

Entwicklung und Evaluation einer Intervention zur Resilienzförderung bei
Krankenpflegekräften

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Akademischen Grades
eines Dr. phil.,

vorgelegt dem Fachbereich 02 – Psychologie
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

von
Gesche Henrike Janzarik
aus Wiesbaden

Mainz

2021

Referentin:

Korreferent:

Tag des Prüfungskolloquiums:

Hinweis

Für eine bessere Lesbarkeit der Arbeit wurde das generische Maskulinum verwendet. Dieses beinhaltet natürlich auch weibliche Formen wie zum Beispiel Probandinnen und Teilnehmerinnen und die nicht-binäre Geschlechtsidentität.

Zusammenfassung

Die Tätigkeit von Pflegekräften im Krankenhaus geht mit einer hohen psychischen und physischen Arbeitsbelastung einher, einem Risikofaktor für die Entwicklung von Burnout und psychischen Erkrankungen. Auf dem aktuellen Forschungsstand basierend wurde eine achtwöchige psychologische Intervention zur Resilienzförderung entwickelt und in *Studie 1* auf Durchführbarkeit untersucht. In *Studie 2* wurde im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie mit Prä-Post-Follow-Up-Design die Wirksamkeit der Intervention getestet. Die Follow-up-Messungen erfolgten nach drei, sechs und neun Monaten. Es wurden 72 Pflegekräfte der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz rekrutiert und der Interventionsgruppe oder einer Wartekontrollgruppe randomisiert zugeordnet. Primäres Zielkriterium war die psychische Gesundheit gemessen mit dem GHQ-28 zur Postmessung. Sekundäre Zielkriterien waren Resilienz und weitere mit Resilienz assoziierte Konstrukte. Zudem wurde die Stressbelastung erhoben. Im Vergleich zur Kontrollgruppe verbesserte sich die psychische Gesundheit der Interventionsgruppe von Prämessung ($M = 20.79$; $SD = 9.85$) zur Postmessung ($M = 15.81$; $SD = 7.13$) mit einer geschätzten Effektstärke von ($p = .03$, $\eta^2 = .08$). Dabei hatte die Stressbelastung einen signifikanten Einfluss auf die psychische Gesundheit. Weitere signifikante Gruppeneffekte zur Postmessung zeigten sich hinsichtlich Depression, Resilienz, Emotionsregulation, Lebenszufriedenheit und Coping ($\eta^2 = .07 - .14$). Auch im Zeitverlauf ergaben sich signifikante Effekte bei mehreren abhängigen Variablen ($\eta^2 = .06 - .13$). Die Follow-up Daten deuten darauf hin, dass die positiven Effekte bis zu sechs Monate nach der Intervention anhielten. Das Training wurde erfolgreich implementiert und reduzierte die psychischen Probleme der Pflegekräfte. In zukünftigen Forschungsarbeiten sollten die Interventionseffekte anhand einer größeren Stichprobe untermauert und das Training mit einer aktiven Kontrollintervention verglichen werden.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	8
Konzeptualisierung und Definition von Resilienz	10
Resilienz in der Pflege.....	13
Interventionen zur Förderung von Resilienz	13
Psychologische Resilienzfaktoren.....	15
Ziele.....	28
Hypothesen	30
Methode (Studie 1)	34
Studiendesign.....	34
Rekrutierung und Studienablauf	34
Stichprobe	35
Erhebungsinstrumente	35
Beschreibung der Intervention.....	45
Inhalte der Intervention	45
Statistische Analyse.....	69
Ergebnisse (Studie 1)	70
Deskriptive Beschreibung der Stichprobe	70
Ergebnisse zur Überprüfung der Effektivität.....	70
Gesamtbewertung der Intervention.....	72
Diskussion (Studie 1).....	75
Grenzen der Studie.....	76
Fazit.....	77
Methode (Studie 2)	78
Studiendesign.....	78
Zielparameter der Studie	79

Rekrutierung und Studienablauf	79
Zusätzliche Erhebungsinstrumente	82
Beschreibung der Intervention.....	86
Fallzahlschätzung.....	86
Statistische Analyse.....	87
Ergebnisse (Studie 2)	90
Deskriptive Beschreibung der Stichprobe	91
Überprüfung des Interventionseffekts (t0-t1)	93
Überprüfung des Langzeiteffekts (t1-t4).....	99
Posthoc Subgruppenanalyse	106
Gesamtbewertung und Nebenwirkungen der Intervention.....	107
Diskussion (Studie 2).....	110
Psychische Gesundheit	110
Resilienz	112
Stress	114
Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit.....	115
Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl	116
Coping und Umgang mit Emotionen	117
Grenzen der Studie.....	118
Fazit.....	122
Abschließende Diskussion beider Studien und Ausblick.....	124
Literaturverzeichnis	127
Anhang	182

Einleitung

Es ist allgemein bekannt, dass die Tätigkeit des Pflegepersonals im Krankenhaus mit einer hohen psychischen und physischen Arbeitsbelastung einhergeht. Mitarbeiter in der Krankenpflege arbeiten oftmals in einem komplexen, ständig wechselnden Arbeitsumfeld, das gleichzeitig durch bürokratische Vorgaben und hierarchische Strukturen wenig Flexibilität zulässt. Die vielfältigen, körperlich und emotional herausfordernden Tätigkeiten stehen oftmals im Widerspruch zu einem Mangel an persönlicher Autonomie und externer Unterstützung (Baernholdt & Mark, 2009; Hart et al., 2014; Jackson et al., 2007). Das Thema der stetig zunehmenden Stressbelastung von Pflegekräften und die damit assoziierten Probleme auf Mitarbeiter-, Patienten- und Organisationsebene hat in den letzten Jahren an Aktualität zugenommen und wird in der internationalen wissenschaftlichen Literatur diskutiert. Als Ursache für dieses globale Problem werden vielfach die durch den demographischen Wandel bedingten strukturellen Veränderungen und Personalknappheit in der Pflegearbeit aufgeführt (z.B. Heinen et al., 2013; Lo et al., 2018; World Health Organisation, 2020). Dabei wirken sich die hohen Arbeitsanforderungen bei zunehmender Arbeitsverdichtung negativ auf die Arbeitsleistung, die psychische und physische Gesundheit und das Wohlbefinden der Pflegekräfte aus (Dhaini et al., 2016; Keller et al., 2009; Mark & Smith, 2012; Schluter et al., 2011). Es verwundert nicht, dass viele Fachkräfte aufgrund hoher Stressbelastung und Arbeitsunzufriedenheit den Beruf frühzeitig verlassen (Chan et al., 2013; Lo et al., 2018). Bei denen, die bleiben, ist das Risiko von Burnout aufgrund hoher emotionaler und körperlicher Anforderungen hoch (Li et al., 2018; Melvin, 2015; Zhou et al., 2017). In einer deutschlandweiten Studie der Techniker Krankenkasse zeigte sich, dass bei einer Rangierung von 100 Berufsgruppen die Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege unter den Top Ten zu finden sind, wenn es um Arbeitsunfähigkeit aufgrund

von Depressionen sowie die ärztliche Verordnung von Antidepressiva geht (Grobe & Steinmann, 2015).

Insbesondere Arbeitsbereiche wie die Intensivpflege sind für eine hohe Stressbelastung prädisponiert, da die Pflegekräfte dort in einem sich schnell verändernden, spannungsgeladenen Arbeitsumfeld tätig sind und sowohl indirekt, als auch direkt mit traumatischen Ereignissen und moralisch schwierigen Entscheidungen konfrontiert sind (Mealer et al., 2007). Nicht selten entwickeln sie psychische Erkrankungen wie Angststörung, Depression oder Posttraumatische Belastungsstörung (Mealer et al., 2009; Mealer et al., 2007). Dabei stellt hoher Stress ein Risikofaktor für problematischen Substanzmissbrauch bei Pflegekräften dar (Ross et al., 2018) Auch die Schichtarbeit im Krankenhaus kann sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken (Booker et al., 2020). Hinzukommen die negativen Auswirkungen durch Mobbing am Arbeitsplatz (Kim et al., 2019). Übersichtsarbeiten zeigen, dass Stress, Arbeitsunzufriedenheit und Probleme mit der psychischen Gesundheit Prädiktoren für Präsentismus (Rainbow & Steege, 2017) und Absentismus (Davey et al., 2009) darstellen.

Es liegt auf der Hand, dass Pflegekräfte, die psychisch erkranken, die Anforderungen ihres Berufes nicht mehr effektiv erfüllen können. Sie können zu einer schlechteren Arbeitsqualität beitragen und weniger Wohlbefinden und Unzufriedenheit auf Patientenseite bewirken (Salyers et al., 2017; Vahey et al., 2004; Van Bogaert et al., 2014). Viele Autoren betonen daher die offensichtliche Notwendigkeit, die negativen Auswirkungen hoher Stressbelastung am Arbeitsplatz auf die psychische und körperliche Gesundheit von Pflegekräften zu reduzieren. Eine geeignete Grundlage dafür stellt das ressourcenorientierte Konzept der Resilienz dar (Guo et al., 2018; Hart et al., 2014; McDonald et al., 2013). Ein Ansatzpunkt auf diesem Weg kann in der Entwicklung und Einführung von Trainingsprogrammen liegen, die Pflegekräfte darin unterstützen, mit den stressreichen

Herausforderungen ihrer klinischen Arbeit besser zurecht zu kommen (Akerjordet & Severinsson, 2008; Farrell & Salmon, 2010; Foster et al., 2018). Das im Rahmen dieser Studie auf Effektivität untersuchte Trainingsprogramm *The New Growth – Ein Weg zu mehr Widerstandsfähigkeit und Lebensfreude* wurde entwickelt, um die Resilienz von Pflegekräften im Krankenhaus zu fördern. Durch die Intervention sollen die Teilnehmer befähigt werden, ihre arbeitsbezogenen und privaten Stressoren besser zu bewältigen und damit die negativen Auswirkungen von Stress auf ihre psychische und körperliche Gesundheit zu reduzieren.

Konzeptualisierung und Definition von Resilienz

Die ersten Ursprünge der Erforschung von Resilienz als „psychische Widerstandsfähigkeit“ beginnen etwa 1950 mit Untersuchungen zur Entwicklungspsychologie bzw. -pathologie bei Kindern und Jugendlichen (Bengel & Lyssenko, 2012). Eine der prominentesten Arbeiten stammt von Werner (1995) die in einer Längsschnittstudie Kinder und Jugendliche auf Kauai untersuchte, um die Auswirkung entwicklungsrelevanter Risiko- und Schutzfaktoren zu erforschen. Die Untersuchungen erfolgten ab der pränatalen Phase über einen Zeitraum von 32 Jahren. Werner konnte zeigen, dass etwa ein Drittel der 698 untersuchten Kinder trotz einer Vielzahl an Risikofaktoren (z.B. Armut oder psychisch kranker Elternteil) einen positiven Entwicklungsprozess nahmen und zu psychischen gesunden und kompetenten Erwachsenen heranreiften. Diese resilienten Kinder verfügten über eine Reihe schützender Faktoren, wie positive Temperamenteigenschaften und Fähigkeiten, emotionale Bindungsbeziehungen oder Unterstützung aus dem sozialen Umfeld (vgl. Werner, 1995).

Die erste Phase der Resilienzforschung beschäftigte sich in erster Linie mit der Frage, welche Faktoren dazu beitragen, dass ein Mensch trotz Belastungen gesund und widerstandsfähig bleibt (Bengel & Lyssenko, 2012). Damit wendete sich die

Resilienzforschung durch die neue gesundheitsorientierte Perspektive von der bislang herrschenden krankheitsorientierten Sichtweise ab und stellte einen Paradigmenwechsel in der klinischen Psychologie und Psychiatrie dar (Kalisch et al., 2015; Richardson, 2002). Ab 1990 konzentrierten sich die Arbeiten nicht nur auf die Erforschung einzelner Schutz- oder Risikofaktoren, sondern auf Mechanismen und dynamische Prozesse, welche das Zusammenwirken dieser Faktoren erklären und eine Anpassung an den Stressor ermöglichen (z.B. Luthar & Cicchetti, 2000; Luthar et al., 2000). Einige dieser Arbeiten zeigen, dass Resilienz kein seltenes Phänomen darstellt und mehr bedeutet, als das einfache Ausbleiben psychopathologischer Symptome nach traumatischen Erfahrungen (Bonanno, 2004; Yehuda & Flory, 2007).

