 190)	F=0,51 (2, 190)	F=0,02 (1, 190)	F=1,92 (2, 190)	F=0,64 (2, 190)
FKK-C	F=0,11 (1, 190)	F=1,96 (1, 190)	<b>F=14,33**</b> <b>(1, 190)</b>	F=2,04 (2, 190)	F=0,01 (1, 190)	F=2,28 (2, 190)	<b>F=7,71*</b> <b>(2, 190)</b>

Tabelle 6: MANCOVA und Post-hoc ANOVAs zur Bestimmung des Einflusses von Kohorte, Krankenhaus, Diagnosen und Ausbildungsjahren (Kovariate) auf die FKK-Primärskalen. F-Werte (Hypothese-df; Fehler-df). Signifikante Ergebnisse sind markiert (fett:  $p < 0,05$ ; \*:  $p < 0,01$ ; \*\*:  $p < 0,001$ .  $N(\text{Kohorte 1})=72$ ;  $N(\text{Kohorte 2})=131$ . Interventionsgruppe in Kohorte 2:  $N=73$ . FKK= Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen. FKK-I= Internalität. FKK-SK= Selbstkonzept eigener Fähigkeiten. FKK-P= Sozial bedingte Externalität. FKK-C= Fatalistische Externalität.

Die in den Hypothesen vermutete Interaktion der Faktoren Krankenhaus und Kohorte konnte nicht gezeigt werden. Die Nullhypothese  $H_{10}$  konnte somit angenommen werden.

Die in der post-hoc ANOVA aufgeführten signifikanten Einflüsse der Diagnose auf das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten kann nicht berücksichtigt werden, da die multivariate Statistik keinen signifikanten Einfluss des Faktors Diagnose oder der Interaktion Diagnose/Krankenhaus zeigt.

Es wurde die Art des Effektes der Kovariate Ausbildungsjahre auf FKK-C untersucht. Dies geschah anhand einer Analyse aller Patienten über Krankenhäuser und Kohorten hinweg mittels des Korrelationskoeffizienten nach Spearman. Der Spearman-Test wurde aufgrund der fehlenden Normalverteilung der Ausbildungsjahre ausgewählt. Für die Variable FKK-C wurde ein Korrelationskoeffizient von  $r=-0,19$  mit einer zweiseitigen Signifikanz von  $p<0,001$  ermittelt. Somit ist eine geringe inverse Korrelation zwischen den Ausbildungsjahren und dieser Skala anzunehmen.

Die Zusammensetzung der Studienpopulation zeigte eine größere Häufigkeit der Diagnosegruppe „Psychose“ im SHK als in den Vergleichshäusern. Da hier folglich ein besonderer Effekt des „Weddinger Modells“ auf die Gruppe „Psychose“ vorgelegen hat, wurde hier auch eine gesonderte Analyse dieser diagnostischen Gruppe vorgenommen. Hierzu wurde eine multivariate Varianzanalyse mit allen FKK-Primärskalen und den Faktoren Krankenhaus und Kohorte, sowie der Kovariate Ausbildungsjahre durchgeführt. Auch für die Gruppe der Psychosepatienten zeigte sich jedoch kein signifikanter Effekt des „Weddinger Modells“ auf die SWE. In der multivariaten Analyse konnte nicht die hierfür erwartete Interaktion der Faktoren Krankenhaus und Kohorte gezeigt werden:  $F(4,83)=0,78$ ;  $p=0,543$ .

**Mittelwerte und Standardabweichungen der FKK- Primärskala Internalität (FKK-I) zwischen den Kohorten**

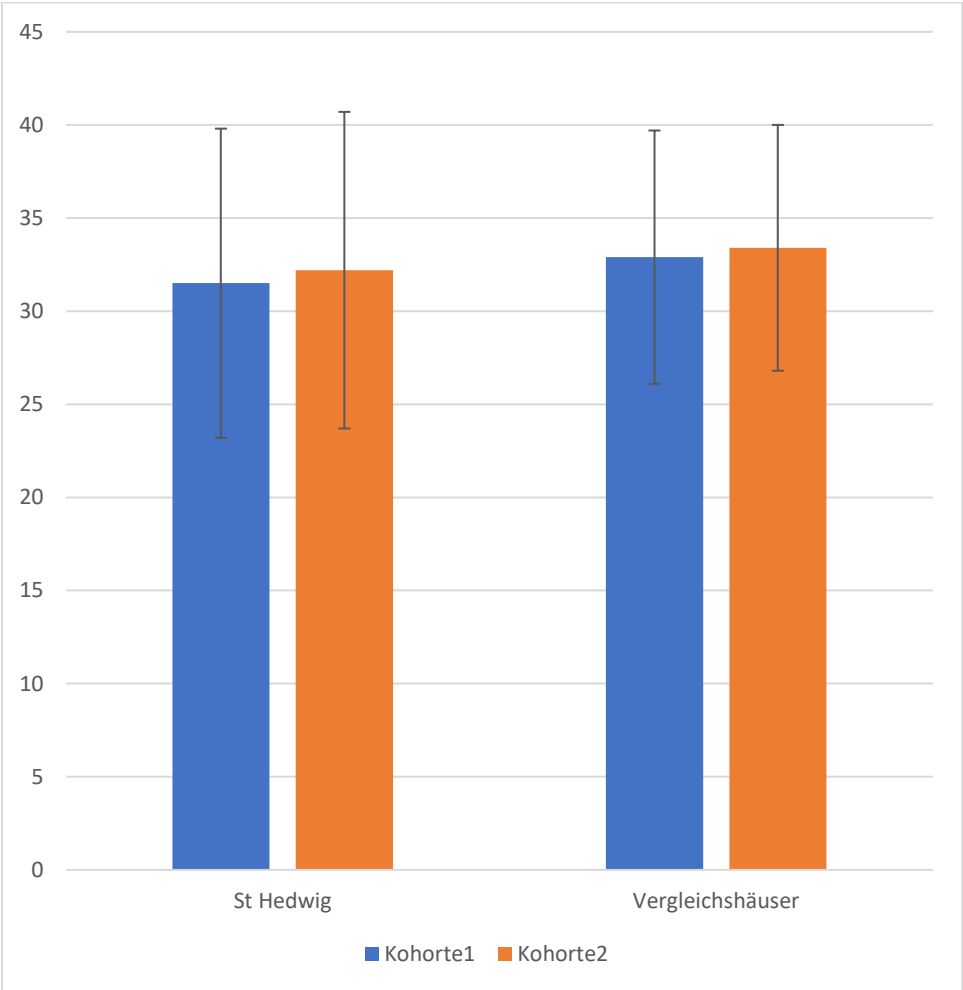


Abbildung 4:  $N(\text{Kohorte 1})=72$ ;  $N(\text{Kohorte 2})=131$ . Interventionsgruppe in Kohorte 2:  $N=73$ . FKK= Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen. FKK-I= Internalität.

**Mittelwerte und Standardabweichungen der FKK Primärskala  
Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (FKK-SK) zwischen den Kohorten**

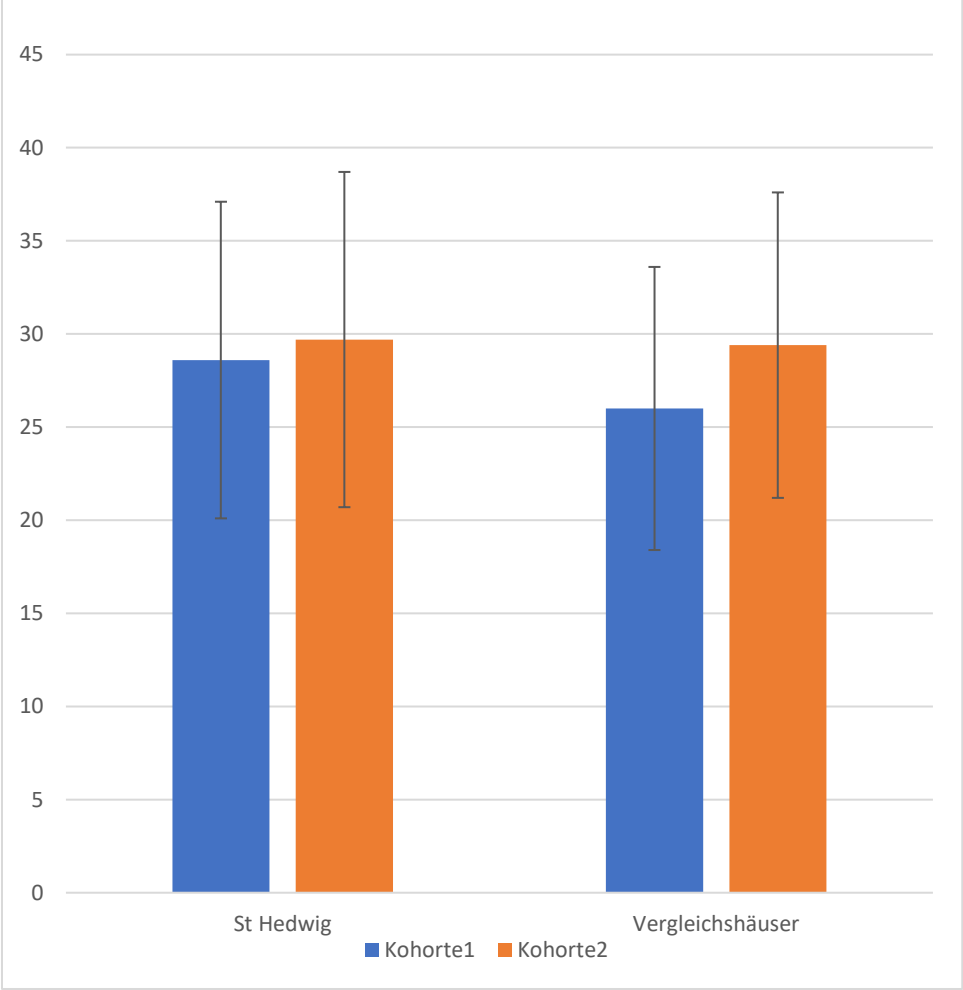


Abbildung 5: N(Kohorte1)=72; N(Kohorte 2)=131. Interventionsgruppe in Kohorte 2: N=73. FKK= Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen. FKK-SK= Selbstkonzept eigener Fähigkeiten.



**Mittelwerte und Standardabweichungen der FKK Primärskala  
Soziale Externalität (FKK-P) zwischen den Kohorten**

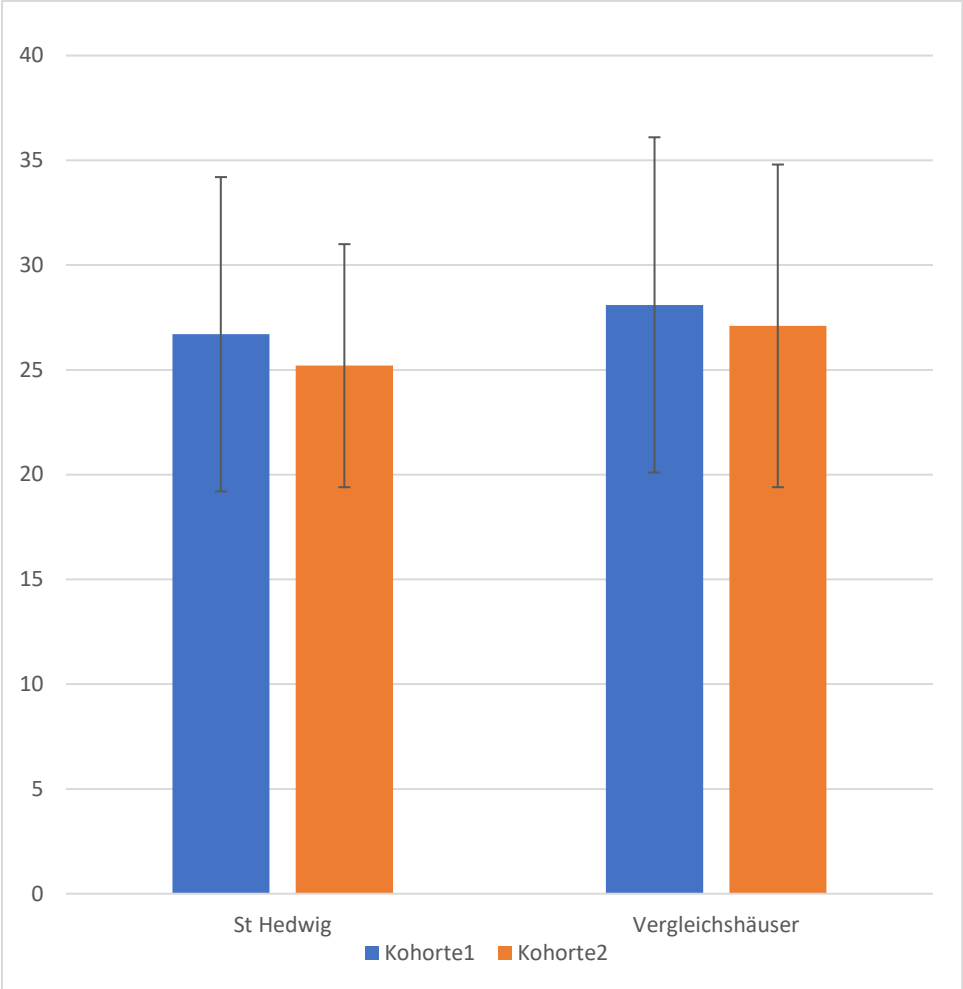


Abbildung 6: N(Kohorte 1)=72; N(Kohorte 2)=131. Interventionsgruppe in Kohorte 2: N=73. FKK= Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen. FKK-P= Sozial bedingte Externalität..

## Mittelwerte und Standardabweichungen für SKK-C (Fatalistische Externalität) zwischen den Kohorten

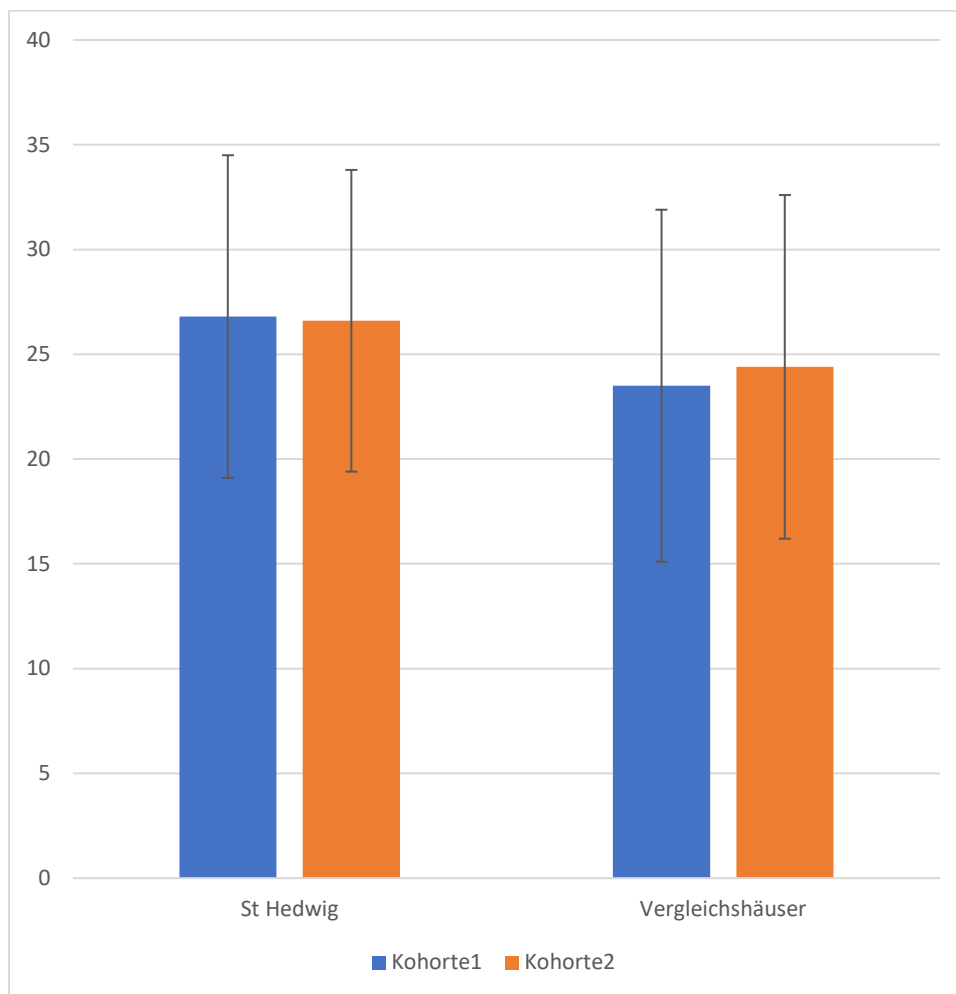


Abbildung 7:  $N(\text{Kohorte 1})=72$ ;  $N(\text{Kohorte 2})=131$ . Interventionsgruppe in Kohorte 2:  $N=73$ . FKK= Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen. FKK-C= Fatalistische Externalität.

### 6 Ergebnisse zu Hypothese 2: Vergleich der Mittelwerte des korrigierten Summenscores des Resilienzfragebogens ( $\text{RESI}_{\text{kor}}$ ) zwischen den Kohorten

Es wurde der Unterschied im Summenscore des Resilienzfragebogens vor und nach Einführung des „Weddinger Modells“ untersucht.

Hierzu wurde eine ANCOVA mit der abhängigen Variablen  $\text{RESI}_{\text{kor}}$  und den Faktoren Krankenhaus und Erhebungszeitpunkt durchgeführt. Als Kontrollvariablen wurden die diagnostischen Gruppen und das Alter bei Ersterkrankung (Kovariate) verwendet. Hierbei ergab sich aufgrund von in einigen Fällen eingeschränkter Datenlage zu den Kontrollvariablen eine etwas verringerte Fallzahl mit  $N(\text{Kohorte 1})=140$  und  $N(\text{Kohorte 2})=163$ .

**Einfluss von Kohorte, Krankenhaus, Alter bei Erstmanifestation und Diagnose auf den Summenscore des Resilienzfragebogens (RESI<sub>korrr</sub>)**

Faktoren/ Kovariaten →	Kohorte	Kranken- haus	Alter Erst- manifestation	Diagn.	Khs. x Kohorte	Diagn. x Khs.	Diagn. x Kohorte
Abhängige Variable ↓							
„RESI <sub>korrr</sub> “	<b>F=3,99</b> <b>(1, 290)</b>	F=0,14 (1, 290)	F=2,58 (1, 290)	<b>F=4,22</b> <b>(2, 290)</b>	F=0,32 (1, 290)	F=0,30 (2, 290)	F=0,32 (2, 290)

Tabelle 7: ANCOVA (univariate Varianzanalyse mit Kovariate). F-Werte (df). Signifikante Ergebnisse sind markiert (fett:  $p < 0,05$ ; \*:  $p < 0,01$ ; \*\*:  $p < 0,001$ ). N (Kohorte 1)=140; N (Kohorte 2)=163; Interventionsgruppe in Kohorte 2: N=83. RESI<sub>korrr</sub>= Summenscore des Resilienzfragebogens.

### Mittelwerte und Standardabweichungen für den Summenscore des Resilienzfragebogens (RESI<sub>korrr</sub>) zwischen den Kohorten

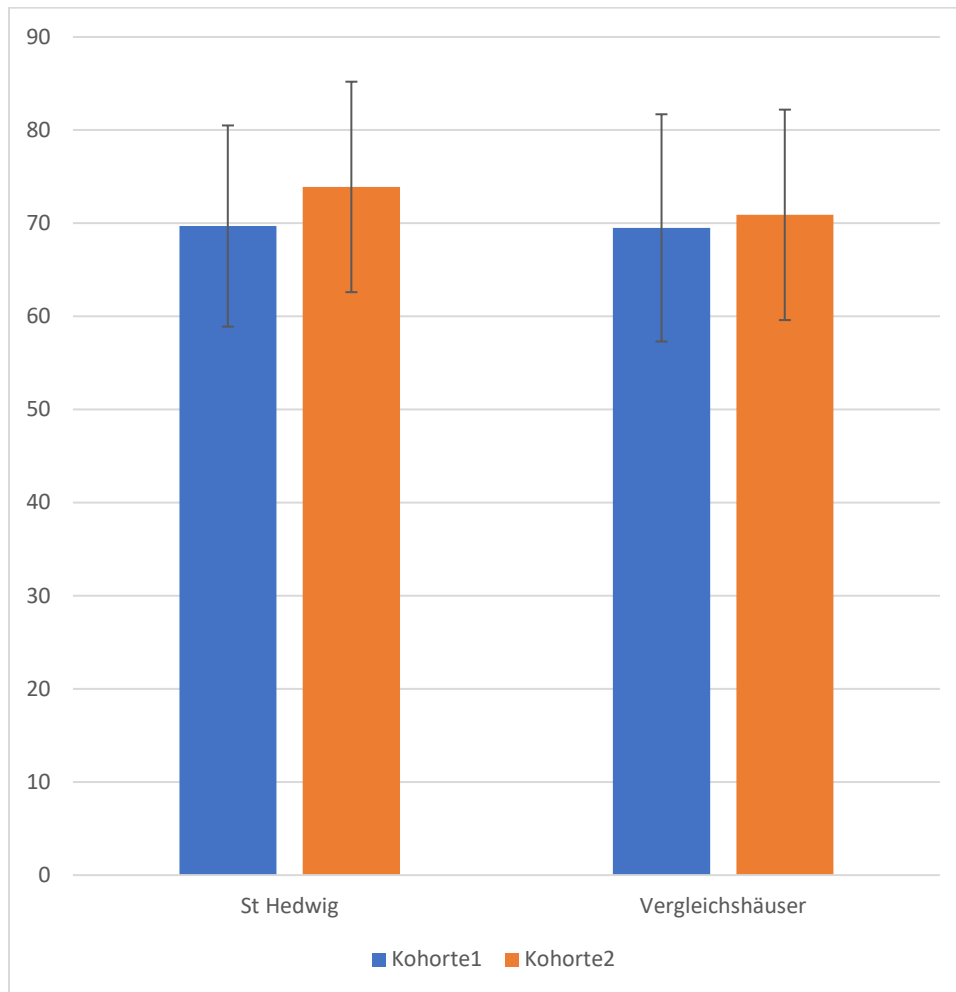


Abbildung 8:  $N$  (Kohorte 1)=140;  $N$  (Kohorte 2)=163; Interventionsgruppe in Kohorte 2:  $N$ =83. RESI<sub>korrr</sub>= Summenscore des Resilienzfragebogens.

Es konnte keine signifikante Interaktion der Faktoren Krankenhaus und Kohorte gezeigt werden. Daher wurde die Nullhypothese  $H_{20}$  angenommen.

Der signifikante Effekt des Faktors Diagnose auf den Resilienz-Summenscore wurde mittels einer Kontrastanalyse näher untersucht.

Es zeigte sich eine statistisch signifikante Differenz der Performanzwerte für „RESI<sub>korrr</sub>“ zwischen der Gruppe „Psychosen“ ( $M = 72,75$ ,  $SD \pm 10,90$ ) und der Gruppe „Affektive Erkrankungen“ ( $M = 68,22$ ,  $SD \pm 12,77$ ) von 4,37 ( $SE = 1,58$ ). Das Bonferroni-korrigierte  $p$  betrug  $p=0.012$  (es wurde für die Berechnung von 2 Kontrasten korrigiert.)

Wie beschrieben zeigte die Studienpopulation eine größere Häufigkeit der Diagnosegruppe „Psychose“ im SHK als in den Vergleichshäusern. Entsprechend zur Analyse der SWE wurde auch bei der Resilienz eine gesonderte Analyse dieser diagnostischen Gruppe vorgenommen.

Hierfür wurde eine separate univariate Varianzanalyse (ANCOVA) nur für die diagnostische Gruppe „Psychose“ durchgeführt. In die Varianzanalyse wurden als abhängige Variable der Summenscore des Resilienzfragebogens und die Faktoren Krankenhaus und Kohorte, sowie der Kovariate Alter bei Erstmanifestation einbezogen. Auch hier konnte jedoch nicht die für einen Effekt des „Weddinger Modells“ zu erwartende Interaktion der Faktoren Krankenhaus und Kohorte gezeigt werden:  $F(1,111)=0,37$ ;  $p=0,546$ .

## 7 Explorative Analyse zu Fragestellung E1: Untersuchungen der Anwendbarkeit und einzelner Testgütekriterien des Resilienzfragebogens

### 7.1 Untersuchungen zur Konstruktvalidität und zur Dimensionalität des Resilienzfragebogens

Eine in der Testentwicklung übliche vorausgehende Untersuchung der Testgütekriterien wurde bislang nicht durchgeführt. Es soll die Konstruktvalidität des Fragebogens untersucht werden. Zur Untersuchung eines Aspektes der Konstruktvalidität des Fragebogens wurde eine Korrelation der globalen Skala des Resilienzfragebogens mit der globalen „Tertiärskala“ des FKK vorgenommen. Hierzu wurde für die globale Skala des Resilienzfragebogens „RESI<sub>kor</sub>“ mit der Tertiärskala „FKK-SCI-PC“ der Korrelationsindex nach Pearson berechnet. Dieser lag bei  $r_s = 0,51$ ,  $p < 0,001$ ,  $N=306$ . Nach Cohen besteht hier ein starker Effekt (vgl. Cohen 1992: 122). Um zu untersuchen, ob sich die Items des Fragebogens auf eine kleinere Anzahl von Faktoren reduzieren lassen, wurde eine explorative Faktorenanalyse durchgeführt. Im Anschluss wurde versucht, die vorliegenden Faktoren inhaltlich zu deuten. Hierzu wurden die Daten aller ausgefüllten Resilienz-Fragebögen genutzt ( $N=344$ ). In Vorbereitung auf die explorative Faktorenanalyse wurden die Werte aus den negativ formulierten Items 3, 6, 10, 11, 12, 16, 19 und 22 in der Antwortskala in umgekehrter Reihenfolge umkodiert. Die prozentuale Verteilung der Anzahl der als „nicht zutreffend“ gekreuzten Items ist in Abbildung 26 im Anhang dargestellt. Bei 82,4% der Fragebögen wurde maximal 1 Frage als „nicht zutreffend“ gekreuzt. Bei 3,8% der Fragebögen wurden mehr als 4 Items als „nicht zutreffend“ gekreuzt. Mehr als 5 fehlende Items wurden jeweils nur in Einzelfällen mit „nicht zutreffend“ gekreuzt. Um eine Verzerrung durch den Ausschluss von Fällen zu vermeiden, wurden trotz dieser im Einzelfall reduzierten Datenlage alle Resilienzfragebogen-Rückläufer verwendet. Items, die nicht angekreuzt wurden und Items, die mit „nicht zutreffend“ bewertet waren, wurden auf den Skalenmittelwert 3,5 umkodiert. Dies geschah, um den Einfluss der fehlenden

Werte auf das Gesamtergebnis der Faktorenanalyse möglichst neutral zu halten. Anschließend wurde die Eignung der Daten mittels einer Anti-Image-Korrelationsmatrix geprüft. Das Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin betrug 0,82, so dass von einer guten Eignung der Daten auszugehen war. Als Extraktionsmethode wurde die Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation durchgeführt. Die Auswahl der zu extrahierenden Faktoren wurde hierbei mittels eines Screeplot bestimmt.

### Screeplot zur Hauptkomponentenanalyse des Resilienzfragebogens

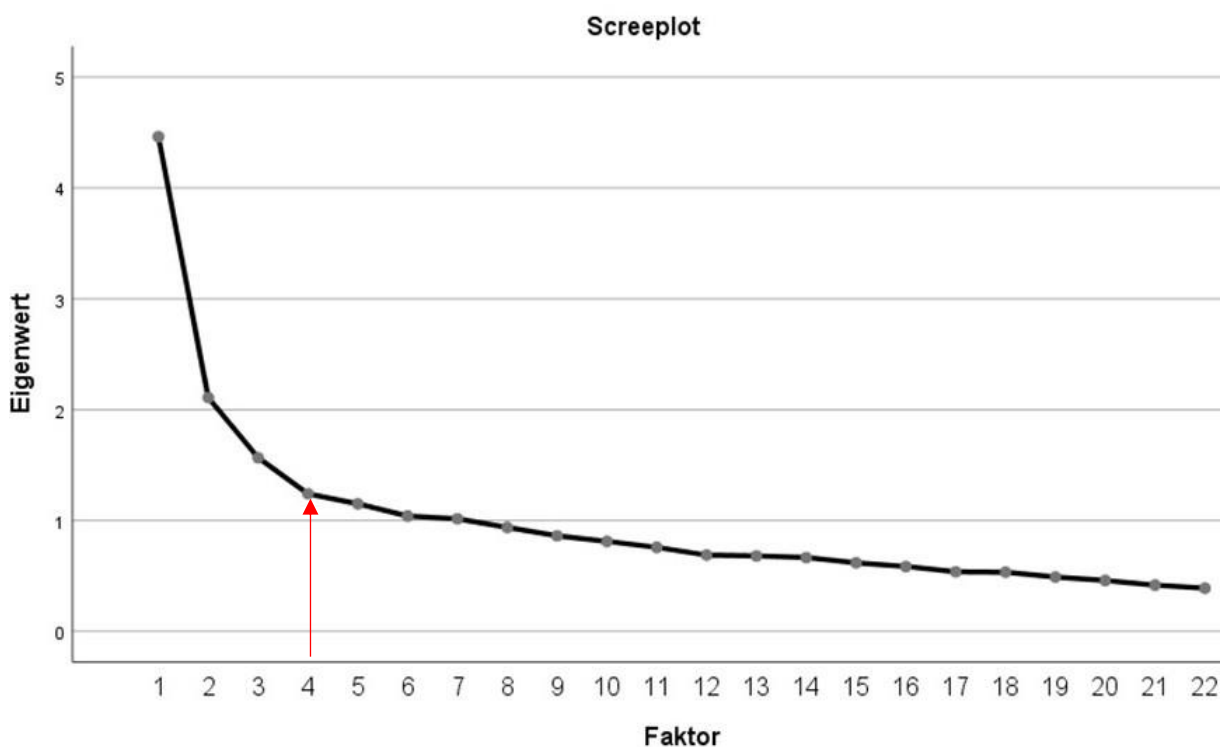


Abbildung 9: Analyse aus allen Resilienzfragebögen; N=344. x-Achse: Faktoren. y-Achse: Eigenwerte

Aufgrund der größten Änderung der Steigung der Graphen im Screeplot über der 4 wurde für die Hauptkomponentenanalyse eine 3-Faktorenlösung vorgegeben. Der erste Faktor erklärte dabei 20,6 % der Gesamtvarianz, der zweite Faktor 9,4 % und der dritte Faktor 6,9 % der Gesamtvarianz. Der erste Faktor hatte einen Eigenwert von 4,5, der zweite 2,1 und der dritte einen Eigenwert von 1,5. Zur Identifikation von Items mit geringer Trennschärfe wurde nun Cronbachs alpha in einer Item-Skala-Statistik bestimmt. Ziel war, Items mit nicht akzeptabler Trennschärfe aus der Faktorenanalyse zu eliminieren. Für die gesamte Skala mit allen Items ergab sich eine gute interne Konsistenz, Cronbachs alpha lag hier bei 0,77. In der korrigierten

Item-Skala-Korrelation ergaben sich bei einer angenommenen niedrigsten akzeptablen Trennschärfe von 0,3 mehrere Items, die eine niedrige Trennschärfe aufwiesen (Item 3, 5, 8, 9, 12, 14, 16, 18, 19, 22). Trotz der hier häufig unterschrittenen akzeptablen Trennschärfe einiger Items wurde aufgrund der guten Gesamthomogenität die Faktorenanalyse lediglich um ein Item gekürzt. Item 3 erreichte einen negativen Wert, obwohl dieses Item aufgrund seiner negativen Aussage umkodiert worden war. Dies legt nahe, dass dieses Item etwas grundsätzlich anderes untersucht, als die anderen Items. Es wurde daher von der Analyse ausgeschlossen.