Eine einheitliche Begriffsdefinition zu finden, erweist sich als problematisch, da sich über die Jahre unterschiedliche Konzepte und Begriffsauffassungen herausgebildet haben (Stainton et al., 2019). So wird bspw. eine der grundlegenden Debatten, ob Resilienz als stabiles Persönlichkeitsmerkmal (trait) oder als variabler und veränderbarer Prozess (state) anzusehen sei, in einigen Übersichtsarbeiten diskutiert (z.B. Windle, 2011). Dabei erschweren sowohl verschiedene multidisziplinäre Forschungsansätze als auch die Heterogenität an Definitionen, Konzeptualisierungen und Instrumenten zur Messung von Resilienz einen validen Vergleich von Studienergebnissen, z.B. in Form von Metaanalysen (Davydov et al., 2010). Aus der wissenschaftlichen Literatur zum Resilienzkonzept der letzten Jahre lassen sich drei zentrale studienübergreifende Komponenten für eine Definition herausarbeiten: (a) das Vorhandensein eines Stressors oder eines spezifischen Risikos für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung, (b) der Einfluss von schützenden Faktoren, die diesem Risiko entgegenwirken, und (c) als Folge ein positiveres Ergebnis, als eigentlich es für das vorliegende Risiko zu erwarten wäre (vgl. Stainton et al., 2019). Die vorliegende Studie schließt sich in ihrem Konzeptverständnis der inzwischen weit verbreiteten

Auffassung von Resilienz als einem multidimensionalen, dynamisch veränderbaren Anpassungsprozess an (z.B. Kalisch et al., 2015; Luthar & Cicchetti, 2000; Scheffer et al., 2018; Southwick & Charney, 2018; Stainton et al., 2019). Dieser Prozess umfasst eine komplexe Interaktion zwischen dem Individuum mit seinen individuellen Eigenschaften und dessen Umwelt (Rutten et al., 2013; Scheffer et al., 2018; Stainton et al., 2019). Dabei kann sich individuelle Resilienz innerhalb der Lebensspanne und in Abhängigkeit von Situation und äußeren Umständen verändern (Luthar & Cicchetti, 2000; Rutter, 2012). Zudem ist Resilienz erlernbar und trainierbar (Bengel & Lyssenko, 2012; Bonanno & Diminich, 2013; Windle, 2011). Das Ergebnis dieses Prozesses zeichnet sich durch die Aufrechterhaltung bzw. Wiedererlangung psychischer Gesundheit während oder nach belastenden Ereignissen aus (Bonanno & Diminich, 2013; Kalisch et al., 2017; Kalisch et al., 2015; Southwick & Charney, 2018). Dabei wird die psychische Gesundheit von vielerlei Gegebenheiten beeinflusst, z.B. von psychologischen, biologischen, neurokognitiven, genetischen oder sozialen Faktoren. Rutter (1985) definiert alle diese, sich positiv auf die Resilienz auswirkenden Einflüsse, als protektive Faktoren: „Protective factors refer to influences that modify, ameliorate, or alter a person’s response to some environmental hazard that predisposes to a maladaptive outcome” (S. 600). Diese so genannten Resilienzfaktoren sind nicht voneinander unabhängig, sondern interagieren miteinander (Fletcher & Sarkar, 2012; Fritz et al., 2018). Zudem können, abhängig von der spezifischen Risikosituation, unterschiedliche Resilienzfaktoren in ihrem Auftreten von Nutzen sein (Fergus & Zimmerman, 2005), was die komplexe Dynamik dieses Prozesses unterstreicht. Die Erforschung der dahinterliegenden Mechanismen kann als eines der zentralen Ziele derzeitiger Resilienzforschung angesehen werden (Stainton et al., 2019).

Resilienz in der Pflege

Einzug in den Bereich der Pflegewissenschaften erlangte das Konzept der Resilienz ab den mittleren bis späten 1980er Jahren (Haase & Peterson, 2013). Seitdem wurde Resilienz in der Pflege in verschiedenen klinischen Kontexten erforscht, z.B. in der Intensivpflege (Mealer et al., 2017), Palliativpflege (Powell et al., 2020) oder in der Psychiatrie (Prosser et al., 2017). Zudem sind zahlreiche Arbeiten zu finden, die den Einfluss verschiedener demographischer, gesundheitlicher, psychologischer oder arbeitsbezogener Resilienzfaktoren im Rahmen des Pflegeberufes untersuchen (z.B. Çam & Büyükbayram, 2017; Hart et al., 2014; Yu et al., 2019). In der systematischen Übersichtsarbeit von Yu et al. (2019) ergaben sich für die Resilienzfaktoren Coping, Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Arbeitszufriedenheit, Arbeitsplatzzerhaltung und Wohlbefinden positive Zusammenhänge zur Resilienz. Zudem zeigte sich, dass Resilienz einen mediierenden Effekt auf die Auswirkungen der hohen Arbeitsanforderungen hat und sich somit positiv auf Stress, Burnout, Posttraumatische Belastungsstörung, Erschöpfung, Angst und Depression von Pflegekräften auswirkt. Resilienz kann im Beruf der Krankenpflege als zentraler Prozess angesehen werden, wenn es um Bewältigung arbeitsbedingter Stressoren geht (Delgado et al., 2017; Grafton et al., 2010; Jackson et al., 2007; Yu et al., 2019).

Interventionen zur Förderung von Resilienz

Interventionen der Gesundheits- und Resilienzförderung verfolgen das Ziel, gesundheitliche Ressourcen und Lebensweisen zu stärken und auszubauen. Obwohl die Gesundheitsförderung in den vergangenen Jahren immer mehr in das öffentliche Bewusstsein gerückt ist und zahlreiche Trainingsprogramme zur Stärkung der Resilienz entwickelt und eingesetzt wurden, wurde die Effektivität dieser Interventionen im Rahmen von randomisiert kontrollierten Studien im deutschsprachigen Raum nur wenig untersucht (Linz et al., 2020). Betrachtet man die Ergebnisse eines aktuellen systematischen Reviews von Chmitorz,

Kunzler et al. (2018) zeigen sich in den einbezogenen Primärstudien, welche die Wirksamkeit psychologischer Resilienzinterventionen untersuchen, eine Reihe von Schwachstellen bezüglich der methodischen Qualität und der Operationalisierung von Resilienz.

Beispielsweise führen fehlende valide Definitionskriterien des Begriffs Resilienz zu divergierenden Resilienzkonzeptualisierungen zwischen den Studien. So gibt es Arbeiten, die Resilienz als stabile Persönlichkeitseigenschaft definieren, während andere unter diesem Begriff das Ergebnis eines Entwicklungs- und Anpassungsprozesses verstehen. Oftmals wird Resilienz auch gar nicht definiert. Diese Heterogenität führt zur Verwendung uneinheitlicher Messinstrumente für die Erfassung von Resilienz. Die psychometrische Qualität der verwendeten Fragebögen ist oftmals nicht ausreichend, was eine eindeutige Aussage bezüglich der Wirksamkeit von Resilienztrainings erschwert. Auch die verwendeten Studiendesigns weisen vielfach Probleme auf. So erfolgen die Aussagen zur Effektivität der durchgeführten Resilienzinterventionen oftmals ohne den Vergleich mit einer aktiven Kontrollgruppe, was die Validität der Untersuchungen mindert. Zudem fehlt vielfach eine Baselinediagnostik zur Erfassung psychischer und physischer Gesundheit. Auch weist die Mehrzahl der eingeschlossenen Studien lediglich kurze Follow-up Zeiträume von maximal drei Monaten auf, weshalb keine Aussagen zur mittel- und langfristigen Wirksamkeit von Resilienztrainings gemacht werden können (Chmitorz, Kunzler et al., 2018). Trotz methodischer Grenzen dieser Studien konnte metaanalytisch gezeigt werden, dass Interventionsprogramme zur Förderung von Resilienz im Erwachsenenalter bei verschiedenen Zielgruppen das Potential haben, die psychische Gesundheit der Teilnehmer zu verbessern, und insgesamt kleine bis moderate Effekte erzielen (Leppin et al., 2014; Macedo et al., 2014; Robertson et al., 2015; Vanhove et al., 2016, zitiert nach Chmitorz, Kunzler et al., 2018).

Ein ähnliches Bild zeichnet sich auch für Interventionsstudien ab, welche die Wirksamkeit zielgruppenspezifisch bei Mitarbeitern aus dem Gesundheitswesen untersuchen (vgl. Kunzler et al., 2020). Trainingsprogramme für diese Zielgruppe wurden in den letzten Jahren zwar vermehrt entwickelt, weisen jedoch oftmals methodische Mängel auf, z.B. kleine Stichprobengrößen, fehlende Randomisierung (Cleary et al., 2018), Verwendung unterschiedlicher Messinstrumente oder fehlende Überprüfung von Langzeiteffekten (Kunzler et al., 2020).

Psychologische Resilienzfaktoren

Wie bereits dargelegt, wird die Resilienz eines Menschen durch verschiedene Resilienzfaktoren bestimmt (z.B. Kalisch et al., 2015). Im Rahmen der vorliegenden Interventionsstudie sollte durch das Trainieren empirisch gut belegter internaler psychologischer Resilienzfaktoren die psychische Gesundheit der Probanden gestärkt werden. Die Auswahl der Faktoren orientierte sich zum einen an den zielgruppenspezifischen Bedürfnissen von Pflegekräften, zum anderen an Übersichtsarbeiten, die den wissenschaftlichen Bedeutungsgehalt verschiedener validierter Determinanten für Resilienz herausgearbeitet haben (z.B. Helmreich et al., 2017). Die sechs trainierten Resilienzfaktoren werden im Folgenden vorgestellt und ihr Bedeutungsgehalt für die Resilienzförderung in der Pflege diskutiert.

Coping

Coping umfasst alle gedanklichen und verhaltensbezogenen Bemühungen einer Person, die benötigt werden, um mit ihren spezifischen externen oder internen, kognitiv als stressrelevant eingeschätzten Anforderungen umgehen zu können (vgl. Lazarus & Folkman, 1984). Coping hat sich im Laufe der Jahre zum „Kernstück“ der Stressbewältigung entwickelt (Olbrich, 1990). Es liegt somit auf der Hand, dass das Konstrukt auch in der Resilienzforschung hohe empirische Evidenz aufweist (z.B. Helmreich et al., 2017).

Nachdem die ersten vorläufigen Forschungsarbeiten zum Coping in den 50er Jahren ihren Anfang nahmen, begann die systematische Copingforschung mit den Arbeiten von Lazarus ab dem Jahr 1966. Die in der wissenschaftlichen Literatur aufgeführten theoretischen Copingkonzepte sind oftmals heterogen (Prystav, 1981). So beziehen sich besonders frühere Forschungsansätze auf die Untersuchung von Coping als situationsübergreifenden, stabilen individuellen Bewältigungsstil (z.B. Miller, 1987). Von dieser trait-theoretischen Annahme grenzen sich u.a. Lazarus und Folkman (1984) ab. Sie nehmen in ihrem Coping-Ansatz zwar einen gewissen Einfluss stabiler Elemente in der Verarbeitung von Belastungen als gegeben an, konzentrieren sich aber eher auf state-bezogene, transaktionale Prozesse und untersuchten die Wechselwirkung zwischen Situation und Bewältigungsversuch. Nach dieser Theorie beginnt der Prozess mit einer Destabilisierung des psychischen Systems eines Individuums durch Stress und zielt darauf ab, durch den Einsatz von Bewältigungsstrategien ein neues Gleichgewicht zu finden. Dabei spielt jeder Bewältigungsversuch unabhängig von Effektivität und Erfolg eine Rolle. Abhängig von den Situationsmerkmalen kommen hierbei entweder problemorientierte oder emotionsorientierte Bewältigungshandlungen zum Einsatz. Beim problemorientierten Coping führt die Person eine handlungsbezogene Tätigkeit aus, um das Problem zu bewältigen oder die Umweltbedingungen zu verändern. Bei der emotionsorientierten Bewältigung geht es um die Anpassung an den Stressor durch Emotionsregulation, womit die Bedeutung eines Ereignisses und nicht das Ereignis selbst verändert wird (vgl. Lazarus & Folkman, 1984). Da bei diesen komplexen Bewältigungsprozessen insbesondere emotionale Vorgänge von Bedeutung sind, bezeichnete Lazarus seine Theorie in späteren Arbeiten auch als Emotionstheorie (Lazarus, 1991).

Während in den letzten Jahren in der modernen Stress- und Copingforschung heterogene Theorien und unterschiedliche Formen von Stressbewältigung entwickelt wurden, lässt sich die einem anderen Paradigma entspringende psychoanalytische Abwehrlehre

hiervon abgrenzen, obgleich beide Konzepte sich auf die Überwindung innerer bzw. äußerer Belastungssituationen konzentrieren (Beutel, 1990). Während einige Vertreter der Stressforschung zwischen Abwehr- und Copingprozessen kaum unterscheiden (z.B. Cohen & Lazarus, 1979), gibt es von anderen Autoren diesbezüglich klare Differenzierungen. Nach Haan (1977) beziehen sich Copingprozesse eher auf zweckvolle, nicht automatisierte, flexible Gedanken- und Verhaltensweisen, die intersubjektive Realität und Logik berücksichtigen und einen adäquaten Ausdruck von Gefühlen unterstützen. Hiervon unterscheiden sich Abwehrprozesse, die als erzwungene, rigide, die intersubjektive Realität und Logik verzerrende Mechanismen verstanden werden, welche dem unbewussten Trieb Ausdruck verleihen und die Erwartung vermitteln, dass Ängste auch ohne eine direkte Problemlösung überwunden werden könnten (Haan, 1977, zitiert nach Heim, 1979). Berücksichtigt man beide Konzepte, lässt sich annehmen, dass Abwehr- und Copingprozesse in Belastungssituationen gleichzeitig und sukzessiv ablaufen, wobei das Copingverhalten durch die lebensgeschichtlich geprägten, erfahrungsbezogenen Abwehrprozesse beeinflusst wird (Beutel, 1990; Heim, 1979).