### Korrigierte Item-Skala-Korrelationen der Items des Resilienzfragebogens

Item-Nummer	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs alpha, wenn Item weggelassen
1	,527	,753
2	,479	,755
3	-,035	,788
4	,496	,755
5	,284	,767
6	,374	,761
7	,312	,766
8	,266	,768
9	,268	,768
10	,494	,753
11	,456	,756
12	,192	,773
13	,405	,759
14	,193	,775
15	,362	,762
16	,237	,771
17	,393	,760
18	,166	,774
19	,294	,766
20	,436	,759
21	,435	,758
22	,239	,770

Tabelle 8: Analyse aus allen Resilienzfragebögen; N=344.

Es wurde eine rotierte Komponentenmatrix (Rotationsmethode Varimax) mit Kaiser-Normalisierung ohne Item 3 berechnet. Folgende Items luden auf Faktor 1:

- 17. Das Leiden hat mich zu einer stärkeren Person gemacht.
- 4. Ich kann mit den Ereignissen in meinem Leben umgehen.
- 1. Ich glaube, dass ich meine momentanen persönlichen Ziele erreichen kann.
- 13. Ich habe mehr Klarheit bekommen über meine Ziele und anstehende Lebensaufgaben.
- 14. Spiritualität/ Glauben hilft mir in der Krise.
- 2. Ich weiß, wie ich mit unerwünschten Symptomen meiner psychischen Erkrankung umgehen kann.
- 9. Mit der psychischen Erkrankung zurechtzukommen, ist nicht das Hauptthema meines Lebens.
- 15. Ich sehe den Umgang mit meiner Erkrankung auch als Reifungsprozeß.

Inhaltlich erscheint eine Deutung des Faktors als Vorhandensein von Ressourcen aus Recovery möglich. Für diesen Faktor ergab sich eine interne Konsistenz gemessen mit Cronbachs alpha von 0,73 und somit eine akzeptable Reliabilität.

Folgende Items luden auf Faktor 2:

- 16. Ich schäme mich für meine psychische Erkrankung.
- 10. Ich habe keine Selbstachtung.
- 19. Es gibt keine Menschen, auf die ich mich verlassen kann.
- 6. Ich bin wenig zuversichtlich, wenn ich an meine Zukunft denke.
- 11. Ich habe keine sinnvolle Beschäftigung/ Interessen/ Hobbies.
- 12. Kontakte zu Angehörigen und Freunden sind mir nicht wichtig.
- 22. Sexualität spielt für mich keine Rolle

Inhaltlich erscheint eine Deutung des Faktors als Vorhandensein von Ressourcen im Bereich Selbstachtung und soziale Ressourcen möglich. Für diesen Faktor ergab sich eine interne Konsistenz gemessen mit Cronbachs alpha von 0,69 und somit eine nur grenzwertig akzeptable Reliabilität.

Folgende Items luden auf Faktor 3:

- 18. Auch wenn ich selbst nicht an mich glauben kann - andere Menschen tun es.



- 7. Ich trage die größte Verantwortung für meine Genesung.
- 5. Ich weiß, dass es psychiatrische Hilfsangebote gibt, die mir nützen können.
- 20. Humor ist für mich hilfreich
- 21. Ich bin neugierig auf die Dinge, die da kommen.
- 8. Ich empfinde das hier vermittelte Krankheitsverständnis als hilfreich.

Inhaltlich erscheint eine Deutung des Faktors als Vorhandensein von Ressourcen der Selbstermächtigung und von Empowerment gedeutet möglich. Die interne Konsistenz gemessen mit Cronbachs alpha ergab 0,58, so dass hier eine niedrige Reliabilität bestand.

### Faktorenanalyse des Resilienzfragebogens

Item	Itemladungen auf Faktor 1	Itemladungen auf Faktor 2	Itemladungen auf Faktor 3
4	,653		
1	,647		
17	,628		
13	,612		
14	,591		
2	,532		
15	<b>,388</b>		<b>,350</b>
9	,342		
10	,379	<b>,683</b>	
16		,682	
11		,647	
19		<b>,604</b>	,390
6	,302	<b>,527</b>	
12		,446	
22		,350	
7			,569
20			,564
5			,547
18			,460
21	<b>,401</b>		<b>,454</b>
8	<b>,348</b>		<b>,423</b>

Tabelle 7: Extraktionsmethode Hauptkomponentenanalyse und Rotationsmethode Varimax mit Kaiser-Normalisierung. Querladungen mit einer Differenz <0,2 sind fett markiert. Ohne Item 3. Bei Items, die auf mehrere Faktoren laden, ist die höhere Ladung kursiv, wenn die Differenz <0,2 beträgt. Analyse aus allen Resilienzfragebögen; N=344.

Die Items 15, 21, und 8 wiesen Querladungen mit einer Differenz < 0,2 auf. Inhaltlich schien dies plausibel, da Faktor 1 und 3 theoretische Überschneidungen aufwiesen. Das Konzept der

Selbstermächtigung aus Faktor 3 kann als Teil der in Faktor 1 beschriebenen hilfreichen Fähigkeiten im Recovery-Prozess gesehen werden.

Aufgrund der mindestens für Faktor 3 nicht akzeptablen internen Konsistenz wurden die vorliegenden Faktoren als für weitere Analysen nicht geeignet angesehen. Als Alternative wurde noch eine Hauptkomponentenanalyse mit 4 Faktoren durchgeführt. Hier ergaben sich unter Verwendung aller Items jedoch für 2 Faktoren eine interne Konsistenz von  $<0,5$ , so dass die Analyse mit 4 Faktoren als gescheitert angesehen werden sollte. Insgesamt erscheint die vorliegende Auswahl der Items als nur bedingt geeignet, um bestehende unabhängige Einflussgrößen der Resilienz und des Recovery Prozesses abzubilden.

## 8 Explorative Analyse zu Fragestellung E2: Untersuchung des Einflusses von biografischen und krankheitsbezogenen Faktoren auf die Selbstwirksamkeitserwartung

Es wurde untersucht, welche biografischen und krankheitsbezogenen Daten Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartung der Patienten haben. Es wurde anhand der Daten vor Einführung des WM der Einfluss der Faktoren Alter, Geschlecht, Dauer der Erkrankung, allgemeines Funktionsniveau (GAF), Diagnose, vorhandene Berufsausbildung, Zahl der Ausbildungsjahre, Suizidalität (Gedanken, Pläne oder Handlungen) in der Anamnese und Einnahme von Suchtstoffen auf den Mittelwert der Tertiärskala des FKK (Internalität vs. Externalität) untersucht. Es wurde eine Bonferroni-Korrektur für 9 Berechnungen durchgeführt.

Für den Faktor Geschlecht ergaben sich in der Varianzanalyse nach der Bonferroni-Korrektur signifikant höhere Mittelwerte bei den Männern als bei den Frauen:  $F(1,151)=9,74$ ;  $p=0,019$ . MW männlich:  $9,8 (\pm 21,7)$ ; MW weiblich:  $-1,3 (\pm 22,2)$ . Für den Faktor Berufsausbildung ergaben sich in der Varianzanalyse signifikant höhere Mittelwerte bei den Patienten mit Berufsausbildung:  $F(1,151)=10,95$ ; MW mit Berufsausbildung:  $8,9 (\pm 21)$ ; MW ohne Berufsausbildung  $-3,5 (\pm 21,3)$ ;  $p=0,009$ . Für den Faktor Suizidalität ergab sich in der Varianzanalyse vor Durchführung der Bonferroni-Korrektur ein signifikanter Einfluss:  $F(3,148)=4,34$ ;  $p=0,006$ . Bei Berechnung der Bonferroni-Korrektur ergab sich folgendes korrigiertes  $p=0,052$ . Da dieser  $p$ -Wert im Grenzbereich zur Signifikanzschwelle  $p<0,05$  liegt, wurden explorativ posthoc-Tests durchgeführt, um zwischen den Untergruppen „nie Suizidalität“, „Suizidgedanken“, „Suizidpläne“ und „Suizidversuche“ zu differenzieren.

In den posthoc-Vergleichen hatte nach Bonferroni-Korrektur die Gruppe der Patienten ohne Suizidalität in der Anamnese signifikant bessere Performanzwerte als die Gruppe mit

Suizidversuchen. Folgende Mittelwerte und Standardabweichungen ergaben sich für diese Gruppen: Gruppe ohne Suizidalität: MW 14,00 ( $\pm 20,92$ ); Gruppe mit Suizidversuchen: MW -1,24 ( $\pm 22,03$ ), MD= 15,2 (SE: 4,32);  $p=0,022$ . Die weiteren oben genannten Einflussgrößen hatten nach der Bonferroni-Korrektur für 9 Berechnungen keinen signifikanten Einfluss auf die Variable FKK-SKI-PC (vgl. Tabelle 8, Anhang).

## 9 Diskussion

### 9.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Alternativhypothesen dieser Studie besagen, dass das „Weddinger Modell“ einen signifikanten Einfluss auf das Selbstwirksamkeitserleben und die Resilienz von Patienten aller diagnostischer Gruppen hat. Die Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) wurde mit dem Instrument FKK (Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen) und die Resilienz mit dem selbst entwickelten Resilienzfragebogen gemessen. Für beide Zielgrößen konnte kein signifikanter Effekt des „Weddinger Modells“ gezeigt werden. Die Nullhypothesen  $H_{10}$  und  $H_{20}$  konnten dementsprechend angenommen werden. Unterschiede in der SWE (Internalität vs. Externalität) hingen nicht vom Krankenhaus, sondern von der Diagnoseverteilung in den Krankenhäusern ab. Nebenbefundlich wurde eine Abhängigkeit der Fatalistischen Externalität im FKK von der Anzahl der Ausbildungsjahre gezeigt. Für die Resilienz konnten ähnliche Einflussgrößen festgestellt werden: Neben dem signifikanten Einfluss der Diagnoseverteilung wurde eine Verbesserung der Resilienz in allen Krankenhäusern zwischen den Erhebungszeitpunkten festgestellt. Der Resilienzfragebogen wurde hinsichtlich seiner Konstruktvalidität untersucht und wies eine positive Korrelation zum FKK-Fragebogen auf. Der Fragebogen ist für eine Aufteilung in inhaltlich differenzierende Faktoren geeignet. Einige Items des Fragebogens müssten im Zuge der weiteren Testentwicklung hierzu jedoch überarbeitet werden, da sie eine geringe Trennschärfe zwischen den Faktoren aufwiesen.

### 9.2 Untersuchung der Einflüsse des „Weddinger Modells“ auf die Selbstwirksamkeitserwartung (Hypothese H1)

Die Einführung einer komplexen, Recovery-orientierten Intervention – nämlich des „Weddinger Modells“ in der PUK SHK – hatte in dieser Studie keinen signifikanten Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartung. Die Verbesserungen der Internalität und des

Selbstkonzeptes eigener Fähigkeiten waren im Vergleich zweier unabhängiger Patientenkohorten vor und nach Einführung der Intervention nicht signifikant. Auch der Rückgang der sozialen Externalität und fatalistischen Externalität zwischen den Erhebungszeitpunkten war nicht signifikant. Es zeigte sich insgesamt zwar eine Verbesserung der Selbstwirksamkeit (Gesamtscore des FKK-Fragebogens) zwischen den Erhebungszeitpunkten, diese war jedoch ebenfalls nicht signifikant und betraf alle untersuchten Krankenhäuser einschließlich der Kontrollhäuser. Deutlicher wurde die SWE von der ungleichen Verteilung der diagnostischen Gruppen zwischen den Krankenhäusern und Kohorten beeinflusst. Im Folgenden soll diskutiert werden, warum im Gegensatz zu anderen Interventionen, die eine Verbesserung der SWE bei psychiatrischen Erkrankungen erreichen können, dieser Effekt durch das WM nicht messbar war.

Die Möglichkeit der gezielten Verbesserung der SWE ist in verschiedenen Studien belegt. Schwarzer beschreibt hier das Vorgehen in der Kognitiven Verhaltenstherapie (vgl. Schwarzer 2004: 21). Die Umstrukturierung der dysfunktionalen Denkmuster in der Depression wird in der KVT in verschiedenen Schritten vorgenommen (vgl. Beck 2004). Die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie bei Depressionen ist in verschiedenen Studien belegt (vgl. Cuijpers *et al.* 2013). Gleichzeitig wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass die SWE eine relativ stabile Kognition ist, die über längere Zeiträume entsteht und generalisiert (vgl. Schwarzer 1994). Schwarzer beschreibt den hohen Einfluss von Ergebniserwartungen (Kognitionen) auf das Verhalten eines Individuums. Erwartungen, die über verschiedene Situationen generalisieren und auch über eine längere Zeit stabil bleiben, führen laut Schwarzer zu einem „dispositionalen Optimismus“, also zu der generalisierten Erwartung, gute Ergebnisse im Leben zu erreichen.

Das „Weddinger Modell“ wurde bei allen Patienten der untersuchten allgemeinpsychiatrischen Stationen und Suchtstationen im Rahmen der Therapie angewandt und sollte u. a. gezielt die SWE stärken. Wie aus der theoretischen Beschreibung der SWE hervorgeht, handelt es sich hierbei jedoch um eine relativ stabile Kognition, die auf einen Lernprozess in verschiedenen Situationen über einen längeren Zeitraum zurückgeht. Eine einmalige stationäre Therapie im Zeitraum von einigen Tagen bis zu einigen Wochen stellt möglicherweise keine ausreichend lange Dauer der Intervention dar, um hier die SWE bei den untersuchten Patienten signifikant zu verändern. In der kognitiven Verhaltenstherapie, die nachgewiesene Effekte auf die SWE hat, ist eine mehrmonatige Therapie nötig, um einen Effekt auf die SWE messen zu können. Passend hierzu beschreibt Krampen nach 13 Sitzungen einer gesprächspsychotherapeutischen Einzelbehandlung einen messbaren Effekt auf die SWE bei Depressiven, gemessen mit den

Skalen des FKK (vgl. Krampen 1991: 70). Hieraus lässt sich ableiten, dass insbesondere die Gruppe der affektiven Erkrankungen eine zeitlich länger andauernde Intervention zur Stärkung der SWE benötigt, als dies im Rahmen einer einmaligen stationären Therapie möglich ist. Dass diese Gruppe besonders von reduzierter SWE betroffen ist, belegen verschiedene Studien: Insbesondere eine erniedrigte SWE bei Depressionen (vgl. Fristedt *et al.* 2007; Sacco *et al.* 2005) und bei Angsterkrankungen ist wissenschaftlich nachgewiesen (vgl. Iancu *et al.* 2015). Die SWE wurde auch als Prädiktor des Auftretens psychiatrischer Erkrankungen aus dem Bereich Depressionen, Angsterkrankungen (vgl. Takaki *et al.* 2003) und Posttraumatischer Belastungsstörungen (vgl. Blackburn und Owens 2015) belegt.

Einflüsse der SWE auf den Therapieverlauf insbesondere bei Suchterkrankungen (vgl. Tate *et al.* 2008, Zingg *et al.* 2009) wurden gezeigt. Bei der Untersuchung der SWE bei schizophrenen Psychosen wurde meist auf die soziale Funktionalität von Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie fokussiert. Vaskinn *et al.* zeigten den Einfluss der Selbstwirksamkeit auf Negativsymptome und soziale Funktionalität (vgl. Vaskinn *et al.* 2015). Auch wurden bei Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie Zusammenhänge zwischen sozialen Aspekten der SWE und erfolgreichem interpersonalem Verhalten belegt (vgl. Morimoto *et al.* 2012). Hieraus lässt sich ableiten, dass der längere Verlauf der Erkrankung auch vom Erreichen von SWE zwischen den Erkrankungsphasen beeinflusst wird. Eine Intervention zwischen den stationären Aufenthalten im ambulanten Bereich wäre also erfolgversprechend und sollte an die Intervention des WM anschließen. Diese könnte in eine Behandlung in der Institutsambulanz integriert werden und den Einsatz von Peer-Trainings unter Betroffenen (vgl. Cook *et al.* 2011) und von psychotherapeutischen Elementen beinhalten. Hier wäre auch ein Ansatz zur wissenschaftlichen Verlaufsbeurteilung der SWE zwischen den Erkrankungsphasen – vorteilhaft wäre in diesem Setting, dass nicht allein die SWE in der akuten Erkrankung gemessen wird, sondern auch die prämorbid Ausprägung dieser Kognition. Hierdurch könnte auch eine Verbesserung der Präanalytik für stationäre Untersuchungen erreicht werden und das Ausgangsniveau der SWE vor einer akuten Erkrankung differenzierter in die Betrachtung der Wirkung des WM einbezogen werden. Auch wäre denkbar, dass die recht stabile Kognition SWE aussagekräftiger außerhalb der akuten Krankheitsphasen gemessen werden kann, da so Veränderungen durch eine akute Psychopathologie weniger stark ausgeprägt wären. In diesem Zusammenhang wird verschiedentlich diskutiert, dass ein relevanter Teil von Recovery im ambulanten Bereich stattfindet. Die S3-Leitlinie der DGPPN von 2013 zu psychosozialen Therapien berücksichtigt dabei die Evidenz für die Wirksamkeit der psychosozialen Therapie im ambulanten Bereich im Recovery-Prozess (vgl. DGPPN 2013). Sie beschreibt auch die

Wirksamkeit von Peer-to-peer-Beratung, wie sie in ambulanten Recovery-Trainings denkbar wäre. Hieraus ergeben sich auch Implikationen für die Versorgungsforschung. Als mögliche Forschungsansätze werden im Artikel „Impulse für die Versorgungsforschung: Was folgt auf die DGPPN S3-Leitlinie zu psychosozialen Therapien?“ die systematische Erfassung der Inanspruchnahme von soziotherapeutischen Maßnahmen im ambulanten Bereich genannt und als Endpunkte von möglichen Studien werden auch Kriterien wie Recovery und gesundheitsbezogene Lebensqualität vorgeschlagen (vgl. Bramesfeld *et al.* 2014).

Limitationen für die Messung des Effektes des WM auf die SWE im stationären Bereich ergaben sich aus dem Zeitpunkt der zweiten Erhebung Ende 2011. Die Wirkung des WM war vermutlich zum Zeitpunkt der Untersuchung in der PUK SHK noch nicht einheitlich und die spezifischen Elemente der Therapieplanung und -durchführung nach dem WM in den verschiedenen Stationsteams noch unterschiedlich ausgeprägt. Hierfür ursächlich war unter anderem die relativ kurze Dauer seit Beginn der Schulungen Ende 2010. Das Seminar zur Implementierung vermittelte vor allem den theoretischen Teil des WM und Übungen zur Umsetzung waren nur exemplarisch möglich – so kam der Schulung der Teams im Verlauf und der Offenheit der Teams für Veränderung eine große Bedeutung zu. Im Verlauf der Implementierung bis zur zweiten Erhebung Ende 2011 waren in den unterschiedlichen Stationsteams zeitweise auch kritische Haltungen gegenüber der Veränderung der Therapieabläufe durch das WM vorhanden, was insgesamt den Prozess der Implementierung beeinflusste und auf die Zeit nach Abschluss der Studie ausdehnte. Eine weitere Erhebung zwei bis vier Jahre nach Beginn der Implementierung wäre hier womöglich geeigneter gewesen, um den Effekt zu messen.

Das Ergebnis einer tendenziellen Verbesserung der SWE in allen untersuchten Krankenhäusern zwischen den Erhebungszeitpunkten ist grundsätzlich bemerkenswert. Dies könnte Ausdruck einer insgesamt in jüngerer Vergangenheit zu beobachtenden Stärkung der Patienten- und Ressourcenorientierung und insofern Ausdruck eines ubiquitär einsetzenden Veränderungsprozesses in der Behandlung psychisch Kranker sein. Denkbar ist auch, dass die teilnehmenden Schwesternkrankenhäuser Teile des „Weddinger Modells“ im Sinne eines Spillover-Effektes mit in ihr Behandlungskonzept integriert haben. Dies könnte sogar durch die Durchführung dieser Studie induziert worden sein, zumal im Vorfeld der Studie im Rahmen der Einführung in den Schwesternhäusern auch Grundzüge des „Weddinger Modells“ erläutert wurden. Möglich wäre jedoch auch, dass die beobachtete tendenzielle Verbesserung der SWE mit allgemeinen Effekten zusammenhängt, die sich nicht auf die stationär psychiatrische

Behandlung beziehen, wie die Verbesserung von ambulanten Diensten oder von sozialer gesellschaftlicher Unterstützung im Allgemeinen.

Es zeigte sich weiterhin nebenbefundlich eine inverse Korrelation der Ausbildungsjahre mit der Fatalistischen Externalität. Auch konnte ein signifikanter Effekt für die Interaktion Diagnose und Kohorte auf die Fatalistische Externalität gezeigt werden. Hieraus kann abgeleitet werden, dass der Effekt der Art der Diagnose und deren Verteilung zwischen den Kohorten auf die Fatalistische Externalität stärker ist, als derjenige des „Weddinger Modells“. Diese Befunde korrelieren mit den bekannten Untersuchungen zur differentiellen Validität des FKK. Krampen verweist auf mehrere Befunde mit einer starken inversen Korrelation der FKK-Skala FKK-C zu den Jahren der Schulbildung (vgl. Krampen 1991: 64). Auch beschreibt Krampen eine differentielle Validität des FKK hinsichtlich der Diagnose. Studien liegen hier vorwiegend zum FKK-Skalenprofil vor Therapiebeginn vor. Krampen erläutert, dass anhand der Skalenprofile zwischen depressiven Patienten und Suchtpatienten differenziert werden kann und dass bei jeweils insgesamt erniedrigter SWE (Internalität vs. Externalität) beispielsweise die Internalität bei Suchtpatienten höher liegt, als bei depressiven Patienten (vgl. Krampen 1991: 66f). Hier wäre eine weiterführende wissenschaftliche Untersuchung zur Abhängigkeit der SWE von der Art der Diagnose sinnvoll. Eine differenziertere Darstellung der Unterschiede zwischen der SWE bei unterschiedlichen Diagnosen ist im Design der aktuellen Studie nur schwer möglich. Durch die sehr inhomogenen Gruppengrößen der einzelnen F-Kategorien (ICD) bei Einschluss aller behandelten Patienten ist eine geeignete Aufteilung in einzelne Diagnosen in der statistischen Analyse nicht durchführbar.

In der vorliegenden Arbeit wurden zur Auswertung diagnostische Gruppen zusammengefasst: Die ICD-Kategorie 1 zur Untergruppe „Sucht“, die ICD-Codes F2, F30 und F31 zur Untergruppe „Psychosen und Bipolar“, die Codes F32ff und F4 zur Untergruppe „Depression, Angst und Zwang“. Die diagnostische Gruppe „Sonstige“ mit vorwiegend F6 und einigen Fällen aus F0, F5 und F7 wurde nicht in die Analyse einbezogen. Dies machte es möglich, eine aussagekräftige Analyse von Gruppenunterschieden über das heterogene Feld aller Diagnosen hinweg durchzuführen. Gleichzeitig wird hierdurch auch eine wichtige Limitation des Studiendesigns deutlich: Der Einschluss aller behandelten Patienten umfasst Patienten unterschiedlichster Erkrankungen, was ein inhomogenes Bild hinsichtlich des jeweiligen Grades an Selbstwirksamkeit entstehen lässt und auch unterschiedlichste psychopathologische Bilder zusammenfasst und lässt zwischen den untersuchten Krankenhäusern sehr inhomogene Gruppen entstehen.

In der PUK SHK wurde wie beschrieben ein höherer Anteil an Psychosepatienten untersucht als in den Vergleichshäusern. Die Stationen, auf denen das „Weddinger Modell“ zuerst etabliert wurde, waren psychiatrische Allgemeinstationen, die optional geschlossen geführt werden konnten und folglich akute Psychoseerkrankungen häufig behandelten. Möglicherweise liegt auch eine vermehrte Zahl der akuten Psychoseerkrankungen im Berliner „Problembezirk“ Wedding im Vergleich zu den dezentraleren Einzugsgebieten der beiden anderen Krankenhäuser vor. Die Intention des WM bezog sich somit in besonderer Weise auf Psychoseerkrankte. Daher wurde zusätzlich in der Auswertung der Daten eine gesonderte Analyse dieser diagnostischen Gruppe vorgenommen. Auch für die isolierte Betrachtung der Gruppe der Psychosepatienten zeigte sich jedoch kein signifikanter Effekt des „Weddinger Modells“ auf die SWE. Auch im Hinblick auf die Gruppe „Sucht“ zwischen den Häusern bestand eine deutliche Inhomogenität. Diese ergab sich unter anderem dadurch, dass in den Vergleichshäusern keine Erhebungen auf den spezialisierten Sucht-Fachstationen durchgeführt wurden. Es wurde daher auch eine gesonderte Analyse für die SWE unter Ausschluss dieser Gruppe vorgenommen. Hierunter zeigten sich jedoch keine Änderungen im Hauptergebnis. Es lässt sich aus den beschriebenen Befunden ableiten, dass Einflussgrößen mit größerer Effektstärke als das „Weddinger Modell“ den entscheidenden Teil des Ergebnisses ausmachen. Demgegenüber ist der Effekt des „Weddinger Modells“ bei der vorliegenden Stichprobengröße nicht nachweisbar. Da sich die untersuchten Krankenhäuser in den Merkmalen Ausbildungsjahre und Diagnosen unterschieden, liegt nahe, dass die soziokulturellen Unterschiede in den Einzugsgebieten einen weiteren wichtigen Anteil an den Ergebnissen haben. Nahe liegt, dass im Berliner Bezirk Wedding neben den gezeigten signifikant niedrigeren Ausbildungsjahren auch weitere Zeichen eines niedrigen sozialen Status wie niedrigeres Einkommen, schlechter verfügbare öffentliche Einrichtungen, eine höhere Kriminalität etc. vorliegen als in den Vergleichshäusern in Berlin Weißensee und Berlin Treptow-Köpenick. Auch weitere Merkmale wie der Migrationshintergrund könnten einen hohen Effekt auf die SWE haben und sollten zur Identifikation von möglichen Störgrößen zukünftig einbezogen werden. Einen Migrationshintergrund hatten 2013 in Berlin Wedding 48,3% der Bevölkerung (vgl. Amt für Statistik Berlin- Brandenburg 2014). Eine aktuelle Studie konnte den Zusammenhang zwischen der Migration, einer hohen sozioökonomischen Belastung – beispielsweise durch Armut, gesellschaftlichen Ausschluss und unsichere Lebensbedingungen – und psychischen Belastungen belegen. Der Zusammenhang bestand auch unabhängig von Prämigrationsfaktoren (vgl. Kluge *et al.* 2019). Es liegt daher nahe, dass im



Einzugsgebiet der PUK SHK die Migration einen hohen Effekt auf psychische Beschwerden und auch die SWE hat.

Zum wissenschaftlichen Nachweis des Effektes auf die SWE des „Weddinger Modells“ wären in diesem Zusammenhang weit größere Fallzahlen und längere Beobachtungszeiträume nötig.