Untersuchungen darüber, welche Bewältigungsstrategien in ihrem Einsatz am funktionalsten sind, ergeben heterogene Ergebnisse. Es zeigte sich bspw. vielfach, dass aktive, problem-fokussierte Formen des Copings mit einer besseren, emotions-fokussierte Strategien dagegen mit einer schlechteren psychischen Gesundheit in Zusammenhang stehen (z.B. Ebata & Moos, 1991; Holahan et al., 2005; Semmer & Mohr, 2001). Andere Studien belegen wiederum den positiven Effekt emotionsorientierter Copingstrategien wie Neubewertung oder Akzeptanz (z.B. Ano & Vasconcelles, 2005; Ziarko et al., 2020). Studien im Bereich der Krankenpflege zeigen auf, dass der Einsatz aktiver Copingstrategien die Resilienz von Pflegekräften verbessern kann (Ren et al., 2018; Russo et al., 2018; Zhou et al., 2017). Die Ergebnisse einer Metaanalyse von Lee et al. (2016) belegen, dass psychologische

Interventionen zur Förderung von Copingstrategien bei dieser Berufsgruppe Burnout reduzieren können. Dabei konnten für die Dimensionen Emotionale Erschöpfung und Depersonalisation die Effekte bis zu einem Jahr nachgewiesen werden. Li et al. (2017) zeigten, dass der Einsatz von Copingstrategien als Mediatorvariable zwischen arbeitsbezogenem Stress und Arbeitsleistung gesehen werden kann. Demnach reduziert der Einsatz positiver Copingstrategien die negativen Auswirkungen von Arbeitsstress, der Einsatz negativer Copingstrategien verstärkt diese.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in Abhängigkeit von individuumsbezogenen und situativen Merkmalen wie Art und Kontrollierbarkeit des Stressors unterschiedliche Copingstrategien als funktional gelten können, weshalb eine Flexibilität in der Anwendung verschiedener Copingstrategien zur Stressbewältigung als förderlich bewertet wird (Bonanno et al., 2011; Lehr et al., 2008; Reed, 2016). Dabei ist die Vermittlung adaptiver Copingstrategien besonders für Berufsgruppen mit hoher Stressbelastung wie für die Krankenpflege von wichtiger Bedeutung (Lim et al., 2010).

Kognitive Flexibilität

Auch der Resilienzfaktor Kognitive Flexibilität stellt empirisch eine wichtige Determinante für die Resilienz dar (Helmreich et al., 2017). Bei Betrachtung der wissenschaftlichen Literatur zur Kognitiven Flexibilität aus den letzten 100 Jahren sind unterschiedliche Konzeptualisierungen und Forschungsansätze zu diesem Konstrukt zu finden, was eine eindeutige Begriffsdefinition erschwert (Ionescu, 2012). In vielen neuropsychologischen Arbeiten wird Kognitive Flexibilität als eine der zentralen exekutiven Funktionen des präfrontalen Cortex zur Kognitiven Kontrolle aufgefasst (z.B. Chan et al., 2008; Diamond, 2013; Rougier et al., 2005). Nach Diamond (2013) ist ein Kernelement dieses „top-down“ Prozesses die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel. Dies bedeutet zum einen, eine Situation aus verschiedenen Perspektiven betrachten zu können, und zum anderen

auch, in der Lage zu sein, sich in andere Personen hineinzusetzen und deren Perspektive zu übernehmen. Für den Perspektivenwechsel wird inhibitorische Kontrolle benötigt, um die ursprüngliche Perspektive und die damit einhergehenden prädisponierten emotionalen Reaktionen und Impulse zu hemmen. Infolge dessen können angemessenere/nützlichere Perspektiven im Arbeitsgedächtnis aufgerufen und Kontrolle über eigene emotionale und verhaltensbezogene Reaktionen erlangt werden. Ein weiteres Element der kognitiven Flexibilität ist die Fähigkeit, Probleme unterschiedlich angehen und sich an wechselnde Anforderungen, Regeln oder Prioritäten anpassen zu können. Damit weist kognitive Flexibilität starke Überschneidungen zur Kreativität auf und bildet das Gegenstück zu kognitiver Rigidität (Diamond, 2013).

Auch in der Resilienzforschung wird diesen kognitiven Mechanismen zur Emotionsregulation ein hoher Stellenwert zugeschrieben. Kalisch et al. (2015) lehnen sich in ihrer Resilienztheorie *Positive appraisal style theory of resilience* (PASTOR) an das transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) an und postulieren, dass die Stressentstehung nicht unmittelbar von dem belastenden Stimulus, sondern vielmehr von individuellen Bewertungsprozessen abhängt. Durch einen positiven und flexiblen Bewertungsstil potentiell aversiver Reize werden emotionale Reaktionen reguliert, was die Autoren als einen zentralen Mechanismus für die Resilienz eines Individuums konzipieren (vgl. Kalisch et al., 2015). In einer Metaanalyse von Hayes et al. (2006) wurden über 32 Studien hinweg Korrelationen zwischen psychologischer Flexibilität und diversen anderen Variablen gefunden. Die Ergebnisse zeigen, dass höhere psychologische Flexibilität u.a. mit einer besseren psychischen Gesundheit (z.B. weniger Symptomen von Depression und Angst), einer besseren körperlichen Gesundheit, einer besseren Arbeitsleistung und weniger Stress einhergeht. Andere Autoren betonen die grundlegende Bedeutung von kognitiver Flexibilität für das Vorliegen von Wohlbefinden und psychischer Gesundheit (Kashdan &

Rottenberg, 2010), belegen Zusammenhänge mit positiver Affektivität (Hirt et al., 2008) sowie mit problemorientierten Copingstrategien (Dennis & Vander Wal, 2010). Weiterhin finden sich vielfach Belege, dass Inflexibilität im Denken (z.B. stereotype Denkmuster, Grübeln, negative Ursachenzuschreibung, Unfähigkeit die Perspektive zu wechseln usw.) ein wichtiges Charakteristikum von Patienten mit psychischer Erkrankung darstellt, wie bspw. Depression und Angststörung (Beck et al., 1979; Hayes et al., 2006; Kashdan & Rottenberg, 2010), Essstörung (Perpiñá et al., 2017) oder Schizophrenie (Parola et al., 2018).

Die Verbesserung der Kognitiven Flexibilität stellt ein Kernelement verschiedener psychotherapeutischer Verfahren und Techniken dar. Zu nennen wären hier bspw. Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie (CBT; Kazantzis et al., 2018), die mentalisierungsgestützte Psychotherapie (MBT; Bateman & Fonagy, 2004) oder achtsamkeitsbasierte Verfahren wie die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT; Hayes et al., 2012). Vor dem erläuterten Hintergrund kann Kognitive Flexibilität als wichtiger Baustein für die Förderung von Resilienz gesehen werden, weshalb sich das Trainingskonzept der vorliegenden Studie hierauf im besonderen Maß fokussiert.

Selbstwirksamkeit

Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung basiert auf den Arbeiten von Bandura zur sozial-kognitiven Theorie (Bandura, 1994). Demnach wird die Selbstwirksamkeitserwartung als die subjektive Gewissheit verstanden, schwierige oder neue Anforderungssituationen aus eigener Kraft bewältigen zu können. Durch diese Art der Bewertung werden kognitive, motivationale, emotionale sowie aktionale Prozesse gesteuert: Menschen mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung vertrauen auf ihre eigenen Fähigkeiten und erleben Probleme eher als Herausforderungen. Sie entscheiden sich eher für herausfordernde Aufgaben und anspruchsvolle Ziele. Dabei investieren sie mehr Aufwand und Durchhaltevermögen, um diese zu erreichen. Durch eine optimistische Sichtweise auf die

eigenen Kompetenzen motivieren sie sich selbst. In schwierigen Situationen erleben sie weniger negative emotionale Anspannung (Bandura, 1994; Luszczynska et al., 2005). Ursprünglich wurde das Konstrukt situationspezifisch, also auf bestimmte Aufgaben und Handlungen bezogen, aufgefasst. Mit der Zeit entwickelte sich das Konzept einer alle Lebensbereiche umfassenden, optimistischen Einschätzung von Lebensbewältigungskompetenz (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

Da eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung im Rahmen von Bewertungsprozessen eine substanzielle Ressource für die Bewältigung von Stress und negativer Affektivität darstellt (z.B. Bandura et al., 2003; Schwarzer & Jerusalem, 2002), liegt die Bedeutung dieses Konstrukts für die Resilienzforschung auf der Hand. Empirisch lässt sich Selbstwirksamkeit als einer der am stärksten mit Resilienz in Zusammenhang stehenden Resilienzfaktoren auffassen (Lee et al., 2013). Hinz et al. (2006) stellten bei einer bevölkerungsrepräsentativen Normierungsstudie der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) eine Korrelation von $r = .68$ zwischen Selbstwirksamkeit und Resilienz fest, was die Nähe der beiden Konstrukte unterstreicht. Trotz der starken Überschneidungen unterscheidet sich Selbstwirksamkeit von Resilienz vor allem darin, dass auch in Abwesenheit des Stressors das zielgerichtete Handeln einer Person unterstützt wird (Schwarzer & Warner, 2013).

In zahlreichen Studien wurde Selbstwirksamkeitserwartung im Kontext von Stressbewältigung untersucht. So belegten Luszczynska et al. (2009) in ihrer Übersichtsarbeit, dass nach traumatischen Erfahrungen eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung mit weniger Symptomen von Posttraumatischer Belastungsstörung, Stress, Angst, Depression und Substanzmissbrauch einhergeht. Auch für die Bewältigung alltäglicher Stressoren zeigte sich in einer Langzeitstudie, dass Selbstwirksamkeitserwartung als Mediatorvariable den Effekt von täglichem Stress auf die

psychische Gesundheit beeinflusst und sich eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung protektiv auf die psychische Gesundheit auswirkt (Schönfeld et al., 2019). Untersuchungen zum Selbstwirksamkeitskonzept im Arbeitskontext erweisen, dass Arbeitnehmer mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung arbeitsbezogene Stressoren besser bewältigen können und weniger gesundheitliche Probleme aufweisen (Consiglio et al., 2013). Für Berufsgruppen aus der Gesundheits- und Krankenpflege konnten u.a. Zusammenhänge mit Burnout (Yang, 2011), Wohlbefinden (Nielsen et al., 2009), positiver Affektivität und Arbeitsleistung (Lee & Ko, 2010) gefunden werden. Zudem konnte gezeigt werden, dass eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung die Resilienz von Pflegekräften positiv beeinflusst (Guo et al., 2017; Ren et al., 2018; Zhou et al., 2017).

Trotz der umfassenden positiven Belege für die Wirksamkeit dieses Faktors sind auch vereinzelt Studien vorzufinden, in denen sich negative Effekte auf Leistung und Motivation ergeben (z.B. Vancouver et al., 2014). Die Annahme von Bandura (1994), dass Selbstwirksamkeitserwartung veränderbar ist und durch Lernerfahrungen verbessert werden kann, wird von einer Vielzahl an Arbeiten untermauert, die belegen, dass Selbstwirksamkeitserwartung durch psychologische Interventionsprogramme effektiv gesteigert werden kann (z.B. Ashford et al., 2010).

Selbstwertgefühl

Auch der Resilienzfaktor Selbstwertgefühl hat sich im Kontext der Resilienzforschung als empirisch bedeutsam erwiesen (vgl. Helmreich et al., 2017). Verstehen lässt sich das Selbstwertgefühl eines Menschen als die evaluative Komponente des Selbstkonzepts. Es beschreibt also das Ausmaß an individueller positiver oder negativer Bewertung des Wissens einer Person über sich selbst (Baumeister et al., 2003), womit es Konstruktnähe zur Selbstwirksamkeit aufweist (Ferring & Filipp, 1996). Da in einer Person mehrere Selbstkonzepte, also unterschiedliche Einstellungen sich selbst gegenüber, existieren

können, können auch verschiedene Aspekte des Selbstwertgefühls innerhalb einer Person vorliegen. Dabei lässt sich zwischen habituellem (trait) und situationspezifischem (state) Selbstwertgefühl unterscheiden. Während es sich bei dem habituellen Selbstwertgefühl um eine zeitlich relativ stabile und globale Selbsteinschätzung handelt, bezieht sich die state-Variante auf variierende Bewertungen, die durch situative oder aufgabenbezogene Gegebenheiten und Stimmungen beeinflusst werden (Baumeister et al., 2003; Petersen et al., 2006).

Weiterhin lässt sich das explizite vom impliziten Selbstwertgefühl abgrenzen. Beim ersten handelt es sich um eine primär bewusste auf kognitiven Prozessen beruhende Selbstbewertung. Diese kann mittels validierter Fragebögen erfasst werden, bei denen jedoch Ergebnisverzerrungen durch soziale Erwünschtheit und selbstwertüberhöhende Beantwortung häufig sind (Baumeister et al., 2003; Rosenthal et al., 2020; Zeigler-Hill, 2006). Hingegen handelt es sich beim impliziten Selbstwertgefühl eher um automatisierte, überlernte und nicht bewusste Bewertungsprozesse (Greenwald & Banaji, 1995; Zeigler-Hill, 2006).

Entwicklungspsychologisch bilden frühe soziale Beziehungserfahrung eines Kindes mit seinen primären Bezugspersonen die Grundlage hierfür, weshalb Bindungstyp und Selbstwertgefühl in engem Zusammenhang stehen (z.B. Bowlby, 1969; DeHart et al., 2006; Liu et al., 2018). Das implizite Selbstwertgefühl gilt als schwierig zu operationalisieren (Zeigler-Hill, 2006) und kann nur durch indirekte Verfahren, z.B. Assoziationstests gemessen werden (z.B. Greenwald & Farnham, 2000). Da implizites und explizites Selbstwertgefühl oftmals unkorreliert sind, lässt sich davon ausgehen, dass es sich jeweils um zwei unterschiedliche Prozesse handelt (Pietschnig et al., 2018). Während zu Beginn der Forschung zum Selbstkonzept in den 1960ern eine unübersichtliche Vielzahl z.T. methodisch wenig ausgereifter, unkritischer Veröffentlichungen erschienen ist (Wylie, 1979) und es noch möglich schien, dass Selbstwertgefühl in nahezu jedem Aspekt des menschlichen Lebens die

entscheidende Rolle spielt, wurden die Forschungsarbeiten zunehmend differenzierter und liefern eine unterschiedliche Befundlage bzgl. der Wirkung auf andere psychologische Variablen (Baumeister et al., 2003). Eine Ursache hierfür könnte möglicherweise in den vielen verschiedenen Konzeptualisierungen und Definitionen von Selbstwertgefühl ihren Ursprung haben. Je nach Dimension z.B. global - spezifisch, explizit - implizit, stabil – instabil, sicher – fragil und deren Operationalisierung werden in den Arbeiten unterschiedliche Aspekte des Konstrukts untersucht.