### 9.3 Einfluss des „Weddinger Modells“ auf die Resilienz (Hypothese H2)

Die durchgeführte Intervention des „Weddinger Modells“ in der PUK SHK hatte in dieser Studie keinen signifikanten Einfluss auf die mit dem von der Arbeitsgruppe „Weddinger Modell“ erstellten Testinstrument gemessene Resilienz. Es konnte lediglich eine signifikante Verbesserung der Resilienz zwischen den Erhebungszeitpunkten in allen untersuchten Krankenhäusern festgestellt werden. Diese kann nur allgemeinen Effekten, die über alle Krankenhäuser Wirkung hatten, oder allgemeinen Effekten im ambulanten Bereich zugeordnet werden. Zu allgemeinen Veränderungen im gesamten Bereich der Krankenhäuser des gleichen Trägers in diesem Zeitraum liegen jedoch keine verwertbaren Daten vor. Auch über die den ganzen Raum Berlin betreffende Einflüsse auf die Resilienz liegen keine verwertbaren Daten vor. Denkbare allgemeine Einflüsse, die nicht spezifisch auf das „Weddinger Modell“ zu beziehen sind, wurden schon im vorausgehenden Abschnitt diskutiert. Sie beziehen sich auf eine allgemeine Verbesserung von Patienten- und Ressourcenorientierung in der aktuellen Entwicklung in der Psychiatrie und auf mögliche Spillover-Effekte des „Weddinger Modells“, die sowohl die SWE als auch die Resilienz betreffen. Im Gegensatz zur vorliegenden Studie konnten andere Arbeiten die Wirkung stationärer Programme auf Elemente von Recovery belegen. Die Untersuchungen beziehen sich meist auf die Untersuchung von Recovery als Ganzes und nicht der Resilienz im Besonderen. Die inhaltliche Nähe der Konzepte ist jedoch hoch und die verwendeten Items des Resilienzfragebogens sind denen der etablierten Instrumente zur Beurteilung von Recovery ähnlich (vgl. Kapitel 1.14). So zielen klinische Beschreibungen von Recovery auch auf die Stärkung der Resilienz ab, beispielsweise die „Recovery-orientierten Verhaltensweisen für Profis“, die das „National Institute for Mental Health England“ 2004 aufstellte. Chang *et al.* beispielsweise zeigten die Zunahme von Recovery nach Etablierung eines entsprechenden Programmes (mit Therapiedauern von mehr als 3 Monaten) in der stationären psychiatrischen Versorgung in Massachusetts (vgl. Chang *et al.* 2018).

Es bestehen Limitationen bezüglich der einmaligen Messung der Resilienz innerhalb einer akuten Erkrankungsphase – diese sind äquivalent zu den bereits im vorausgegangenen

Abschnitt beschriebenen Limitationen bei der Messung der SWE. Geeigneter wäre auch hier die Messung über verschiedene Zeitpunkte im ambulanten Bereich, um die Einflüsse der akuten Psychopathologie zu vermindern und eine geeignete Präanalytik für stationäre Interventionen verwenden zu können.

In den bereits vorab veröffentlichten Ergebnissen der Daten aus der Prä-Post-Analyse aus der PUK SHK ohne Vergleichsgruppen von Mahler *et al.* beschreibt Montag: „Der Vergleich der Erhebungen 2010 und 2011 innerhalb der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus zeigte eine signifikante Zunahme des RFB-Summenscores [Resilienzfragebogen – Anm. d. Verf.] nach Einführung des „Weddinger Modells“ [...]“ (Mahler *et al.* 2014: 237). Die durch Montag genannte Zunahme der Resilienz ist wie oben beschrieben unter Einbeziehung der Daten aus der Vergleichshäuser kein spezifischer Effekt des „Weddinger Modells“.

Als wichtige Einflussgröße auf die Resilienz konnten wie schon bei der Selbstwirksamkeitserwartung die Art der Diagnose identifiziert werden. Patienten der diagnostischen Gruppe „Affektive Erkrankungen“ hatten eine signifikant schlechtere Resilienz als Patienten der Gruppe „Psychosen“. Da die Resilienz sich theoretisch betrachtet in großer inhaltlicher Nähe zur SWE befindet und die SWE als essentieller Teil der krankheitsbezogenen Resilienz gesehen werden kann, sind diese diagnosespezifischen Ähnlichkeiten in den Ausprägungen dieser Zielgrößen nachvollziehbar. Die inhaltliche Nähe der beiden Konstrukte wird auch durch die signifikante Korrelation zwischen den Summenscores des FKK mit dem Resilienzfragebogen untermauert. Psychopathologisch kann die niedrigere Ausprägung der Resilienz bei affektiven Erkrankungen beispielsweise anhand der Theorie der „Erlernen Hilflosgkeit“ Seligmans erläutert werden. Hiernach haben depressive Patienten die Überzeugung, keine eigenen Handlungsmöglichkeiten zur Beeinflussung ihres Zustandes zur Verfügung zu haben. Eine mögliche Erläuterung hierzu bietet auch die Theorie des externalen Attributionsstiles in Bezug auf positive Lebensereignisse und des internalen Attributionsstiles in Bezug auf negative Lebensereignisse bei depressiven Patienten. Eine hohe Resilienz hingegen setzt die Erfahrung voraus, auch in schwierigen Lebenssituationen eigene Handlungsressourcen und Quellen von Sinnerfülltheit zur Verfügung zu haben. Weiterhin steht das höhere Erleben von Resilienz mit eigenen Handlungs- und Bewältigungsressourcen bei den Patienten der Gruppe „Psychosen“ womöglich auch in engem Zusammenhang zur Psychopathologie. In diese Gruppe wurden in dieser Studie auch Patienten mit manischen Episoden und schizoaffektiv-manischer Erkrankung eingeordnet. Bei diesen Erkrankungen sind Zustände pathologisch erhöhten Selbstbewusstseins bis zu Größenideen vorhanden, welche den

Eindruck der uneingeschränkten Möglichkeiten an Handlungsalternativen beim Betroffenen erwecken. Auch ist in diesem Zusammenhang das eingeschränkte Urteilsvermögen bezüglich der eigenen Fähigkeiten bei Psychoseerkrankungen mit Größenwahn von Bedeutung. Oft werden nahezu uneingeschränkte Handlungsmöglichkeiten vom Betroffenen angenommen.

Da wie vorab beschrieben in der PUK SHK mit Einzugsbereich Berlin Wedding ein höherer Prozentsatz an Psychosepatienten behandelt wurde als in den Vergleichshäusern, liegt nahe, dass die Stationen der PUK SHK einen besonderen Fokus auf die Stärkung der Resilienz bei Psychosepatienten gerichtet haben. Daher wurde auch hier eine gesonderte Analyse des Einflusses des „Weddinger Modells“ auf diese Gruppe durchgeführt. Eine signifikante Verbesserung der Resilienz durch das „Weddinger Modell“ konnte jedoch auch für diese Gruppe nicht gezeigt werden. Die Inhomogenität der Verteilung der Gruppe „Psychose“ ist jedoch ein möglicher Verzerrer bezüglich des Gesamtergebnisses, insbesondere auf dem Hintergrund des signifikant besseren Resilienzscores in dieser Gruppe.

#### 9.4 Allgemeine Limitationen in der Untersuchung des Effektes des „Weddinger Modells“ auf die SWE und Resilienz

Es ergeben sich Limitationen im Design der Studie, die auf die Untersuchung der Effekte des „Weddinger Modells“ auf die SWE und die Resilienz gleichermaßen Einfluss hatten: In der Studie wurden zu den beiden Untersuchungszeitpunkten jeweils unterschiedliche Patientenkollektive untersucht. Ein geeigneteres Studiendesign zur Untersuchung der Beeinflussung einer derart stabilen Kognition wie der SWE wäre eine longitudinale Studie, die das gleiche Patientenkollektiv zu mehreren Zeitpunkten der Intervention und über einen längeren Zeitraum einbezieht. Theoretisch denkbar wäre auch, zum Zeitpunkt der Erstmanifestation einer psychischen Erkrankung eine Randomisierung mit Aufteilung in zwei Studienarme mit Intervention nach dem „Weddinger Modell“ oder „treatment as usual“ vorzunehmen. Dies ist jedoch weder ethisch vertretbar noch praktikabel. Bezüglich der Verbesserung der Effekte auf die Selbstwirksamkeit und Resilienz wäre eine regelmäßige Intervention einer einmaligen stationären Behandlung überlegen. Dies wäre beispielsweise im Rahmen eines ambulanten Programmes zur Unterstützung der Selbstwirksamkeit und Resilienz im Recovery-Prozess möglich, welches im Anschluss an die stationäre Therapie erfolgt. Alternativ wäre auch eine Langzeituntersuchung über mehrere stationäre Aufenthalte hinweg theoretisch denkbar – jedoch ist die Etablierung einer Kontrollgruppe hierzu kaum praktikabel. Für den Effekt einer ambulanten Intervention sprechen die positiven Ergebnisse im Raum Ohio

einer Recovery-orientierten ambulanten Intervention von geschulten Patienten für Patienten. Anhand einer mehrwöchigen Intervention wurde dort bei allen Teilnehmern regelmäßig Recovery trainiert und unterstützt. Die randomisierte, kontrollierte Studie zeigte eine signifikante Besserung von Krankheitssymptomen und eine Verbesserung von Hoffnung und Lebensqualität (vgl. Cook *et al.* 2011). Bezüglich der vorliegenden Studie wird im Vergleich eine weitere Limitation deutlich: Es lagen für die Interventionsgruppe keine Vergleichswerte von Resilienz und SWE vor der akuten Erkrankung und stationären Aufnahme vor. Es kann somit nicht bestimmt werden, ob sich die Intervention beim jeweiligen Patienten fördernd oder weniger vermindern auf SWE und Resilienz ausgewirkt hat.

Für einen Effekt der Zeitdauer der Intervention sprechen auch die Ergebnisse von Chang *et al.*, die im stationären Setting die Wirksamkeit von Recovery-orientierten Maßnahmen zeigten (vgl. Chang *et al.* 2018). Diese Intervention und wissenschaftliche Untersuchung erfolgte in einem stationären Bereich, in dem 90% der untersuchten Patienten mehr als 3 Monate in Behandlung waren. In diesem Zeitraum ist vorstellbar, dass die persönlichen Ressourcen der Resilienz im Recovery Prozess nachhaltig und messbar gestärkt werden können. Demgegenüber erfolgte die vorliegende Studie in einem stationären Setting der psychiatrischen Akutmedizin, in dem die Verweildauer zwischen einigen Tagen und Wochen liegt und die Behandlung über mehrere Monate die Ausnahme darstellt. Eine weitere Limitation im Studiendesign bei der Untersuchung des Einflusses des „Weddinger Modells“ ergibt sich weiterhin durch die unterschiedliche Nähe der Erhebungen zur Entlassung aus der stationären Behandlung. Diese ergaben sich aus organisatorischen Erwägungen zur Durchführung der Erhebung und aus Änderungen in der Entlassungsplanung nach der schon abgeschlossenen Erhebung. Hierdurch wurden Patienten unterschiedlicher Remissionsgrade der Erkrankung untersucht, was das Ergebnis deutlich verzerrt haben könnte. Diese Verzerrung könnte möglicherweise im Studiendesign berücksichtigt werden, indem Patienten grundsätzlich am Tag der Entlassung oder am Folgetag eingeschlossen werden. Auch wurde in der vorliegenden Studie nicht die Anzahl der Tage der stationären Behandlung erfasst. Es liegt also keine Information über die tatsächliche erfolgte Intensität der Intervention – bzw. der Einwirkzeit des „Weddinger Modells“ – vor. Denkbar wäre, dass in der PUK SHK durch die Etablierung eines breiten ambulanten Versorgungsnetzwerkes im Rahmen der Psychiatrischen Institutsambulanz Patienten früher entlassen werden als in den Vergleichshäusern mit weniger breit aufgestellten Ambulanzen.

Eine mögliche weitere Quelle der Verzerrung war die Ablehnung der Befragung durch eine relevante Gruppe der während der Erhebungsphase behandelten Patienten (Selektionsbias).

Die Daten zur Anzahl der Patienten, die die Studienteilnahme ablehnten (Screeningliste) liegen dem Autor z.Zt. nicht mehr vor und können daher nicht gesondert diskutiert werden. Es ist jedoch denkbar, dass in der Interventionsphase insbesondere Patienten, die mit der Behandlung nach dem WM zufrieden waren und den Elementen des „Weddinger Modells“ positiv gegenüberstanden, an der Studie teilnahmen. Als limitierend für die statistische Auswertung erwies sich die teilweise eingeschränkte Datenqualität zu den erhobenen Kontrollvariablen, insbesondere zur Kontrollvariable „Ausbildungsjahre“. Dadurch ergab sich für die Hauptanalyse (ANCOVA und MANCOVA) zum FKK (Hypothese H1) eine geringere Fallzahl. Die Hauptanalyse zu Hypothese H2 (ANCOVA) war hiervon nur in geringem Ausmaß betroffen, da für die Kontrollvariable „Alter bei Erstmanifestation“ eine bessere Datenqualität bestand. Für zukünftige Studien wäre hier eine bessere Datenqualität zu den erhobenen soziodemografischen und krankheitsbezogenen Variablen wünschenswert. Hier könnte insgesamt die hohe Anzahl der erhobenen Daten in der aktuellen Studie die Datenqualität vermindert haben, da Patienten und Untersucher viel Zeit in die Erhebung investieren mussten. In Vorbereitung weiterer Untersuchungen wäre eine vorausgehende Bestimmung der Stichprobengröße anhand der Berechnung der Effektstärke empfehlenswert.

## 9.5 Untersuchungen zu Anwendbarkeit, Konstruktvalidität und Dimensionalität des Resilienzfragebogens (Fragestellung E1)

Der Resilienzfragebogen wurde durch die Arbeitsgruppe „Weddinger Modell“ an der PUK SHK entwickelt. Hierbei wurden bekannte Elemente von Recovery und Resilienz aus bereits vorhandenen englischsprachigen Testinstrumenten berücksichtigt (vgl. McNaught *et al.* 2007). Weiterhin gingen spezifische Erfahrungen aus der Behandlung von Patienten aus dem Einzugsgebiet Berlin Wedding in die Entwicklung der Items ein. Eine in der Testentwicklung übliche Untersuchung zu klassischen Testgütekriterien erfolgte bislang nicht. Im Rahmen dieser Studie wurde die Konstruktvalidität des Untersuchungsinstrumentes durch eine Korrelation des Summenscores mit der Tertiärskala des Fragebogens FKK untersucht. Da hier eine starke positive Korrelation der beiden Skalen vorlag, kann die Konstruktvalidität hierdurch gestützt werden. Passend zu diesem Ergebnis besteht auch inhaltlich, wie bereits erläutert, eine deutliche Schnittmenge der Konstrukte Resilienz und Selbstwirksamkeitswartung – insbesondere was die Erwartung angeht, mit der Krisensituation der psychischen Erkrankung zurecht zu kommen und aus dieser gestärkt hervor zu gehen.

Aus der theoretischen Beschreibung der Resilienz gehen verschiedene Einzelaspekte hervor. Laut Schrank und Amering sind wichtige Elemente der Resilienz zum Beispiel protektive Faktoren aus der Persönlichkeitsstruktur, der Familie und Umwelt einer Person und individuelle Stärken im Umgang mit Stress (vgl. Schrank und Amering 2007: 47). Auch der Begriff Recovery beinhaltet einzelne inhaltlich voneinander abgrenzbare Elemente.