In der Metaanalyse zum Resilienzkonzept von Lee et al. (2013) erwies sich das Selbstwertgefühl neben Selbstwirksamkeit und positiver Affektivität als einer der am stärksten mit Resilienz korrelierten protektiven Faktoren handelte ($r = .55$). Weitere Studien belegten positive Zusammenhänge mit Selbstmitgefühl (Hayter & Dorstyn, 2014), Lebenszufriedenheit (Błachnio et al., 2018), subjektivem Wohlbefinden (Zhang et al., 2020), Hoffnung und Optimismus (Besser et al., 2014). Zudem zeigten sich negative Zusammenhänge mit Depression, Angst und Stress (z.B. Hayter & Dorstyn, 2014). Besser et al. (2014) stellten eine negative Korrelation mit Symptomen von Posttraumatischer Belastungsstörung fest und belegte, dass sich Selbstwertgefühl protektiv auf die Bewältigung traumatischer Erfahrungen auswirkt. Damit wird die vielfach aufgestellte Hypothese unterstützt, dass Selbstwertgefühl als eine Art „Puffer“ gegen Stressbelastung wirkt. In der Untersuchung von Sumer et al. (2005) zeigten sich eine indirekte Wirkung von Selbstwertgefühl über die Verbesserung von Selbstwirksamkeit: Die Forscher fanden heraus, dass Selbstwertgefühl sowohl mit Coping-Selbstwirksamkeit als auch mit Stressverarbeitung hoch korrelierte. Der direkte Zusammenhang mit Stress wurde jedoch nicht mehr signifikant, sobald für die Variable Selbstwirksamkeit kontrolliert wurde.

Dennoch muss erwähnt werden, dass die empirische Forschung nicht konsistent positive Befunde für die Wirkung Selbstwertgefühl liefert. So konnten David et al. (2008) in

ihren Untersuchungen mit Studierenden, die traumatische Erfahrung erlebt haben, keinen positiven Einfluss von Selbstwertgefühl auf depressive Symptome feststellen. Zudem kann ein hohes Selbstwertgefühl auch dysfunktional sein, indem es mit einem unrealistisch überhöhten Selbstkonzept sowie einem ausgeprägten Narzissmus einhergehen kann und zu Problemen in der sozialen Beziehungsgestaltung und in anderen psychologischen Variablen führen kann (z.B. Neff, 2011). Trotz der teils widersprüchlichen Belege über die Wirkung von hohem Selbstwertgefühl kann festgehalten werden, dass ein niedriges Selbstwertgefühl ein Risikofaktor für psychische Erkrankungen darstellt (z.B. Nguyen et al., 2019; Sowislo & Orth, 2013). In einigen Arbeiten deutet die Ergebnislage darauf hin, dass Selbstwertgefühl möglicherweise eher einen indirekten Einfluss auf andere psychologische Variablen hat, indem der Effekt durch andere Faktoren (z.B. Selbstwirksamkeit) vermittelt wird (Baumeister et al., 2003), weshalb in der vorliegenden Studie Selbstwertgefühl in Kombination mit anderen Resilienzfaktoren genutzt wurde, um Resilienz zu operationalisieren und dem Risiko psychischer Erkrankungen entgegenzuwirken.

Selbstfürsorge

Die in der wissenschaftlichen Literatur zu findenden Konzeptualisierungen und Begriffsdefinitionen von Selbstfürsorge sind komplex und vielfältig (vgl. Godfrey et al., 2011). Unter Selbstfürsorge können weitgefasst „those activities individuals undertake in promoting their own health, preventing their own disease, limiting their own illness, and restoring their own health“ verstanden werden (Levin & Idler, 1983, S.181). Nach Richards (2013) umfasst Selbstfürsorge verschiedene Aktivitäten, welche die negativen Effekte von Stress ausgleichen, z.B. gutes Ess- und Schlafverhalten, Yoga, Meditation, Achtsamkeit, Entspannung, Aufbau bedeutungsvoller Beziehungen zu Menschen, die Fähigkeit zur Selbstberuhigung usw.

Die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus bergen eine Reihe von Faktoren, die einer gelungenen Selbstfürsorge von Pflegekräften im Weg stehen (Ross et al., 2019). Gleichzeitig betonen einige Autoren, dass die Selbstfürsorge bei Pflegekräften essentiell für deren Berufstätigkeit ist und sich nicht nur positiv auf das eigene Wohlbefinden auswirkt, sondern auch auf den Umgang mit Patienten (z.B. Mills et al., 2015; Richards, 2013). Grafton et al. (2010) beschäftigen sich in ihrem narrativen Review mit Resilienz und dem Ansatz der ganzheitlichen Pflege. In ihrem Modell zur Resilienzentwicklung messen sie den Strategien der Selbstfürsorge einen wichtigen Einfluss bei der Entwicklung von Resilienz und biopsychosozial-spirituellen Wohlbefinden von Pflegekräften bei. Andere Arbeiten zeigen Zusammenhänge zwischen Selbstfürsorge und Resilienz oder Resilienz assoziierten Konstrukten (z.B. Alkema et al., 2008; Bender & Ingram, 2018; Richards et al., 2011). Dabei ist ein Defizit in der Selbstfürsorge mit höheren Werten von Stress und Burnout verbunden (z.B. Butler et al., 2017; Mayorga et al., 2015; Rizo-Baeza et al., 2018). Eine Reihe von Studien belegen die positiven Effekte von Interventionen zur Steigerung der Selbstfürsorge auf die psychische Gesundheit von Pflegekräften (Alexander et al., 2015; Craigie et al., 2016; Slatyer et al., 2018).

Achtsamkeit

Achtsamkeit lässt sich definieren als „a way of relating to oneself and the world that is characterized by curiosity, openness, and acceptance“ (Erisman & Roemer, 2012, S.31). Achtsamkeit ist auch eine Fähigkeit, die durch wiederholtes Üben kultiviert werden kann, bspw. in Form von Achtsamkeitsmeditation. Bei dieser Übung wird kontinuierlich auf den Atem geachtet, während gleichzeitig ein offenes und sanftes Bewusstsein für den gegenwärtigen Moment bewahrt bleibt (Erisman & Roemer, 2012). Das aus buddhistischen Traditionen entsprungene Konzept hat erstmalig in den 1970ern mit der Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR; Kabat-Zinn, 1982) systematische Anwendung als

gesundheitsfördernde Intervention gefunden und etwa seit dem Jahr 2010 auch in der empirischen Forschung rapide an Popularität hinzugewonnen (Krägeloh et al., 2019).

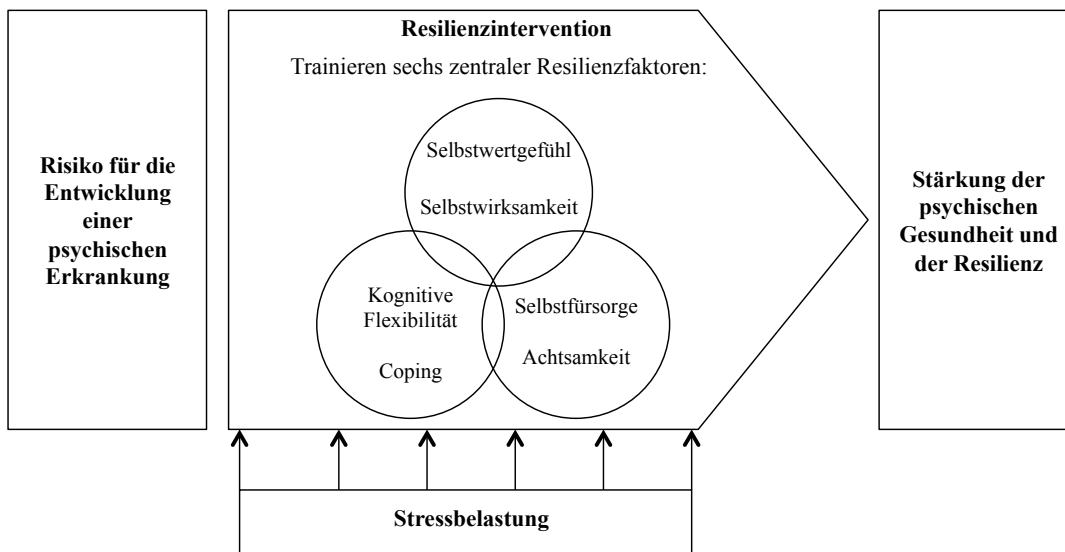
Vielfach wurden Metaanalysen durchgeführt, die die Effektivität achtsamkeitsbasierter Interventionen für verschiedene klinische und nicht-klinische Zielgruppen im Hinblick auf unterschiedliche gesundheitliche Aspekte explorieren (z.B. Bartlett et al., 2019; Goyal et al., 2014; Khoury et al., 2015; Li & Bressington, 2019; Suleiman-Martos et al., 2020). In der Metaanalyse von Suleiman-Martos et al. (2020) wurde der Effekt von Achtsamkeitstraining auf Burnout bei Pflegekräften untersucht. Die Interventionen der eingeschlossenen Studien dauerten zwischen 3 und 12 Wochen und beinhalteten u.a. Übungen wie Meditation, Body scan, Yoga und Atemübungen. Die Ergebnisse belegen, dass Burnout in der Pflege durch Achtsamkeitsinterventionen reduziert werden kann. Es zeigten sich zudem niedrigere Werte für emotionale Erschöpfung, Depersonalisation sowie eine höhere persönliche Leistungsfähigkeit. Dabei waren kürzere und längere Interventionen gleich effektiv. Guillaumie et al. (2017) zeigen in ihrem systematischen Review für diese Berufsgruppe positive Effekte auf Angst und Depression. Die Ergebnisse der einbezogenen qualitativen und unkontrollierten Studien verdeutlichen zudem eine Zunahme in Wohlbefinden und Arbeitsleistung, z.B. bessere Kommunikation mit Kollegen und Patienten, klarere Analyse von komplexen Situationen und Emotionsregulation in stressvollen Situationen (Guillaumie et al., 2017). Untersuchungen im Bereich des Pflegeberufs belegen direkte positive Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit und Resilienz (Benada & Chowdhry, 2017; Chamberlain et al., 2016; Rees et al., 2016). Zudem kann Achtsamkeit durch die Erzeugung positiver Emotionen und die Verbesserung von Resilienz die Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften verbessern (Lin et al., 2020).

Im Rahmen neurowissenschaftlicher Arbeiten wurden Mechanismen herausgearbeitet, welche die Effekte von Achtsamkeit erklären. Den Studien zufolge bewirken

Achtsamkeitsmeditationen neuroplastische Veränderungen in Gehirnregionen, welche in die Prozesse von Aufmerksamkeitskontrolle, Emotionsregulation (z.B. positive Neubewertung) und Selbstwahrnehmung involviert sind (Hölzel et al., 2011; Tang et al., 2015). Die umfassenden positiven Befunde erklären den Einbezug dieses Resilienzfaktors in das vorliegende Trainingsprogramm, um mit Achtsamkeit als übergeordneter Strategie die Resilienz der Pflegekräfte zu fördern.

Ziele

Das Forschungsziel der vorliegenden Arbeit lag in der Entwicklung, Durchführung und Evaluierung eines gruppenpsychotherapeutischen Trainingsprogramms zur Resilienzförderung für Fachkräfte in der Krankenpflege. Im Rahmen der Intervention wurden sechs Resilienzfaktoren trainiert, welche auf Grundlage aktueller Forschungsliteratur ausgewählt wurden. Ziel der Intervention war die Verbesserung der Resilienz und der psychischen Gesundheit der Probanden. Damit sollte dem Risiko der Entwicklung einer psychischen Erkrankung aufgrund hoher Stressbelastung entgegengewirkt werden. Während der achtwöchigen Intervention waren die Pflegekräfte weiterhin ihrer alltäglichen Stressbelastung ausgesetzt. Abbildung 1 gibt eine Übersicht über das Trainingsmodell.

Abbildung 1*Trainingsmodell der Studie*

Um validere Aussagen bezüglich der Effektivität zu treffen, sollte im vorliegenden Projekt die Operationalisierung von Resilienz verbessert werden. Da Resilienz ein multikausales Konstrukt darstellt, welches zum Zeitpunkt der Messung stets in Relation zur erlebten Stressbelastung eines Menschen interpretiert werden sollte (vgl. Kalisch et al., 2015), orientierte sich die vorliegende Arbeit an den Empfehlungen für die Durchführung von Studien zu Resilienzinterventionen von (Chmitorz, Kunzler et al. 2018). Die Autoren schlagen vor, zur Messung der Resilienz die Veränderungen der psychischen Gesundheit der Probanden ins Verhältnis zum individuellen Stressorload (Summe an Mikrostressoren) zu setzen, anstatt das Konstrukt der Probanden lediglich mit einer Skala zu erfassen. Es wird erwartet, dass sich die Trainingsteilnahme im Zeitverlauf noch deutlicher auf die Verbesserung der psychischen Gesundheit auswirkt, wenn die Teilnehmer zwischen den Messzeitpunkten weniger Stressoren erlebten, als wenn sie in dieser Zeit mit vielen Stressoren konfrontiert waren. Durch ein Studiendesign mit Follow-up Zeiträumen von drei, sechs und neun Monaten soll die methodische Qualität bisheriger Studien verbessert werden.