In dieser Arbeit wurde der Resilienzfragebogen anhand einer explorativen Faktorenanalyse auf inhaltlich voneinander unterscheidbare Subskalen hin untersucht. Die erhobene Stichprobe war für diese Analyse gut geeignet, auch zeigte sich eine gute Gesamthomogenität des Fragebogens. Dies spricht dafür, dass ein inhaltliches Gesamtkonstrukt hinter den Einzelitems steht. Anhand eines Screeplot lag eine Lösung mit 3 Faktoren nahe. Problematisch in der Zuordnung zu einem der Faktoren erwies sich das Item 3, welches in dieser Statistik eine negative Item-Skala-Korrelation aufwies, obwohl vorab bereits eine Umkehrung der Skala bei allen Fragen mit Verneinung der Hauptaussage vorgenommen wurde. Das Item lautet: „Ich erkenne keine persönlichen Auslöser für meine psychischen Probleme.“ Möglicherweise wurde hier die Verneinung in der Frage durch die Probanden teilweise nicht verstanden – das Item wäre dann aufgrund seiner Schwierigkeit nicht geeignet. Eine weitere mögliche Interpretation wäre eine grundsätzlich eingeschränkte interne Konsistenz des Items. Persönliche Auslöser für die Erkrankung zu kennen, muss nicht in jedem Fall die Resilienz bedeuten. Möglich wäre auch die Interpretation, dass das Kennen vieler persönlicher Auslöser ein Zeichen für eine internale Attribution der psychischen Erkrankung ist und somit eher ein Element der Vulnerabilität gegenüber psychischer Erkrankung. Dieses Item sollte bei der weiteren Entwicklung des Fragebogens entfernt werden und wurde nicht in die weitere statistische Analyse einbezogen. Weiterhin problematisch für die Faktorenanalyse erscheint die niedrige Trennschärfe von 10 Items. Passend zu der niedrigen Trennschärfe dieser Items fiel auch die Hauptkomponentenanalyse mit 3 Faktoren nicht zufriedenstellend aus. Lediglich der erste Faktor wies eine gute Reliabilität auf, so dass die Faktorenanalyse an diesem Punkt als gescheitert angesehen werden sollte. Inhaltlich ist für den ersten Faktor auch eine plausible Deutung unter dem Überbegriff „Ressourcen im Bereich Recovery“ möglich. Der zweite Faktor könnte inhaltlich mit dem Überbegriff „Selbstachtung und soziale Ressourcen“ gedeutet werden, wobei hier offensichtlich schon mehrere konzeptuell getrennte Aspekte vorliegen. Im Zuge der weiteren Entwicklung dieses Testinstrumentes wäre eine Überarbeitung der nicht trennscharfen Items nötig. Hier könnten beispielsweise anstelle von wenig trennscharfen Items noch spezifischere Items, die auf den Weddinger soziokulturellen Hintergrund zugeschnitten sind, eingebracht werden. Möglich wäre hier ein Bezug zum Umgang mit Entwurzelung und

Migration und der damit verbundenen Integration in eine neue Lebensumgebung. Einen Migrationshintergrund hatten 2013 in Berlin Wedding 48,3% der Bevölkerung (vgl. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2013). Hiermit verbunden wäre dann jedoch eine Selektion der ProbandInnen nach dem tatsächlichen Vorliegen eines Migrationshintergrundes. Vorab wären Untersuchungen bei ProbandInnen mit Migrationshintergrund nötig, die das Vorhandensein eines Konzeptes von Recovery und Resilienz als solches explorieren. Möglicherweise bestehen hier auch deutliche kulturell geprägte Unterschiede.

Alternativ wäre auch ein Weglassen der nicht trennscharfen Items und Beibehalten der Items mit grenzwertiger Item-Skala-Korrelation um 0,3 möglich. Im Anschluss sollte dann eine erneute Faktorenanalyse unter Verwendung einer homogeneren Studienpopulation als der vorliegenden und einer größeren Fallzahl erfolgen.

Zusammenfassend ist der Resilienzfragebogen mit allen Items für die Untersuchung von Aspekten der Selbstwirksamkeitserwartung und der Resilienz geeignet und weist eine gute interne Konsistenz für alle Items auf. Eine weitergehende Untersuchung und konkurrente Validierung zu etablierten Testinstrumenten der Resilienz und von Recovery ist empfehlenswert. Auch ist die Prüfung der üblichen Testgütekriterien anhand geeigneter homogener Stichproben für verschiedene Populationen zu empfehlen. Für eine inhaltliche Differenzierung von zugrundeliegenden Faktoren ist der Fragebogen unter Verwendung der Studienpopulation dieser Studie nicht geeignet. Daher ist aktuell lediglich die Verwendung des Summenscores dieses Fragebogens empfehlenswert.

## 9.6 Explorative Untersuchung der Einflüsse auf die Selbstwirksamkeitserwartung vor Einführung des „Weddinger Modells“ (Fragestellung E2)

Anhand der Daten aus der ersten Erhebung vor Einführung des „Weddinger Modells“ wurde explorativ auf Einflussgrößen des Selbstwirksamkeitserlebens untersucht. Zu diesem Zeitpunkt hatte noch keine Intervention stattgefunden, so dass diese Daten als repräsentativ für allgemeine Einflussfaktoren der Selbstwirksamkeitserwartung bei psychiatrischen Patienten im Berliner Raum gelten können. Es zeigten sich in dieser Gruppe eine signifikant bessere Selbstwirksamkeitserwartung von Männern als bei Frauen. Weiterhin hatte die Gruppe mit Berufsausbildung eine bessere SWE als diejenige ohne Berufsausbildung. In der differenzierten Betrachtung der Suizidalität hatte diejenige Gruppe ohne Suizidalität in der Anamnese eine bessere SWE als die Gruppe mit mindestens einem Suizidversuch. Untersucht wurden die

Unterschiede zwischen Patienten ohne Suizidalität in der Anamnese, verglichen mit Suizidgedanken, -plänen oder -versuchen in der Anamnese.

Für die ausgewählte Gruppe von stationären psychiatrischen Patienten aller Diagnosen und Altersgruppen gab es in der Literatur bislang keine vergleichbaren Untersuchungen der Selbstwirksamkeitserwartung für den deutschsprachigen Raum. Eine Bezugnahme auf bisherige Studienergebnisse ist hier daher nur eingeschränkt möglich. Es liegen jedoch Untersuchungen zur differentiellen Validität der FKK-Skalen vor. Krampen erläutert in Bezug auf Geschlechtsunterschiede: „Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Geschlechtsunterschiede in den FKK-Skalen zwar – in Abhängigkeit von der Stichprobengröße – beobachtet werden können, dass sie aber dann, wenn sie auftreten, von der Effektstärke her gering ausgeprägt sind und adäquater durch psychologische Variablen der individuellen Geschlechtsrollen-Orientierung beschrieben werden können“ (Krampen 1991: 63). In der aktuellen Studie wurde allerdings nicht, wie von Krampen vorgeschlagen, eine Geschlechtsrollen-Orientierung erhoben – eine Ergänzung dieser Erhebung wäre für weiterführende Studien interessant. Das hier vorliegende Ergebnis kann möglicherweise in Zusammenhang mit den in Deutschland noch immer vorliegenden Unterschieden in beruflichen und sozioökonomischen Entwicklungschancen von Männern gesehen werden. Auch ist denkbar, dass Männer in der Entwicklung ihrer Selbstwirksamkeitserwartung in Deutschland das herrschende gesellschaftliche Modell internalisieren und daraus eigene Bewältigungsmöglichkeiten und Chancen ableiten. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass das mittlere Alter in dieser Gruppe bei 41,24 ( $\pm 14,30$ ) lag, aktuelle Entwicklungen zur Chancengleichheit von Männern und Frauen für die individuelle Entwicklung der SWE bei den Probanden also womöglich noch nicht entscheidend waren.

Der Einfluss von soziodemografischen Variablen wie der vorhandenen Berufsausbildung oder der Anzahl der Ausbildungsjahre, der in dieser Studie gezeigt werden konnte, ist in der Literatur bereits beschrieben (vgl. Krampen 1991: 64). Krampen beschreibt eine positive Korrelation mit der Höhe des Schulabschlusses und den Jahren der Schulbildung. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten darauf hin, dass die SWE mit der Höhe des Bildungsgrades allgemein und mit der Zunahme von beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten zunimmt. Vorstellbar ist auch, dass hier in der individuellen Entwicklung der SWE eine gesellschaftliche Einordnung in einer leistungsbezogenen Gesellschaft erfolgt, die eigene Chancen mit denen anderer vergleicht. Hohe Chancen und damit eine hohe SWE sind in der westlichen Gesellschaft häufig mit hohen beruflichen Qualifikationen verbunden. Interessant wäre hier ein Vergleich mit anderen Gesellschaftsformen mit weniger leistungsbezogenem Charakter. Gerade was den



Umgang mit psychiatrischen Erkrankungen angeht, kann die eigene berufliche Qualifikation eine besonders wichtige Quelle von SWE sein, da sie den Weg zurück in ein sinnerfülltes Leben nach Erkrankungsepisoden ermöglicht. Es zeigten sich in dieser Studie Hinweise auf einen negativen Einfluss von Suizidalität in der Anamnese auf die SWE. Insbesondere konnten Hinweise gefunden werden, dass ein Suizidversuch in der Anamnese mit einer besonders niedrigen SWE korreliert. Vorstellbar ist, dass die Suizidalität und der Suizidversuch als Extrempunkt der niedrigen SWE angesehen werden können. Der Suizid ist häufig aus einem Bewusstsein von Chancenlosigkeit und der fehlenden Bewältigungsmöglichkeiten für einen individuellen Leidenszustand zu erklären. Hier wären weitere Untersuchungen interessant, die die prämorbid SWE von Patienten einbeziehen, die Suizidalität entwickeln. Hiermit wären Aussagen darüber möglich, ob die Suizidalität eine Reaktion auf eine besonders niedrige SWE ist, oder ob nach einer suizidalen Krise die SWE stark absinkt. Hieraus könnten sich eventuell Frühinterventionsprogramme zur Vorbeugung von Suizidalität für Patienten mit sehr niedriger SWE ableiten lassen. Möglich wäre hier der Einschluss in Interventionsprogramme zur gezielten Förderung von SWE und Resilienz von Patienten, die bereits einmal im Erkrankungsverlauf Suizidgedanken hatten. Inhaltlich wäre eine Anlehnung an die Intervention im Raum Ohio, die Cook *et al.* beschreiben, möglich (Cook *et al.* 2011). Diese Interventionsprogramme sollten wissenschaftlich auf ihre Wirksamkeit untersucht werden, indem regelmäßig etablierte Instrumente zu Selbstwirksamkeit und Resilienz, sowie Recovery-Instrumente erhoben werden. Eine geeignete Vergleichsgruppe wären ambulante Patienten derselben Erkrankung und mit ähnlichen soziodemografischen Merkmalen, die ein „treatment-as-usual“ erhalten. Ein primärer Endpunkt könnte hier das Auftreten von Suizidalität sein. Statistisch wäre beispielsweise die Ermittlung von Hazard Ratios für das Auftreten von Suizidalität möglich. Dasselbe Vorgehen könnte auch mit weiteren primären Endpunkten wie einer Rehospitalisierung erfolgen.

## 10 Zusammenfassung und Ausblick

Das patientenzentrierte und Recovery-orientierte Arbeiten im stationären Bereich anhand des „Weddinger Modells“ ist auf den selbstbestimmten Umgang mit psychischen Erkrankungen und auf die Stärkung von Ressourcen auf dem Weg zurück zu einem sinnerfüllten Leben ausgerichtet. In dieser Studie konnte kein Nachweis der Wirksamkeit auf SWE und Resilienz – als Teile des Konzeptes „Recovery“ – erbracht werden. In Bezugnahme auf die Diskussion dieser Ergebnisse sollten weitere wissenschaftliche Untersuchungen Patienten über einen

längeren Zeitraum untersuchen, die sowohl stationär als auch ambulant nach Grundsätzen von Recovery behandelt werden. Durch die longitudinale Erhebung könnten auch Aussagen zur längerfristigen Entwicklung der Resilienz und der als recht stabiles Persönlichkeitsmerkmal beschriebenen SWE getroffen werden. Eine dauerhafte Modifikation ist hier vermutlich nicht während eines einzelnen stationären Aufenthaltes, sondern eher durch längerfristige Interventionen zu erwarten. Hier wären auch zum jetzigen Zeitpunkt ca. 10 Jahre nach Beginn der Implementierung Verlaufsuntersuchungen in der PUK SHK sinnvoll, da sich der Prozess der Implementierung laut Bericht der Arbeitsgruppe „Weddinger Modell“ deutlich länger zog, als ursprünglich erwartet und erst im weiteren Verlauf auch ambulante Versorgungsstrukturen des Hauses erreichte. Insgesamt besteht im deutschsprachigen Raum sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich neben der etablierten medizinischen Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen noch ein deutlicher Interventionsbedarf, was die gezielte Förderung der SWE und Resilienz und die Etablierung von Recovery-orientierten Interventionen angeht. Eine wissenschaftliche Begleitung von gezielten Interventionen zur Etablierung eines Standards wäre wünschenswert.

## 11 Literaturverzeichnis

- Amt für Statistik Berlin- Brandenburg (2014) *Einwohnerinnen und Einwohner im Land Berlin am 31. Dezember 2013*, [online]. Available at: [https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/Publikationen/Stat\\_Berichte/2014/SB\\_A01-05-00\\_2013h02\\_BE.pdf](https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/Publikationen/Stat_Berichte/2014/SB_A01-05-00_2013h02_BE.pdf) (Accessed: 19 December 2019).
- Antonovsky, A. (1997) *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bandura, A. (1978) 'Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change', *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1(4), pp. 139–161. doi: 10.1016/0146-6402(78)90002-4.
- Beck, A. T. (2004) *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Beltz.
- Blackburn, L., Owens, G. P. (2015) 'The effect of self efficacy and meaning in life on posttraumatic stress disorder and depression severity among veterans', *Journal of Clinical Psychology*, 71(3), pp. 219–228. doi: 10.1002/jclp.22133.
- Blanca, M., Alarcón, R., Arnau, J., Bono, R., Bendayan, R. (2017) 'Non-normal data: Is ANOVA still a valid option?', *Psicothema*, 29(4), pp. 552–557. doi: 10.7334/psicothema2016.383.
- Bramesfeld, A., Schäfer, I., Stengler, K., Schomerus, G. (2014) 'Impulse für die Versorgungsforschung: Was folgt auf die DGPPN S3-Leitlinie zu psychosozialen Therapien?', *Psychiatrische Praxis*, 41(02), pp. 65–67. doi: 10.1055/s-0033-1359949.
- Bruderer, H., Schwarz, J. (2018) *Mehrfaktorielle Varianzanalyse (ohne Messwiederholung)*, [online]. Available at: [https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse\\_spss/unterschiede/zentral/mvarianz.html#26](https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse_spss/unterschiede/zentral/mvarianz.html#26) (Accessed: 19 December 2019).
- Burgess, P., Pirkis, J., Coombs, T., Rosen, A. (2010) 'Sharing information to improve outcomes-review of recovery measures', *Australian Mental Health Outcomes and Classification Network*.
- Chang, B. H., Geller, J. L., Biebel, K. (2018) 'Recovery services and outcomes in a state psychiatric hospital', *Psychiatric Quarterly*, 89(3), pp. 707–716. doi: 10.1007/s11126-018-9570-y.