Hypothesen

Aus dem zuvor dargestellten theoretischen Hintergrund wurden die in Tabelle 1 und Tabelle 2 dargestellten Hypothesen abgeleitet.

Tabelle 1

Hypothesen zum Interventionseffekt (t0-t1)

Hypothese	Hypothesenformulierung
Hypothese 1a (primäres Zielkriterium)	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte der psychischen Gesundheit zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die psychischen Probleme reduziert.
Hypothese 1b	Es wird davon ausgegangen, dass die erlebte Stressbelastung einen signifikanten Einfluss auf die psychische Gesundheit hat. Dabei wird erwartet, dass eine steigende Anzahl erlebter Stressoren zum Zeitpunkt t1 mit einer schlechteren psychischen Gesundheit einhergeht.
Hypothese 2	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte der Resilienz zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die Resilienz verbessert.
Hypothese 3	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte depressiver Symptome zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die depressiven Symptome reduziert.
Hypothese 4	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte ängstlicher Symptome zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die ängstlichen Symptome reduziert.
Hypothese 5	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte stressspezifischer Symptome zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die stressspezifischen Symptome reduziert.
Hypothese 6	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte der wahrgenommenen Stressbelastung zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die wahrgenommene Stressbelastung reduziert.

Hypothese	Hypothesenformulierung
Hypothese 7	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte verschiedener Resilienzfaktoren zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die Resilienzfaktoren verbessert.
Hypothese 8	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte positiver Affekte zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme das Vorliegen positiver Affekte erhöht.
Hypothese 9	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte negativer Affekte zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme das Vorliegen negativer Affekte reduziert.
Hypothese 10	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartung zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die allgemeine Selbstwirksamkeit verbessert.
Hypothese 11	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte des Selbstwertgefühls zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme das Selbstwertgefühl verbessert.
Hypothese 12	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte des Wohlbefindens zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme das Wohlbefinden verbessert.
Hypothese 13	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte der allgemeinen Lebenszufriedenheit zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die Lebenszufriedenheit verbessert.
Hypothese 14	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte der Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen verbessert.
Hypothese 15	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte adaptiver Coping-Strategien zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die adaptiven Coping-Strategien verbessert.

Tabelle 2*Hypothesen zu den Follow-up Messungen (t1-t4)*

Hypothese	Hypothesenformulierung
Hypothese 16	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in der psychischen Gesundheit im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die psychischen Probleme reduziert.
Hypothese 17	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in der Resilienz im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die Resilienz verbessert.
Hypothese 18	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten depressiver Symptome im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die depressive Symptomatik reduziert.
Hypothese 19	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten ängstlicher Symptome im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die ängstliche Symptomatik reduziert.
Hypothese 20	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten stressspezifischer Symptome im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die stressspezifische Symptomatik reduziert.
Hypothese 21	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten der wahrgenommen Stressbelastung im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die wahrgenommene Stressbelastung reduziert.
Hypothese 22	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten der verschiedenen Resilienzfaktoren im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die verschiedenen Resilienzfaktoren verbessert.
Hypothese 23	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten der positiven Affektivität im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die positive Affektivität verbessert.

Hypothese	Hypothesenformulierung
Hypothese 24	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten der negativen Affektivität im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die negative Affektivität reduziert.
Hypothese 25	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung verbessert.
Hypothese 26	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten des Selbstwertgefühls im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme das allgemeine Selbstwertgefühl verbessert.
Hypothese 27	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten des Wohlbefindens im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme das Wohlbefinden verbessert.
Hypothese 28	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten der allgemeinen Lebenszufriedenheit im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die Lebenszufriedenheit verbessert.
Hypothese 29	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten der Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen verbessert.
Hypothese 30	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten adaptiver Coping-Strategien im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die adaptiven Coping-Strategien verbessert.

Methode (Studie 1)

Studiendesign

Im Rahmen einer unkontrollierten Machbarkeitsstudie mit Prä-Post-Erhebung sollte das methodische Vorgehen, insbesondere Inhalt und Aufbau des Trainingsprogramms, auf Durchführbarkeit und Praktikabilität untersucht werden. Dabei sollten Erfahrungswerte gesammelt werden, inwiefern Pflegekräfte ausreichend Commitment für das Training aufbringen, ob Übungen und Materialien verständlich und nützlich gestaltet sind und ob die durch die Intervention die Resilienz von Pflegekräften potentiell verbessert werden kann. Aus diesen Erkenntnissen sollten mögliche methodische Modifikation und Hypothesen für die Hauptstudie abgeleitet werden.

Rekrutierung und Studienablauf

Die Machbarkeitsstudie wurde im Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein durchgeführt. Die Kontaktaufnahme mit der Klinik erfolgte über den Pflegedirektor. Vor Ort wurden dem Pflegedirektor, der Weiterbildungsbeauftragten, dem Betriebsrat und zwei Stationsleitungen des Klinikums die Studie und Trainingsinhalte vorgestellt. Anschließend informierte der Pflegedirektor im Rahmen einer Stationsleitungssitzung am Standort Kemperhof über das Stattfinden der Studie und bat die Stationsleitungen, die Studienaufklärungsbroschüre (Anhang A) an ihre Mitarbeiter auszuteilen und über die Studie zu informieren. Die Studienaufklärungsbroschüre umfasste eine kurze Beschreibung des Studienablaufes und der Trainingsinhalte, sowie die Ein- und Ausschlusskriterien. Die Anmeldung erfolgte über die zuständigen Stationsleitungen. Zuvor hatten die Mitarbeiter die Möglichkeit, die Studienpsychologin per Telefon zu kontaktieren und Fragen zur Studie zu stellen. Bei der Anmeldung für das Training bekamen die Pflegekräfte per E-Mail eine Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme (Anhang B) und einen Link für die erste online-basierte Fragebogenerhebung zugesandt. Diese erfolgte mittels der Umfrage-Software

SosciSurvey. Eine Woche später erfolgte die erste Trainingssitzung. Die Rekrutierungsphase begann Ende November 2018, die Trainings fanden von Anfang April bis Ende Mai 2019 statt.

Stichprobe

Da es sich um eine Machbarkeitsstudie handelte, wurde keine Stichprobenumfangsplanung durchgeführt und die Ein- und Ausschlusskriterien nicht explizit überprüft. Angedacht war eine Stichprobengröße von $N = 24$. Eingeschlossen werden sollten gesunde volljährige Probanden (Männer und Frauen), die voll geschäftsfähig und aufklärungsfähig waren und in die Untersuchung eingewilligten. Voraussetzung für die Teilnahme waren Volljährigkeit, ausreichende Deutschkenntnisse in Wort und Schrift, keine oder über den Studienverlauf stabil gehaltene psychopharmakologische Medikation, keine begleitende Psychotherapie, kein Konsum illegaler Drogen und der durchschnittliche Alkoholkonsum sollte weniger als 15 Standardgläser Alkoholkonsum pro Woche betragen (ein Standardglas enthält 10 bis 12 Gramm reinen Alkohol). Nicht teilnehmen sollten Mitarbeiter mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses oder in der Anamnese (z.B. Schizophrenie), mit schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen (z.B. Krebs) oder geistigen Einschränkungen. Insgesamt konnten 12 Probanden rekrutiert werden, welche in zwei Trainingsgruppen mit je sechs Teilnehmern aufgeteilt wurden.

Erhebungsinstrumente

Im Folgenden werden die in *Studie 1* und *Studie 2* verwendeten Messinstrumente beschrieben. Neben den validierten Fragebögen, die im Folgenden vorgestellt werden, wurde ein Anamnesebogen verwendet, der Fragen zur Soziodemographie, zum Lebensstil und zu Vorerkrankungen umfasst. Eine Übersicht aller Skalen und Items befindet sich im Anhang (Anhang C1).

General Health Questionnaire

Zur Messung der psychischen Gesundheit wurde die deutsche Version des General Health Questionnaire-28 (GHQ; Klaiberg et al., 2004) eingesetzt. Das englische Original stammt von Goldberg und Hillier (1979). Der GHQ-28 dient als Screeninginstrument zur Erfassung der Selbstbeurteilung von Symptomen aus den Bereichen Depression, Angst und Somatisierung innerhalb der letzten zwei Wochen. Der Fragebogen erfasst keine spezifischen Störungsbilder, sondern ein breites Symptomprofil des psychischen Befindens und Unterbrechungen des allgemeinen Funktionsniveaus (Klaiberg et al., 2004). Der Fragebogen umfasst vier Skalen (Körperliche Symptome, Angst und Schlaflosigkeit, Soziale Funktionsstörung und Depression), die aus jeweils sieben Items bestehen. Die Probanden geben an, inwiefern sie sich innerhalb der vergangenen Wochen durch die beschriebenen Symptome belastet gefühlt haben. Die Testautoren schlagen mehrere Auswertungsmöglichkeiten vor. In der vorliegenden Studie erfolgt die Auswertung per Likert-scoring (0 = *überhaupt nicht* bis 4 = *viel mehr als sonst*). Die Itemwerte werden zu einem Gesamtsummenscore zusammengefasst. Dieser kann Werte zwischen 0 und 84 annehmen. Ein höherer Wert entspricht einer höheren psychischen Belastung. Eindeutige Cut-off Werte legen die Autoren nicht fest. Goldberg et al. (1998) schlagen vor, Werte ≤ 23 als nicht-psychiatrisch zu klassifizieren. Die Beantwortung des Fragebogens dauert 5 bis 10 Minuten. Die psychometrischen Kennwerte wurden in vielen nationalen und internationalen Studien an unterschiedlichen Stichproben untersucht und als zufriedenstellend bewertet (z.B. Goldberg et al., 1997; Willmott et al., 2008). In der Studie von Klaiberg et al. (2004) lag die interne Konsistenz der Gesamtskala mit $\alpha = .92$ im sehr guten Bereich. In der Validierungsstudie von Goldberg et al. (1997) erreichte der GHQ-28 in Bezug auf die ICD-10 Diagnosekriterien eine Sensitivität von 79.2% und eine Spezifität von 79.6%.

Depressions-Angst-Stress-Skalen

Zur Erfassung von Belastung durch Depression, Angst und Stress wurde die deutsche Kurzversion der Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21; Nilges & Essau, 2015) eingesetzt. Das englische Original stammt von Lovibond und Lovibond (1995). Der Fragebogen hat den Vorteil, dass sich die drei Skalen Depression, Angst und Stress ausschließlich auf die psychologischen Kernaspekte konzentrieren und eine Konfundierung durch somatische Aspekte (z.B. Schmerz) vermieden wird. Bei der hier verwendeten 21-Item Version des Fragebogens umfasst jede der drei Skalen jeweils sieben Items. Diese werden auf einer vierstufigen Likert-Skala (von 0 = *Traf gar nicht auf mich zu* bis 3 = *Traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit*) beantwortet. Für die Depressionsskala lag die interne Konsistenz bei $\alpha > .90$, für die Skala Angst $\alpha > .78$, sowie $\alpha > .81$ für die Skala Stress (Nilges & Essau, 2015). Ebenfalls können konvergente und diskriminante Validität als zufriedenstellend bewertet werden (Crawford & Henry, 2003).

Brief Resilience Scale

Zur Operationalisierung von Resilienz fand die deutsche Version der Brief Resilience Scale (BRS; Chmitorz, Wenzel et al. 2018) Anwendung. Die englischsprachige Originalversion wurde von Smith et al. (2008) entwickelt. Bislang stellt die BRS das einzige Selbstbeurteilungsinstrument dar, welches Resilienz als die Fähigkeit, sich von Stress zu erholen, erfasst. Damit grenzt sie sich von der Mehrheit anderer Fragebögen ab, die Resilienz entweder als stabiles Persönlichkeitsmerkmal erheben oder erfassen, in wieweit persönliche Ressourcen und verschiedene Resilienzfaktoren zur Verfügung stehen, die dazu beitragen, psychische Gesundheit angesichts widriger Lebensumstände aufrechtzuerhalten oder zurückzugewinnen (Chmitorz, Wenzel et al. 2018). Die BRS umfasst sechs Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet werden (1 = *stimme überhaupt nicht zu* bis 5 = *stimme vollkommen zu*). Für die Auswertung werden die drei negativ formulierten Items

umkodiert und daraufhin der Mittelwert über alle beantworteten Items gebildet (Smith et al., 2008). In der Studie von Chmitorz und Kollegen wird eine eindimensionale Struktur der Skala vorgeschlagen. Die Reliabilität lag mit einem Cronbach's α von .85 im guten Bereich. Ebenfalls konnten konvergente und diskriminante Validität als ausreichend gut bewertet werden (Chmitorz, Wenzel et al. 2018).

Connor-Davidson Resilience Scale

Als weiterer Resilienzfragebogen wurde die deutsche Version der Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC; Sarubin et al., 2015), englisches Original von Connor und Davidson (2003), eingesetzt. Connor und Davidson (2003) verstehen Resilienz als ein Maß an Fähigkeiten im Umgang mit internen und externen Stressoren. Die 25 Items des Selbstbeurteilungsinstruments erfragen, wie sich der Proband im vergangenen Monat gefühlt hat, und werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala (0 = *nie wahr* bis 4 = *nahezu durchgängig wahr*) bewertet. Höhere Werte stehen hierbei für ein höheres Maß an Resilienz. Die Autoren konnten faktorenanalytisch fünf Bereiche herausarbeiten: (a) Persönliche Kompetenz und Ausdauer, (b) Vertrauen in eigene Instinkte, Toleranz negativer Affekte und positive Effekte bei Stress, (c) Akzeptanz von Veränderungen und sichere Beziehungen, (d) Kontrolle und (e) Spiritualität. Sie konnten signifikante Zusammenhänge zwischen wahrgenommenem Stress und Resilienz nachweisen. Für klinische und nicht-klinische Stichproben wurden unterschiedliche Mittelwerte und Vergleichsnormen des CD-RISC festgelegt. In der Bevölkerungsstichprobe mit 577 Teilnehmern wurde für die interne Konsistenz ein Cronbach's α von .89 verzeichnet. Der Fragebogen erwies sich als ausreichend veränderungssensitiv, um Behandlungseffekte zu erfassen (Connor & Davidson, 2003). Im Jahr 2015 überprüften Sarubin et al. die deutsche 25-Item Version auf ihre Faktorenstruktur und ihre psychometrischen Eigenschaften. Sie kamen auf eine Ein-Faktor-Lösung und ebenfalls zu einer positiven Bewertung von Reliabilität und Validität. Hierbei lag

das Cronbach's α bei $\alpha = .90$. Die Ergebnisse der Überprüfung von diskriminanter und konvergenter Validität in Zusammenhang mit Persönlichkeitsmerkmalen, gemessen mit dem NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI; Borkenau & Ostendorf, 1993) und der Resilienzskala RS-25 von Wagnild und Young (1993) erzielten ebenfalls zufriedenstellende Ergebnisse (Sarubin et al., 2015).

Perceived Stress Scale

Um die wahrgenommene Stressbelastung zu quantifizieren, wurde die Perceived Stress Scale (PSS; Cohen et al., 1983) verwendet. Der Fragebogen ist einer der am häufigsten angewendeten Instrumente, um den individuellen, subjektiv erlebten Stress im vergangenen Monat zu erfassen. Durch 10 Items wird erfragt, in welchem Ausmaß die Probanden Lebenssituationen als stressvoll empfinden. Die Items werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala (0 = *nie* bis 4 = *sehr häufig*) beantwortet. Der Gesamtwert resultiert aus der Summierung der Itemwerte, wobei 4, 5, 7 und 8 zuvor umcodiert werden müssen. Der Gesamtwert kann zwischen 0 und 40 liegen, wobei bei einem Wert von 13 von einem mittleren, ab einem Wert von 20 von einem hohen Stresserleben ausgegangen werden kann. Die Reliabilität lag bei einem Cronbach's α von .85 (Cohen et al., 1983). In einer Validierungsstudie der deutschen Version anhand einer Bevölkerungsstichprobe (N = 2463) zeigte die Reliabilitätsanalyse ebenfalls zufriedenstellende Ergebnisse (Cronbach's $\alpha = .84$). Im Hinblick auf die Konstruktvalidität ergaben sich signifikante positive Korrelationsbefunde zwischen Stressbelastung und Depression, Angst, Erschöpfung und Prokrastination und einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen Stressbelastung und Lebenszufriedenheit (Klein et al., 2016).

Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung

Zur Abbildung des Selbstwirksamkeitserlebens kam die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE; Schwarzer & Jerusalem, 1999) zur Anwendung. Bei der

SWE handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung von allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugungen. Gemessen wird dabei die subjektive Einschätzung der Kompetenzerwartung, also das Vertrauen darauf, Anforderungssituationen aus eigener Kraft zu bewältigen. Die 10 Items des Fragebogens werden vierstufig beantwortet (von 1 = *stimmt nicht* bis 4 = *stimmt genau*). Durch Aufsummierung aller Antworten erhält man einen Gesamtwert zwischen 10 und 40. Der Mittelwert für die meisten Stichproben liegt bei ($M = 29$; $SD = 4$). Zahlreiche Studien belegen gute psychometrische Eigenschaften (Jerusalem & Schwarzer, 2016). In einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung in Deutschland lag die interne Konsistenz der eindimensionalen Skala bei einem Cronbach's α von .80 bis .90. Im Hinblick auf kriterienbezogene Validität zeigten sich u.a. positive Korrelationen mit Optimismus und Resilienz sowie negative Korrelationen zu Depressivität und Stresseinschätzung (Hinz et al., 2006).

Wohlbefindens-Index

Um Veränderungen im Wohlbefinden der Probanden zu erfassen wurde der Wohlbefindens-Index (WHO-5; Brähler et al., 2007) verwendet. Das Instrument wurde in den 90er Jahren von Bech entwickelt und von der Weltgesundheitsorganisation vorgestellt (Bech, 2004). Der WHO-5 liegt in 20 verschiedenen Sprachen vor und wird für die Erfassung von psychischem Wohlbefinden sowie als Instrument zum ökonomischen Depressions-Screening eingesetzt. Die revidierte Version umfasst fünf positiv formulierte Items, welche das Befinden der letzten zwei Wochen auf einer sechsstufigen Likert-Skala (von 0 = *zu keinem Zeitpunkt* bis 5 = *die ganze Zeit*) abfragen. Der Gesamtwert liegt zwischen 0 und 25 und ergibt sich durch Summierung der fünf Itemwerte. Ein höherer Gesamtwert steht für ein höheres Wohlbefinden. Die Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der bundesdeutschen Bevölkerung von Brähler et al. (2007) lassen auf gute psychometrische Kennwerte schließen: eine durchgeführte Faktorenanalyse zeigte eine einfaktorielle Lösung auf, mit der 75.53% der

Gesamtvarianz erklärt werden konnten. Die Reliabilität im Sinne der internen Konsistenz lag bei einem Cronbach's α von .92 und einer Testhalbierungsreliabilität nach Guttman von $r_{tt} = .87$. Die part-whole korrigierte Trennschärfe lag zwischen $r = .64$ und $r = .79$.

Korrelationsanalysen mit Instrumenten zur Erfassung von körperlichen und psychosozialen Beschwerden sowie des subjektiven körperlichen Wohlbefindens deuten auf eine hinreichende Konstruktvalidität hin (Brähler et al., 2007).

Skala zum globalen Selbstwertgefühl

Als weiterer Fragebogen wurde die Skala zum globalen Selbstwertgefühl (RSES; Collani & Herzberg, 2003) eingesetzt. Die vorliegende Version beruht auf einer leichten Revision der deutschen Fassung von Ferring und Filipp (1996), welche jedoch Schwachstellen in den psychometrischen Eigenschaften aufweist (Collani & Herzberg, 2003). Das englische Original stammt von Rosenberg (1965). Das in klinischer Praxis und Forschung häufig angewendete Selbstbeurteilungsinstrument erfasst ökonomisch und reliabel das globale Selbstwertgefühl (Collani & Herzberg, 2003). Die Skala besteht aus 10 Items welche nach dem Guttman-Typ erstellt wurden und wovon fünf positiv und fünf negativ formuliert sind. Das vierstufige Antwortformat reicht von 0 (= *trifft gar nicht zu*) bis 3 (= *trifft voll und ganz zu*). Um den Gesamtwert zu ermitteln, werden die negativ formulierten Items umkodiert und die Antworten zu einem Gesamtwert summiert. Die mittlere interne Konsistenz (Cronbach's α) des unidimensionalen Fragebogens liegt über verschiedene Stichproben hinweg im Bereich von $\alpha = .83$ bis $\alpha = .88$ (Herzberg, 2016). Die Trennschärfekoeffizienten der Items liegen in der Studie von Collani und Herzberg (2003) zwischen $r = .45$ und $r = .62$. Des Weiteren sind für die einfaktorielle Lösung alle Faktorladungen als ausreichend hoch einzustufen ($\leq .51$). Angaben zur Veränderungssensitivität liegen bisher nicht vor.

Satisfaction with Life Scale

Um die subjektive Einschätzung der persönlichen Zufriedenheit mit der eigenen Lebensqualität zu beurteilen, wurde die deutsche Fassung der Satisfaction with Life Scale (SWLS; Schumacher et al., 2003) eingesetzt. Das englische Original wurde im Kontext der Theorie des subjektiven Wohlbefindens von Diener et al. (1985) entwickelt. Lebenszufriedenheit kann als ein multifaktorielles Konstrukt mit affektiver und kognitiv-evaluativer Komponente aufgefasst werden. Die affektive Komponente bezieht sich auf das Vorliegen positiver und die Abwesenheit negativer Emotionen. Die kognitiv-evaluative Komponente umfasst die globale und domänenspezifische Lebenszufriedenheit (Pavot & Diener, 2009). Die eindimensionale Fünf-Item-Skala erfasst die subjektive Einschätzung der persönlichen Zufriedenheit mit der eigenen Lebensqualität. Die Items sind auf einer Likert-Skala von 1 (= *stimme überhaupt nicht zu*) bis 7 (= *stimme genau zu*) codiert. Durch Aufsummierung der einzelnen Antworten resultiert ein Gesamtwert zwischen 5 und 35. Die Testautoren normierten die Skala an verschiedenen Populationen: Summenscores zwischen 5 und 9 werden als extrem unzufrieden eingeordnet, Werte zwischen 15 und 19 als eher unzufrieden, Werte zwischen 21 und 25 als eher zufrieden, Werte zwischen 31 und 35 als extrem zufrieden. Es liegt ausreichend Evidenz für gute psychometrische Qualität vor: für die deutsche Version fand sich in einer Längsschnittstudie von Sölva et al. (1995) eine gute interne Konsistenz (Cronbach's $\alpha \leq .87$), eine Itemtrennschärfe von .69 und eine Retest-Reliabilität von $r_{tt} = .74$. Auch die Eindimensionalität der Skala konnte erneut faktorenanalytisch bestätigt werden. Forschungsarbeiten, in denen die SWLS mit anderen relevanten Variablen in Relation gesetzt wurde, geben Hinweise auf das Vorliegen zufriedenstellender Konstruktvalidität (z.B. Diener et al., 1985; Lucas et al., 1996; Pavot et al., 1991). Zudem können mit der SWLS therapiebedingte Veränderungen der

Lebenszufriedenheit über die Zeit abgebildet werden (Friedman & Toussaint, 2006; Pavot & Diener, 2009).

Fragebogen zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen

Um zu überprüfen, ob sich die Fähigkeit zur Emotionsregulation über die Zeit verändert, wurde der Fragebogen zu standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27; Berking & Znoj, 2008) verwendet. Der Fragebogen basiert auf einem Modell mit neun Dimensionen, die für eine effektive Emotionsregulation verantwortlich sind: (a) Aufmerksamkeit, (b) Klarheit, (c) Körperwahrnehmung, (d) Verstehen, (e) Akzeptanz, (f) Resilienz, (g) Selbstunterstützung, (h) Konfrontationsbereitschaft und (i) Regulation. Das Modell folgt der Annahme des Autors, dass es sich bei dem Konstrukt der Emotionsregulation in erster Linie nicht um eine Persönlichkeitseigenschaft, sondern eher um eine erlernbare Kompetenz handelt. Mit Hilfe des Fragebogens können diese Dimensionen entweder im Allgemeinen (trait-Version) oder auch in Bezug auf die letzte Woche (Pro-longed State-Version) erfasst werden. Die 27 Items werden auf einer fünfstufigen Skala beantwortet (0 = *überhaupt nicht* bis 4 = *fast immer*). Für den Gesamtwert werden die Antworten aller Items summiert. Die Skalenstruktur erweist sich als ausreichend valide und reliabel. Für die Gesamtskala lag die interne Konsistenz bei einem Cronbach's α von .90, die Retestrelabilität nach zwei Wochen betragen $r_{tt} = .75$. Die Kriteriumsvalidität konnte durch Korrelationen mit etablierten Fragebögen zur Messung von Wohlbefinden und psychischer Gesundheit belegt werden. Zudem zeigten sich in psychotherapeutischen Behandlungen signifikante Veränderungen zwischen den Prä- und Postwerten, was die Veränderungssensitivität des Fragebogens unterstreicht (Berking & Znoj, 2008).

Positive and Negative Affect Schedule

Zur Erfassung der erlebten Emotionen wurde die deutsche Version der Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Krohne et al., 1996) verwendet. Das englische Original wurde von Watson et al. (1988) entwickelt. Bei der PANAS handelt es sich um eine standardisierte Skala, welche zwei orthogonale Emotionsdimensionen erfasst (positiver und negativer Affekt). Der Fragebogen besteht aus 20 Adjektiven, die unterschiedliche Empfindungen und Gefühle beschreiben (z.B. aktiv, bekümmert, interessiert usw.). Je nach Instruktion kann die Affektivität als State oder Trait gemessen werden. In der vorliegenden Studie wurde das Befinden "in den letzten Wochen" abgefragt. Das Antwortformat ist fünfstufig von 1 (= *gar nicht*) bis 5 (= *äußerst*). Für die Auswertung wird für beide Dimensionen jeweils der Mittelwert über die 10 positiven bzw. 10 negativen Items gebildet. In der Arbeit von Krohne et al. (1996) ergaben sich durch eine Faktorenanalyse die gleiche zweifaktorielle Struktur und Zuordnung der Items wie für die englischsprachige Originalversion. Beide Skalen wiesen eine hohe interne Konsistenz auf (Cronbach's $\alpha \geq .84$). Die Retest-Reliabilität bei der Trait-Version lag für die Dimension negativer Affekt bei $r_{tt} = .54$ und für die Dimension positiver Affekt bei $r_{tt} = .66$. Bei der State-Version ergab sich erwartungsgemäß für beide Dimensionen eine geringe Retest-Reliabilität von $r_{tt} = .19$. Beiträge zum Vorliegen ausreichender Konstruktvalidität sind u.a. bei Watson et al. (1988) zu finden.