- Cohen, J. (1992) 'A power primer', *Psychological Bulletin*, 112(1), p. 155. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155.
- Cook, J. A., Copeland, M. E., Jonikas, J. A., Hamilton, M. M., Razzano, L. A., Grey, D. D., Floyd, C. B., Hudson, W. B., MacFarlane, R. T., Carter, T. M., Boyd, S. (2011) 'Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning', *Schizophrenia bulletin*, 38(4), pp. 881–891. doi: 10.1093/schbul/sbr012.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C. (2002) 'The paradox of self-stigma and mental illness', *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), pp. 35–53. doi: 10.1093/clipsy/9.1.35.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., Dobson, K. S. (2013) 'A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments', *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), pp. 376–385. doi: 10.1177/070674371305800702.
- DGPPN (2013) *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-30270-1.
- Fristedt, C., Brust, S., Pierce, P., Tucker, S., Pankratz, V. S. (2004) 'Depression coping self-efficacy as a predictor of relapse 1 and 2 years following psychiatric hospital-based treatment', *Research and Theory for Nursing Practice*, 18(2/3), p. 261. doi: 10.1891/088971804780957036.
- Harwell, M. R., Rubinstein, E. N., Hayes, W. S., Olds, C. C. (1992) 'Summarizing Monte Carlo results in methodological research: The one- and two-factor fixed effects ANOVA cases', *Journal of Educational Statistics*, 17(4), pp. 315–339. doi: 10.3102/10769986017004297.
- Iancu, I., Bodner, E., Ben-Zion, I. Z. (2015) 'Self esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in social anxiety disorder', *Comprehensive Psychiatry*, 58, pp. 165–171. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.11.018.
- Kadden, R. M., Litt, M. D. (2011) 'The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders', *Addictive Behaviors*, 36(12), pp. 1120–1126. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.07.032.
- Keshen, A., Helson, T., Town, J., Warren, K. (2017) 'Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in an outpatient eating disorder program', *Eating Disorders*, 25(5), pp. 406–419. doi:

10.1080/10640266.2017.1324073.

Kluge, U., Rapp, M., Mehran, N., Jumaa, J. and Aichberger, M. C. (2019) 'Armut, Migration und psychische Gesundheit', *Der Nervenarzt*, 90(11), pp. 1103–1108. doi: 10.1007/s00115-019-00790-2.

Krampen, G. (1991) *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK): Handanweisung und Verbrauchsmaterialien*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Lang, U. E., Walter, M., Borgwardt, S., Heinz, A. (2016) 'Über die Reduktion von Zwangsmaßnahmen durch eine "offene Türpolitik"', *Psychiatrische Praxis*, 43(06), pp. 299–301. doi: 10.1055/s-0042-111032.

Mahler, L., Jarchov-Jädi, I., Montag, C., Gallinat, J. (2014) *Das Weddinger Modell- Resilienz und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext*. Köln: Psychiatrie Verlag.

McNaught, M., Caputi, P., Oades, L., Deane, F. (2007) 'Testing the validity of the Recovery Assessment Acale using an Australian sample', *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(5), pp. 450–457. doi: 10.1080/00048670701264792.

Meredith, P., Strong, J., Feeney, J. A. (2006) 'Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability', *Pain*, 123(1–2), pp. 146–154. doi: 10.1016/j.pain.2006.02.025.

Morimoto, T., Matsuyama, K., Ichihara-Takeda, S., Murakami, R., Ikeda, N. (2012) 'Influence of self-efficacy on the interpersonal behavior of schizophrenia patients undergoing rehabilitation in psychiatric day-care services', *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(3), pp. 203–209. doi: 10.1111/j.1440-1819.2012.02332.x.

Müller, A., Müller, K., Blumenstiel, K., Bieberm, C., Eich, W. (2004) 'Das Konzept der Selbstwirksamkeit als bedeutsamer Prädiktor anhaltenden Behandlungserfolgs von Fibromyalgie-Patienten', *Aktuelle Rheumatologie*, 29(2), pp. 101–108. doi: 10.1055/s-2004-813058.

National Institute für Mental Health in England (NIMHE) (2004) *Emerging Best Practices in Mental Health Recovery, UK Version 1*, [online]. Available at: <https://www.meridenfamilyprogramme.com/download/recovery/what-does-recovery-mean/EmergingBestPracticeInRecovery.pdf> (Accessed: 19 December 2019).

Rüsch, N., Berger, M., Finzen, A., Angermeyer, M. C. (2004) 'Das Stigma psychischer Erkrankungen- Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen', in *Psychische Erkrankungen- Klinik und Therapie*. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH, pp. 1–14. doi: 10.1016/b978-343722481-2.50036-2.

Sacco, W. P., Wells, K. J., Vaughan, C. A., Friedman, A., Perez, S., Matthew, R. (2005) 'Depression in adults with type 2 diabetes: The role of adherence, body mass index, and self-efficacy', *Health Psychology*, 24(6), p. 630. doi: 10.1037/0278-6133.24.6.630.

Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Magovern, G. J., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A., Carver, C. S. (1989) 'Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being.', *Journal of personality and social psychology*, 57(6), p. 1024. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1024.

Schrank, B., Amering, M. (2007) '„Recovery“ in der Psychiatrie', *Neuropsychiatrie*, 21(1), pp. 45–50. doi: 10.5414/NEPBand21045.

Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B., Brähler, E. (2005) 'Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal', *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, pp. 16–39.

Schwarzer, R., Jerusalem, M., Weber, H. (2002) 'Selbstwirksamkeitserwartungen', in *Gesundheitspsychologie von A-Z*. Göttingen: Hogrefe Verlag, pp. 521–524.

Schwarzer, R. (1994) 'Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview', *Psychology & Health*, 9(3), pp. 161–180. doi: 10.1080/08870449408407475.

Schwarzer, R. (2004) *Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe Verlag. doi: 10.1249/MSS.0b013e31829c32fe.

Seligman, M. E. P., Petermann, F., Rockstroh, B. (1999) *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim: Beltz.

Seligman, M. E. P. (2006) *Learned optimism: How to change your mind and your life*. New York: Vintage. doi: 10.1136/bmj.316.7134.870.

Snyder, C. R., Irving, L. M., Anderson, J. R. (1991) 'Hope and Health', in *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective*. Headington Hill Hall: Pergamon Press, pp. 285–305.

Steele, A. L., Bergin, J., Wade, T. D. (2011) 'Self-efficacy as a robust predictor of outcome in guided self-help treatment for broadly defined bulimia nervosa', *International Journal of Eating Disorders*, 44(5), pp. 389–396. doi: 10.1002/eat.20830.

Takaki, J., Nishi, T., Shimoyama, H., Inada, T., Matsuyama, N., Kumano, H., Kuboki, T. (2003) 'Interactions among a stressor, self-efficacy, coping with stress, depression, and anxiety in maintenance hemodialysis patients', *Behavioral Medicine*, 29(3), pp. 107–112. doi: 10.1080/08964280309596063.

Tate, S. R., Wu, J., McQuaid, J. R., Cummins, K., Shriver, C., Krennek, M., Brown, S. A. (2008) 'Comorbidity of substance dependence and depression: Role of life stress and self-efficacy in sustaining abstinence', *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(1), p. 47. doi: 10.1037/0893-164X.22.1.47.

Vaskinn, A., Ventura, J., Andreassen, O. A., Melle, I., Sundet, K. (2015) 'A social path to functioning in schizophrenia: From social self-efficacy through negative symptoms to social functional capacity', *Psychiatry Research*, 228(3), pp. 803–807. doi: 10.1016/j.psychres.2015.05.019.

Warner, L. (2019) *Selbstwirksamkeitserwartung*, *Dorsch Lexikon der Psychologie [online]*. Available at: <https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/selbstwirksamkeitserwartung/> (Accessed: 19 December 2019).

Williams, D. G. (1992) 'Dispositional optimism, neuroticism, and extraversion', *Personality and individual differences*, 13(4), pp. 475–477. doi: 10.1016/0191-8869(92)90076-2.

Zingg, C., Schmidt, P., Küfner, H., Kolb, W., Zemlin, U., Soyka, M. (2009) 'Der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Alkoholabstinenz bei ambulant und stationär behandelten Patienten: Ergebnisse einer 2-Jahres-Katamnese', *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 59(8), pp. 307–313. doi: 10.1055/s-2008-1067530.

Zuehlke, J. B., Kotecki, R. M., Kern, S., Sholty, G. and Hauser, P. (2016) 'Transformation to

a recovery-oriented model of care on a veterans administration inpatient unit', *Psychiatric rehabilitation journal*, 39(4). doi: 10.1037/prj0000198.

## 12 Anhang

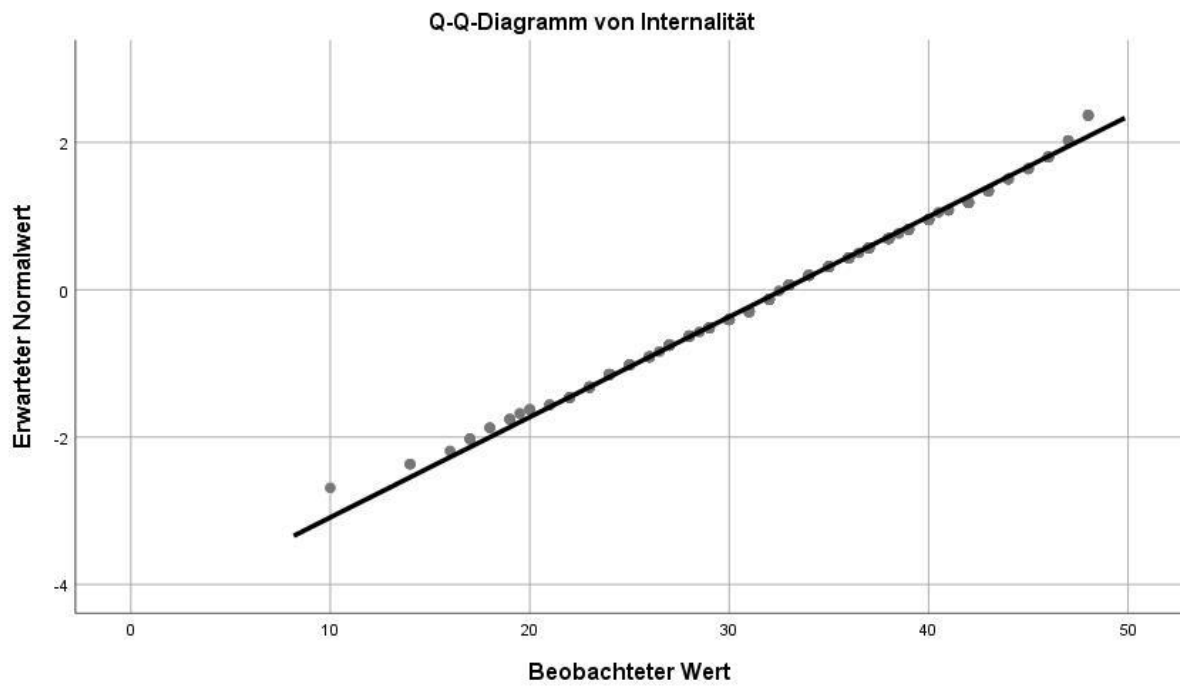


Abbildung 10: Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen: Primärskala "Internalität"



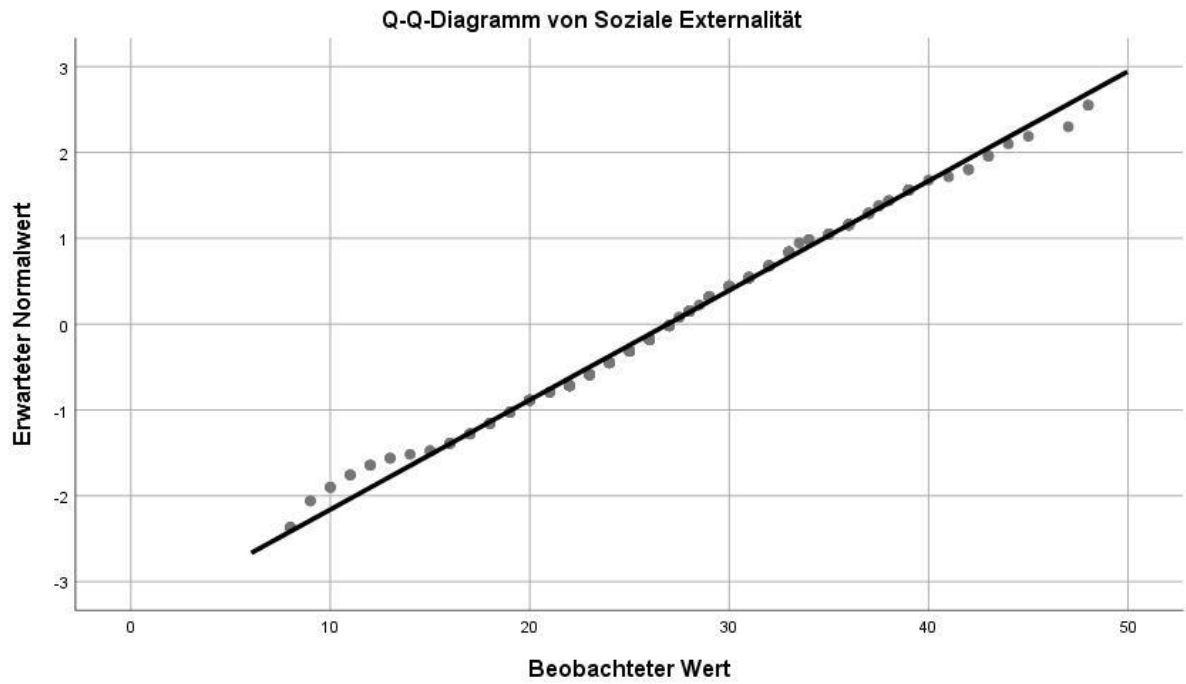


Abbildung 11: Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen: Primärskala "Soziale Externalität"

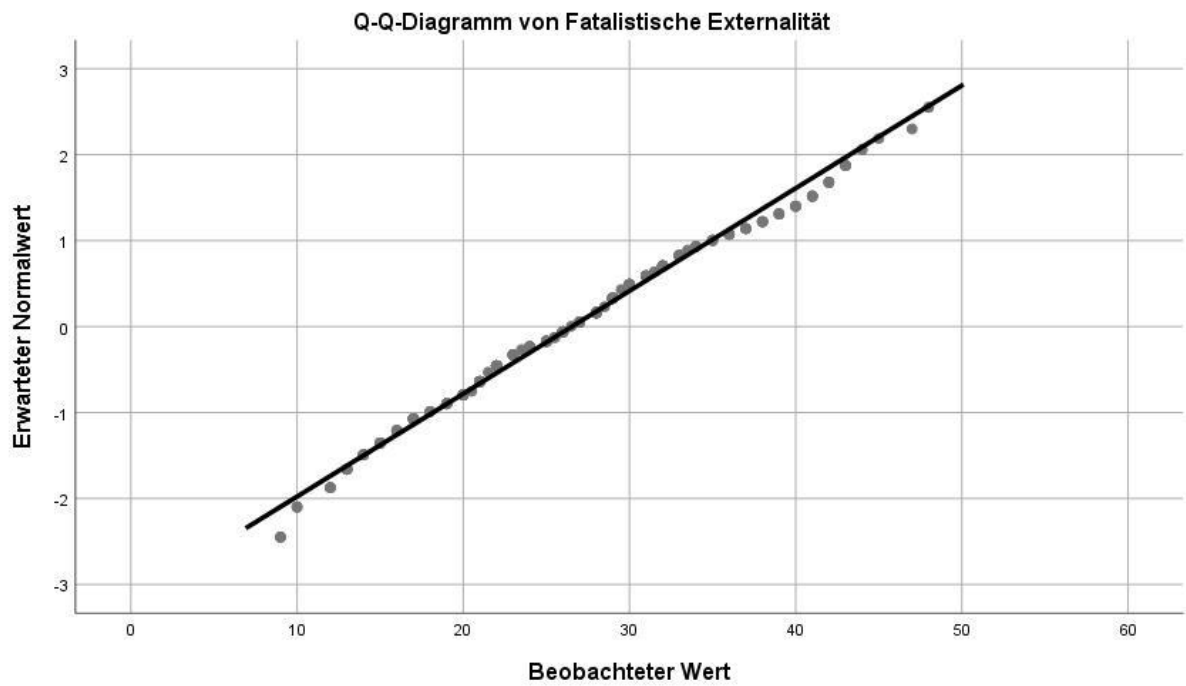


Abbildung 12: Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen: Primärskala „Fatalistische Externalität“