Fragebogen zur Trainingsevaluation

Für eine abschließende Trainingsevaluation wurden zusätzlich 15 Items in den Fragebogen mitaufgenommen, welche die Zufriedenheit mit dem Training und die subjektive Beurteilung des Lernerfolges abfragten. Das Antwortformat war fünfstufig von 0 (= *gar nicht*) bis 4 (= *äußerst*). Die Teilnehmer sollten zudem ihre Gesamtzufriedenheit mit

Intervention bewerten (Note zwischen 1 und 6). Zudem konnten die Teilnehmer schriftlich offene Angaben zu den Stärken und Schwächen der Intervention machen.

Beschreibung der Intervention

Das Trainingsprogramm *The New Growth – Ein Weg zu mehr Widerstandsfähigkeit und Lebensfreude* wurde von *Studie 1* zu *Studie 2* nur im geringen Maße überarbeitet. Im Folgenden wird die final überarbeitete Version aus *Studie 2* ausführlich vorgestellt. Die Resilienzintervention setzte sich aus acht aufeinander aufbauenden Trainingseinheiten zusammen. Die Trainingseinheiten fanden im Abstand von je einer Woche statt und dauerten jeweils ca. 120 Minuten. Die Trainingsgruppen bestanden aus fünf bis 10 Teilnehmern, die Zusammensetzung der Trainingsgruppen blieb über die acht Wochen konstant. Angeleitet wurden die Gruppen von einer sich in weit fortgeschrittener psychotherapeutischer Ausbildung befindenden Psychologin. Die Übungen fanden im Einzel-, Partner- oder Gruppensetting statt. Die Teilnehmer erhielten zu Trainingsbeginn ein begleitendes Arbeitsbuch (Anhang D). Dieses umfasste inhaltliche Informationen, schriftliche Übungsaufgaben, sowie Fragen zur Selbstreflexion und Zielsetzung. Mit dem Einsatz des Arbeitsbuches sollte der Prozess der Selbstbeobachtung vertieft und der Lernerfolg der Teilnehmer unterstützt werden. Studien belegen, dass bereits die Beobachtung des eigenen Verhaltens im Hinblick auf die Zielerreichung zu einer positiven Verhaltensänderung führen kann (Harkin et al., 2016). Um den Lerninhalt zu vertiefen und einen Transfer in die Praxis zu vereinfachen, bearbeiteten die Teilnehmer zwischen den Trainingseinheiten Hausaufgaben. Die Durchführung der Hausaufgaben nahm täglich etwa 15 Minuten in Anspruch.

Inhalte der Intervention

Trainiert wurden die Resilienzfaktoren *Kognitive Flexibilität*, *Coping*, *Selbstwirksamkeit*, *Selbstwertgefühl*, *Selbstfürsorge* und *Achtsamkeit*. Die Intervention war

therapieschulübergreifend und integrativ ausgerichtet und verwendete Therapieelemente aus kognitiver Verhaltenstherapie und psychodynamischer Psychotherapie. Zudem kamen in jeder Trainingseinheit Achtsamkeits- und Imaginationübungen zum Einsatz.

Psychotherapieforschungen zeigen, dass – je nach Patient und Kontext - ein flexibles therapeutisches Vorgehen sowie die Integration von Therapieansätzen unterschiedlicher Schulen effektiv zum Behandlungserfolg beitragen können (Budman & Gurman, 1988; Castonguay et al., 2015; Zarbo et al., 2016). Außerdem erfolgte eine Orientierung an den Überlegungen Uexküll und Wesiack (1988) zur Bedeutung der „individuellen Wirklichkeit“ in der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Diese Autoren messen in ihrem bekannten wissenschaftstheoretischen Ansatz der individuellen Prägung, Lebensgeschichte und Umwelt eines Menschen einen zentralen Stellenwert bei. Die Teilnehmer erhielten die Möglichkeit, flexibel an ihren individuellen Problemstellungen und Zielen zu arbeiten und sich aus der Anzahl an Übungen zur Resilienzsteigerung die für sie passenden auszuwählen.

Die ersten beiden Trainingseinheiten fokussierten sich auf die Identifikation der eigenen Problembereiche und das Erarbeiten eines psychodynamischen Verständnisses in Bezug auf das individuelle Stresserleben. In den Trainingseinheiten drei bis fünf wurden die oben aufgeführten Resilienzfaktoren trainiert. Hierfür erlernten die Teilnehmer anwendungsorientierte Strategien zu Resilienzstärkung. Die Trainingseinheiten sechs und sieben umfassten einen Problemlöseprozess und den Transfer der Strategien in den Alltag. Die letzte Trainingseinheit beinhaltete die Reflexion der eigenen Entwicklung, ein persönliches Feedback der Teilnehmer untereinander und die Planung der Zeit nach dem Training. Zudem wurde in jeder Sitzung eine Achtsamkeits- und Entspannungsübung eingeübt, welche die Teilnehmer selbstständig zwischen den Sitzungen trainierten. Tabelle 3 zeigt eine Übersicht über die Trainingsinhalte. Im Folgenden werden die acht Sitzungen

jeweils in Form einer Sachanalyse und einer didaktischen Analyse beschrieben. Der zeitliche Ablauf und die Lernziele der Übungen ist den Sequenzplänen zu entnehmen (Anhang E).

Zusätzliche Arbeitsblätter und die Instruktionen zu den Übungen befinden sich in Anhang F.

Tabelle 3*Übersicht über die Trainingsinhalte*

Woche	Thema	Trainingsinhalte
1	<i>Einstieg ins Training: Resilienz kennenlernen und Probleme verstehen</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sammeln von Stressoren und Stressreaktionen • Exploration individueller Problembereiche • Reflexion von Zusammenhängen von kindlichen Beziehungserfahrungen und aktuellem Stresserleben
2	<i>Auf dem Weg zur Resilienz: Altes Schutzverhalten abbauen und neue Ziele setzen</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aufdecken dysfunktionaler Kognitionen • Erarbeiten eines psychodynamischen Verständnisses des eigenen Problemverhaltens • Verstehen der eigenen Bewältigungs- und Abwehrmechanismen
3	<i>Resilientes Gedankenmanagement: Resilienzstrategien im Bereich kognitive Flexibilität & Coping</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mentalisieren von Problemsituationen • Identifizieren von Schwächen und Stärken in der eigenen Mentalisierungsfähigkeit • Hinterfragen der Ursachenzuschreibung und Kontrollierbarkeit von Situationen
4	<i>Sich selbst ein guter Freund sein: Resilienzstrategien im Bereich Selbstfürsorge & Achtsamkeit</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sammeln von Gefühlen und Bedürfnissen • Übungen zum Erkennen und Regulieren von Emotionen • Reflexion über Zusammenhänge zwischen erlebter elterlicher Fürsorge und der aktuellen Selbstfürsorge
5	<i>Widerstandsfähig trotz schwerer Zeiten: Resilienzstrategien im Bereich Selbstwirksamkeit & Selbstwertgefühl</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexion schwieriger Lebensereignisse und Entdeckung der daraus gewonnenen positiven Eigenschaften • Sammeln von persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen • Einüben von Embodiment-Techniken zur Stärkung der Selbstwirksamkeit in Problemsituationen
6	<i>Dem Problem resilient begegnen: Problemlösung mit Hilfe von Resilienzstrategien (Teil 1)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse einer Problemsituation • Zielsetzung • Sammeln erster Lösungsansätze
7	<i>Vom Problem zur Lösung: Problemlösung mit Hilfe von Resilienzstrategien (Teil 2)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Anwendung der erlernten Resilienzstrategien • Bewertung von Lösungsideen • Planung der Umsetzungsschritte
8	<i>Das neue Wachstum: Die eigene Entwicklung reflektieren</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexion über eigene Werte und Ziele im Leben • Zielsetzung für die Zeit nach dem Training • Selbstbild – Fremdbild Abgleich

1. Trainingseinheit

Im Folgenden werden die theoretischen Hintergründe sowie die Trainingsinhalte der ersten Trainingssitzung beschrieben.

Sachanalyse. Stress wird verstanden als „Reaktionsmuster eines Organismus auf Stimulusereignisse verstanden, die dessen Gleichgewicht stören und dessen Fähigkeit, die Einflüsse zu bewältigen, stark beansprucht oder übersteigt. Die Stimulusereignisse umfassen eine große Bandbreite an externen und internen Bedingungen, die zusammen genommen Stressoren genannt werden. Ein Stressor ist ein Ereignis, das von einem Organismus eine Art von Anpassungsreaktion erfordert.“ (Gerrig & Zimbardo, 2008, S. 468). Von diesem stresstheoretischen Modell abgrenzend stehen im psychodynamischen Konfliktmodell bei der Entstehung von Stressreaktionen die seelischen und körperlichen Überanstrengungen weniger im Vordergrund. Vielmehr stellen hervorgerufene intrapsychische Gegensätzlichkeit (z.B. Konflikte zwischen selbstbezogenen- und objektbezogenen Tendenzen) das stressauslösende Moment dar (Mentzos, 2017). Um sich dem Verständnis einer individuellen Konfliktodynamik zu nähern, kann ein Rückgriff auf das objektbeziehungspsychologische Paradigma sinnvoll sein. Demnach bilden frühkindliche Interaktionen mit engen Bezugspersonen die Grundlage für spätere Beziehungsgestaltungen und finden einen Niederschlag in der seelischen Struktur (Kernberg, 1981).

Die im Kindesalter verinnerlichten realen oder fantasierten Objektbeziehungen manifestieren sich in inneren Repräsentanzen, also in inneren Bildern, Gefühlen, Fantasien, Erwartungen, Befürchtungen und Wünschen, die beeinflussen, wie Menschen sich selbst und andere wahrnehmen (Jacobson, 1973). Der Begründer der Bindungsforschung John Bowlby beschreibt, dass sich im Laufe der frühen Entwicklung bestimmte Muster, sogenannte „internal working models“, also innere Arbeits- oder Repräsentationsmodelle herausbilden, die ermöglichen, das Verhalten anderer Personen zu interpretieren und vorauszusagen sowie

das eigene Verhalten zu steuern (Bowlby, 1969, 1973, 1980). Bei der Ausbildung dieser Arbeitsmodelle spielt die elterliche Sensitivität in den ersten Lebensjahren eines Kindes eine entscheidende Rolle. Während sich eine mangelnde Feinfühligkeit seitens der Bezugsperson negativ auf das Bindungsverhalten des Kindes auswirkt, hat eine bedingungslos fürsorgliche, angemessene und responsive Zuwendung einen bindungsförderlichen Einfluss (Ainsworth, 1977). Entsteht ein unsicheres Arbeitsmodell, kann sich keine realitätsangemessene Einschätzung der Umwelt entwickeln. Gefühle werden nur eingeschränkt wahrgenommen oder können nicht integriert werden. Zudem wird ein wirklichkeitsbezogenes Kommunizieren und Handeln erschwert (Grossmann et al., 1988). Dabei kann das internalisierte Beziehungswissen implizit (unbewusst) wirksam sein oder explizit (bewusst und verbal) vorliegen (vgl. Stern, 2012). Vor diesem Hintergrund kann auch das Phänomen der Übertragung verstanden werden als eine „spezifische Illusion [...] , die sich in Bezug auf eine andere Person einstellt und die ohne Wissen des Subjekts in einigen ihrer Merkmale eine Wiederholung der Beziehung zu einer bedeutsamen Figur der eigenen Vergangenheit darstellt“ (Sandler et al., 2001, S.72). Übertragungsphänomene sind durch eine erhebliche Rigidität gekennzeichnet. Zudem enthält jede Realbeziehung auch immer Übertragungselemente (Wöller & Kruse, 2018).

Es ist somit davon auszugehen, dass sich die repetitiven maladaptiven Interaktionsmuster auch innerhalb der Trainingsgruppe zeigen und dadurch thematisiert und bearbeitet werden können. Albani et al. (2002) belegten, dass die Ausprägung negativer zentraler Beziehungsmuster und der Schweregrad psychischer Beeinträchtigung eng zusammenhängen. Auch in der Resilienzforschung wird vertreten: „Resilience rests fundamentally on relationships“ (Luthar, 2006, S.780). Die dargelegten theoretischen Hintergründe unterstreichen die Wichtigkeit, mögliche Übertragungsmanifestationen vor dem Hintergrund der individuellen Lebensgeschichte zu verstehen, Zusammenhänge zu

stressauslösenden gegenwärtigen zwischenmenschlichen Beziehungen herzustellen und die diesbezüglichen Wahrnehmungen und Bewertungen einer Realitätsprüfung zu unterziehen.