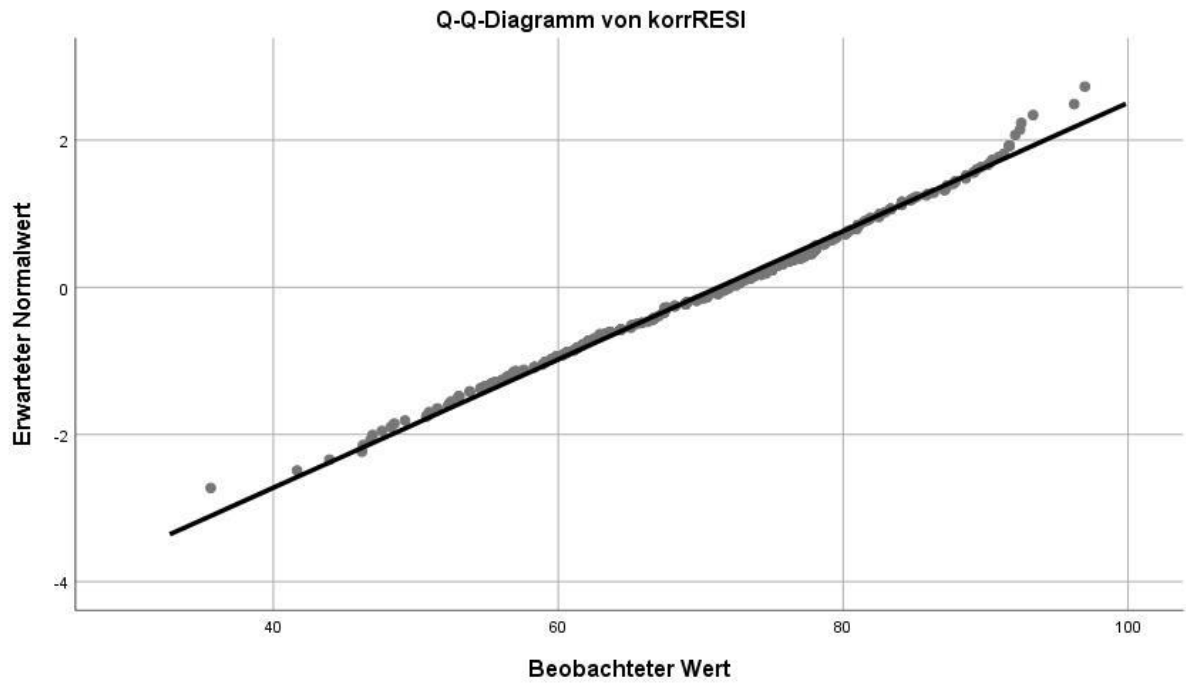


Abbildung 13: korrigierter Summenscore des Resilienzfragebogens ( $RESI_{korr}$ )

# Resilienz-Fragebogen

ID: \_\_\_\_\_

Datum:	Stimme absolut zu	Stimme überwiegend zu	Unsicher - stimme eher zu	Unsicher - stimme eher nicht zu	Stimme überwiegend nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Frage unzutreffend
1. Ich glaube, dass ich meine momentanen persönlichen Ziele erreichen kann.							
2. Ich weiß, wie ich mit unerwünschten Symptomen meiner psychischen Erkrankung umgehen kann.							
3. Ich erkenne keine persönlichen Auslöser für meine psychischen Probleme.							
4. Ich kann mit den Ereignissen in meinem Leben umgehen.							
5. Ich weiß, dass es psychiatrische Hilfsangebote gibt, die mir nützen können.							
6. Ich bin wenig zuversichtlich, wenn ich an meine Zukunft denke.							
7. Ich trage die größte Verantwortung für meine Genesung.							
8. Ich empfinde das hier vermittelte Krankheitsverständnis als hilfreich.							
9. Mit der psychischen Erkrankung zurechtzukommen, ist nicht das Hauptthema meines Lebens.							
10. Ich habe keine Selbstachtung.							
11. Ich habe keine sinnvolle Beschäftigung/ Interessen/ Hobbies.							
12. Kontakte zu Angehörigen und Freunden sind mir nicht wichtig.							
13. Ich habe mehr Klarheit bekommen über meine Ziele und anstehende Lebensaufgaben.							
14. Spiritualität/ Glauben hilft mir in der Krise.							
15. Ich sehe den Umgang mit meiner Erkrankung auch als Reifungsprozeß.							
16. Ich schäme mich für meine psychische Erkrankung.							
17. Das Leiden hat mich zu einer stärkeren Person gemacht.							
18. Auch wenn ich selbst nicht an mich glauben kann - andere Menschen tun es.							
19. Es gibt keine Menschen, auf die ich mich verlassen kann.							
20. Humor ist für mich hilfreich.							
21. Ich bin neugierig auf die Dinge, die da kommen.							
22. Sexualität spielt für mich keine Rolle							

Abbildung 14: Resilienzfragebogen (Mahler et al. 2014)

**Einfluss von Suizidalität, Alter, Geschlecht, Dauer der Erkrankung, GAF-Score, Diagnosen, Berufsausbildung, Suchtstoffen und Ausbildungsjahren auf die FKK-Tertiärskala vor Etablierung des „Weddinger Modells“**

Faktoren/ Kovariaten →	Suizida- lität	Alter	Geschl.	Dauer Erkrank.	GAF- Score	Diagn.	Berufs- ausb.	Sucht- stoffe	Zahl Ausb.jahre
Abhängige Variable ↓									
FKK-SKI- PC	F= 4,34 (3,148) (p= 0,052)	F= 4,86 (1,143)	<b>F= 9,74 (1,151)</b>	F= 1,70 (1,136)	F< 0,01 (1,124)	F= 3,88 (3,145)	<b>F= 10,95* (1,151)</b>	F= 0,28 (1,151)	F= 3,97 (1,79)
Posthoc ANOVA									
Suiz. nie vs. Versuch	<b>MD= 15,2 (SE:4,93)</b>								

Tabelle 8: Explorative Untersuchung von Einflussfaktoren auf Tertiärskala des Fragebogens zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). N=153. ANOVA (p Bonferroni-korrigiert für die Durchführung von 9 Tests). F-Werte (df). Signifikante Ergebnisse sind markiert (fett: p<0,05; \*: p<0,01; \*\*: p<0,001. Posthoc-ANOVA für die 4 Stufen der Suizidalität: nie, Gedanken, Pläne, Versuche; (p Bonferroni-korrigiert für die Durchführung von 3 posthoc Tests). Signifikante Unterschiede: nie Suizidalität > Suizidversuche; männl. > weibl; Berufsausbildung vorhanden > nicht vorhanden. FKK-SKI-PC= Internalität vs. Externalität. GAF= Global Assessment of Functioning

**Resilienzfragebogen: „nicht zutreffend“ gekreuzte Items**

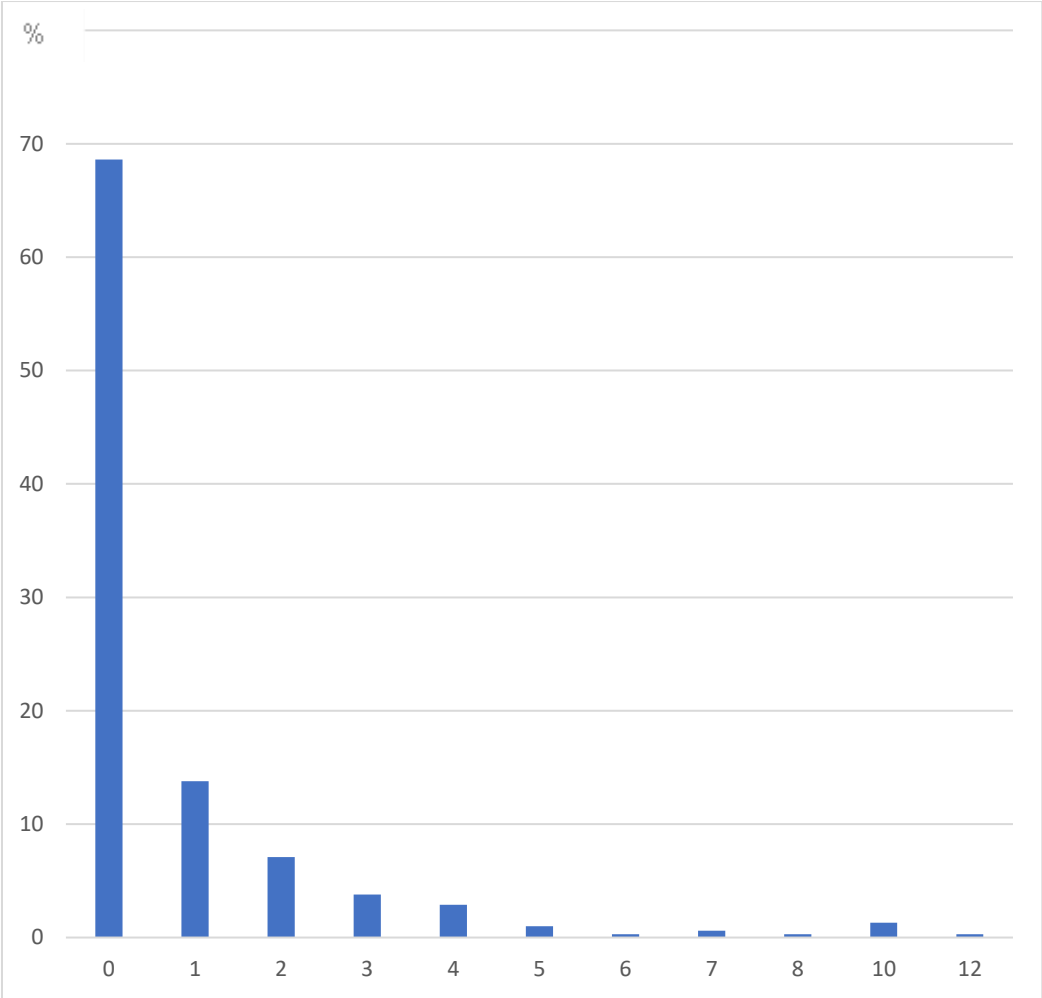


Abbildung 15: x-Achse: Anzahl der „nicht zutreffend“ gekreuzten Items. y-Achse: Prozentualer Anteil der Resilienzfragebögen. (N=312)

### 13 Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Titus David Jacob, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Recovery-orientiertes Arbeiten im klinischen Kontext – stärkt das ‚Weddinger Modell‘ die Selbstwirksamkeitserwartung und Resilienz?“ (engl. ‘Recovery-oriented treatment in clinical context – does the ‘Weddinger Modell’ strengthen perceived self-efficacy and resilience?’) selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; [www.icmje.org](http://www.icmje.org)) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte. Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

## 14 Anteilserklärung bei der Bearbeitung des Forschungsthemas

Hiermit erkläre ich, dass ich bei der Bearbeitung des Forschungsthemas bei der Datenerhebung an den Patenteninterviews zu beiden Erhebungszeitpunkten umfänglich teilgenommen habe. Diese Erhebungen erfolgten insgesamt durch 6 DoktorandInnen. An der Dateneingabe in SPSS hatte ich zu allen Zeitpunkten der Studie einen umfänglichen Anteil im Team mit den weiteren DoktorandInnen. Unter Supervision meiner Betreuerin Frau PD Dr. Montag führte ich die Datenaufbereitung und die statistische Auswertung zum Thema der vorliegenden Monografie sowie die Verfassung der Monografie eigenverantwortlich und selbstständig durch.

## 15 Anteilserklärung an erfolgten Publikationen

Titus Jacob hatte folgenden Anteil an der folgenden Publikation:

Jacob, T., Mahler, L. (2011) „Personenzentriertes Arbeiten im ‚Weddinger Modell‘“, *Posterpräsentation zum DGPPN-Kongress 2011*.

Beitrag im Einzelnen: Im Vorfeld der Erstellung dieser Monografie erfolgte bereits die Publikation eines Posters zum Design dieser Studie auf dem DGPPN-Kongress 2011 in Berlin. Er erstellte dieses Poster eigenverantwortlich. Es umfasst eine Zusammenfassung von Literatur zu den Themen Recovery, Selbstwirksamkeitserwartung und Resilienz, eine zusammenfassende Darstellung des „Weddinger Modells“, die Darstellung von Fragestellungen der Studie und der Methodik der wissenschaftlichen Untersuchung analog zur Darstellung in der Monografie. Zudem beinhaltet es die statistische Untersuchung eines Einzelitems aus dem „Weddinger Resilienzfragebogen“ aus den Daten der Erhebung 2010 vor Einführung des „Weddinger Modells“. Diese statistische Auswertung ist nicht Teil dieser Monografie.

---

Unterschrift, Datum und Stempel der erstbetreuenden Hochschullehrerin

---

Unterschrift des Doktoranden

## 16 Vita

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.



## 17 Publikationsliste

Jacob, T., Michael, N. (2009) „Diskussionsbeitrag zur fraglichen psychotischen Erkrankung Hölderlins unter besonderer Berücksichtigung des Autopsiebefundes“, *Hölderlin-Jahrbuch*, 36, S.311-315.

Jacob, T., Mahler, L. (2011) „Personenzentriertes Arbeiten im ‚Weddinger Modell‘“, *Posterpräsentation zum DGPPN-Kongress 2011*.

## 18 Danksagung

Mein Dank gilt meiner Betreuerin Frau PD Dr. Montag für die Begleitung aller Schritte der Studie und Promotion und der betreuenden Oberärztin Frau Dr. Lieselotte Mahler für die Initiierung meiner Mitarbeit in der wissenschaftlichen Untersuchung des „Weddinger Modells“. Auch möchte ich meiner Frau Franziska für die geduldige Unterstützung und alle Hinweise zur formalen Gestaltung der Arbeit danken. Ein besonderer Dank geht auch an Herrn Prof. Dr. Nikolaus Michael für seine unermüdliche Motivation.