Didaktische Analyse. Nach einer Vorstellung des Trainingsablaufs und der Gruppenregeln sammelten die Teilnehmer am Flipchart für sie belastende Ereignisse und Situationen und die damit verbundenen Auswirkungen auf körperlicher, affektiver, kognitiver und verhaltensbezogener Ebene. Ziel der Übung war es, zu verstehen, dass Stress ein individuelles Phänomen darstellt, das sich im Organismus auf unterschiedlichen Ebenen auswirkt und diese Ebenen sich gegenseitig beeinflussen. Den Teilnehmern wurden die psychobiologischen Mechanismen der Stressentstehung vereinfacht erklärt. In der darauffolgenden Übung *Probleme benennen* definierten die Teilnehmer ihre persönlichen Problembereiche und Stressauslöser, aufgrund derer sie sich zum Training angemeldet hatten und schätzen den Grad der wahrgenommenen Belastung ein. Hier konnten es berufliche Stressoren sein (z.B. übermäßige Arbeitsbelastung, Konflikte mit dem Vorgesetzten) als auch private Probleme (z.B. Trennung vom Partner, Streit mit pubertierenden Kindern). In der letzten Übung *Eine Reise in die Vergangenheit* setzten sich die Teilnehmer mit den Beziehungserfahrungen zu wichtigen Bezugspersonen aus der Kindheit auseinander.

Es erfolgte eine psychoedukative Sequenz zum Thema Bindung, frühkindliche Prägung und Resilienz. Ziel der Übung war es, den Einfluss positiver und negativer früherer Erfahrungen auf gegenwärtige Wahrnehmungen und Erlebensweisen herauszuarbeiten und ein Verständnis für die Hintergründe persönlicher Stressauslöser zu entwickeln. Als Entspannungsübung wurde die progressive Relaxation (PR; durchgeführt nach Jacobson, 2019) eingeübt. Als Hausaufgabe bearbeiteten die Teilnehmer die Übung *Negative Denkmuster identifizieren*. Hierdurch sollten introjizierte Einstellungen und Denkgewohnheiten sowie damit verbundenen Gefühle herausgearbeitet werden.

2. Trainingseinheit

Es folgt eine Sachanalyse und eine didaktische Analyse zur zweiten Trainingseinheit.

Sachanalyse. Im Allgemeinen beschreibt ein psychischer Konflikt das „Zusammentreffen von polaren Gegensätzen im Erleben, das von den Betroffenen unlösbar und als Widerstreit zwischen gegenläufigen Motivationen und Bestrebungen erlebt wird“ (Ermann, 2016, S. 433) Bereits Freud postulierte, dass Neurosen die Folge ungelöster unbewusster intrapsychischer Konflikte darstellen (Freud, 1915/16). Dabei sind Konflikte jedoch immer ein Element normaler seelischer Entwicklung, zum menschlichen Leben gehörig und nicht zwangsläufig pathogen (Schübler, 2002). Das traditionelle psychodynamische Konfliktmodell nimmt auf biographische Gegebenheiten Bezug und basiert auf der Annahme, dass normale, altersspezifische Bedürfnisse, Wünsche und Triebregungen eines Kindes zu negativen Erfahrungen mit den Beziehungspersonen führen können. Durch diese internalisierten negativen Erfahrungen wird im Laufe der Entwicklung dann das Wunscherleben mit negativen Affekten wie Scham, Angst, Schuld usw. verknüpft. Diese Affekte können sich entweder auf die zurückweisenden Objekte beziehen (z.B. Ärger und Enttäuschung über den anderen) oder auf das Selbst (z.B. Zweifel am eigenen Selbstwert und den eigenen Kompetenzen). Als Folge dieser biographischen Prägung werden die ursprünglichen unerfüllten Wünsche, Bedürfnisse und Impulse sowie die damit verknüpften negativen Affekte mit Hilfe von Abwehrvorgängen gehemmt und aus dem bewussten Erleben ferngehalten. Aktualisiert sich dieser Grundkonflikt unter der aktuellen Lebenssituation erneut (z.B. in Partnerschaft oder Beruf), kann es zu seiner Labilisierung der Abwehr und zur Symptombildung kommen. Konflikte im Erwachsenenalter können dann bewusst oder unbewusst wirksam sein (vgl. Rudolf, 2014).

In Hinblick auf die Differenzierung und die Anzahl von Grundkonflikten lässt sich in der psychoanalytischen Theorie keine einheitliche Systematik finden (Jungclaussen, 2018).

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) beschreibt in ihrer Konfliktachse sieben Hauptkonflikte: Individuation versus Abhängigkeit, Unterwerfung versus Kontrolle, Versorgung versus Autarkie, Selbstwertkonflikt, Schuldkonflikt, Ödipaler Konflikt und Identitätskonflikt. Zudem kann es zu einer abgewehrten Konflikt- und Gefühlswahrnehmung kommen, bei denen Menschen Schwierigkeiten haben, Gefühle und Bedürfnisse bei sich und anderen wahrzunehmen. Problematisch wird die Konfliktspannung erst dann, wenn sich dysfunktionale oder einseitige „Entweder-oder-Lösungen“ entwickeln, die repetitiv zu immer wieder ähnlichen Bewältigungsmustern und den dazugehörigen Affekten führen (Arbeitskreis OPD, 2014). Die durch einen Konflikt zugespitzte intrapsychische Spannung kann eine der häufigsten Stressformen darstellen. Psychische Symptome stellen damit pathologische Pseudolösungen eines Konfliktes dar (Mentzos, 2017).

Didaktische Analyse. Die zweite Trainingssitzung begann mit der Besprechung der Hausaufgabe und einem gegenseitigen Erfahrungsaustausch. Es folgte eine psychoedukative Einheit zum Thema Repetitive maladaptive Interaktionsmuster, implizites und explizites Beziehungswissen sowie neuronale Plastizität. Mit dem letzten Punkt sollten die Teilnehmer zum einen für das Training motiviert werden (persönliche Veränderung ist immer möglich), zum anderen sollten übersteigerte Veränderungserwartungen relativiert werden (für eine persönliche Veränderung wird viel Zeit und Übung benötigt).

In der Übung *Schutzmechanismen identifizieren* ging es um die Identifizierung persönlicher Bewältigungs- bzw. Abwehrmechanismen. Hierfür beantworteten die Teilnehmer einen kurzen Fragebogen. Anhand der erreichten Punkteverteilung konnte nachvollzogen werden, auf welchen *Schutzmechanismus* typischerweise zurückgegriffen wird, um belastende Emotionen abzuwehren: *Schutz durch erlernte Hilflosigkeit*, *Schutz durch Gefühlsmeidung*, *Schutz durch Suche nach Anerkennung*, *Schutz durch Autonomie*,

Schutz durch Abhängigkeit, Schutz durch passiven Rückzug und Schutz durch Gegenwehr.

Entsprechend der Fragebogenergebnisse teilten sich die Teilnehmer in Kleingruppen auf.

Jede Kleingruppe erhielt einen Text mit der Beschreibung des ausgewählten

Schutzmechanismus und beantwortete vorgegebene Fragen auf einem Flipchart (siehe

Anhang F1). Die Ergebnisse der Kleingruppenarbeiten wurden anschließend präsentiert. Die

inhaltliche Konzeptualisierung der Übung orientierte sich zum Teil an der Konfliktachse der

Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (Arbeitskreis OPD, 2014). Zum anderen

weist die Übung leichte Überschneidungen zu den Überlegungen von Stahl (2015) auf. An

dieser Stelle ist zu betonen, dass es im Rahmen des Trainings selbstverständlich nicht um ein

Durcharbeiten unbewusst wirkender psychischer Dynamiken gehen kann, als vielmehr um

ein Verständnis bewusst zugänglicher Konflikte und deren oberflächliche, vermehrt kognitive

Bearbeitung. Methodisch weist die Entwicklung des kurzen Fragebogens Ähnlichkeiten zu

dem von Kaluza verwendeten Fragebogen aus Trainingsmodul 2 seines

Stressbewältigungstrainings auf (vgl. Kaluza, 2011).

Es folgte ein psychoedukativer Vortrag zum Thema psychischer Konflikt und Stress.

Ziel der Übung lag darin, den Teilnehmern ein psychodynamisches Verständnis der

individuellen Stressentstehung zu vermitteln und die Selbstreflektion über dysfunktionale

Denk- und Verhaltensgewohnheiten anzuregen (siehe Abbildung 2). Als Entspannungsübung

wurde eine Kurzversion progressive Relaxation (PR; durchgeführt nach Jacobson, 2019)

durchgeführt. Die Hausaufgabe beinhaltete das Trainieren der Entspannungsübung und das

Festlegen von Trainingszielen.

Abbildung 2

Psychodynamisches Konfliktmodell der Stressentstehung

**3. Trainingseinheit.**

Im Folgenden werden die Inhalte sowie das didaktische Vorgehen der dritten Trainingseinheit dargelegt. In dieser Woche sollten *Kognitive Flexibilität* und *Coping* trainiert werden.

Sachanalyse. Bei der Emotionsregulation handelt es sich um einen zielgerichteten Prozess, in dem Emotionen in ihrer Intensität, Dauer und Art modifiziert werden. Emotionsregulation erlaubt, in Abhängigkeit individueller Ziele in spezifischen Situationen emotional angemessen reagieren zu können. Emotionsregulation umfasst sowohl die Herunterregulierung negativer Emotionen (z.B. Angst und Stress) sowie die Hochregulierung positiver Emotionen. Dieser Prozess kann bewusst oder unbewusst ablaufen (vgl. Gross & Thompson, 2007). Dabei können unterschiedliche Strategien zum Einsatz kommen: z.B. kognitive Neubewertung einer Situation, Akzeptanz der Emotion, Verschiebung der Aufmerksamkeit auf andere Aspekte einer Situation, Veränderung der emotionsrelevanten

physiologischen Antwort oder Veränderung der Situation im Sinne von problemfokussiertem Coping (McRae & Gross, 2020).

In der kognitiven Verhaltenstherapie stellt der Ansatz der kognitiven Umstrukturierung mittels kognitiver Neubewertung eine zentrale Strategie zur Emotionsregulation dar (z.B. Beck et al., 1979). Die kognitive Umstrukturierung kann auf drei verschiedenen Ebenen stattfinden: auf der Ebene fundamentaler Grundüberzeugungen (z.B. „Anderen Menschen kann man nicht vertrauen“) auf der Ebene bedingter Einstellungen, Annahmen und Regeln (z.B. „Wenn ich etwas Schwieriges ausprobiere, werde ich scheitern“) oder auf der Ebene automatisierter Gedanken in spezifischen Situationen (Beck, 2011). Die kognitive Umstrukturierung erfolgt typischerweise in drei Schritten: Identifikation von Aspekten dysfunktionalen Denkens, systematisches Bewerten und Hinterfragen dieser Gedanken hinsichtlich Nützlichkeit und Angemessenheit sowie Modifizierung der Gedanken mit dem Ziel einer adaptiveren Bewertung des Problems (Wenzel et al., 2016). In der „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie wurden weitere, verhaltensbezogene und kognitive Ansätze zur Emotionsregulation integriert, die sich mehr auf die Beziehung einer Personen zu ihren Gedanken und Emotionen konzentrieren als auf den Inhalt der Gedanken (Hayes & Hofmann, 2017). Zu nennen wären hier bspw. das Prinzip der Achtsamkeit, die Kognitive Defusion (die Fähigkeit, sich von den eigenen problematischen Gedanken zu distanzieren und sie mit einem gewissen Abstand zu betrachten) oder die Akzeptanz von schwierigen Gefühlen oder unkontrollierbaren Situationen. Diese Strategien können u.a. der Akzeptanz- und Commitmenttherapie zugeordnet werden und haben das Ziel, die psychologische Flexibilität zu verbessern (Hayes & Hofmann, 2017, 2018)

Aus Perspektive der Mentalisierungstheorie ist die Fähigkeit der Emotionsregulation entscheidend von den Erfahrungen der frühen Eltern-Kind-Interaktion abhängig. Die Objekt- und Selbstrepräsentanzen bleiben im Arbeitsgedächtnis gespeichert und beeinflussen auch im

späteren Leben die Fähigkeit zum Mentalisieren von Beziehungen (vgl. Schultz-Venrath & Felsberger, 2016). Mentalisieren bedeutet, „eigenes Verhalten oder das Verhalten anderer Menschen durch Zuschreibung von mentalen Zustände zu interpretieren“ (Fonagy et al., 2019, S. 32). Mentale Zustände können Gedanken, Gefühle, Überzeugungen, Wünsche oder Ziele darstellen (Fonagy et al., 2019). Das Mentalisierungsmodell integriert selbstreflexive, intrapsychische wie auch interpersonelle Komponenten. Während das Theory of Mind-Konzept primär kognitiv und dyadisch orientiert ist, kann das Mentalisieren als Weiterentwicklung gesehen werden, da es die beziehungs- und affektregulativen Aspekte eines Individuums und auch von Gruppen miteinschließt (Schultz-Venrath & Felsberger, 2016). Ziel einer mentalisierungsorientierten Therapie stellt die Verbesserung der mentalisierten Affektivität dar. Diese beschreibt eine weiterentwickelte Form der Affektregulierung, bei der über den eigenen Affektzustand reflektiert wird, während man ihn gleichzeitig bewusst wahrnimmt. Damit grenzt sich dieser Ansatz von der klassischen Affektregulierung ab, bei der es eher um eine kognitive Bewertung und eine teilweise intellektuelle Distanzierung vom Affekt geht (Taubner, 2015).

Didaktische Analyse. Die Sitzung begann mit einer Wiederholung der Inhalte aus der letzten Woche und der Besprechung der Hausaufgaben. Es folgte eine psychoedukative Sequenz zum Thema Kognitive Flexibilität und Coping. Es folgte die Übung *Schärfe Deine Wahrnehmung!* zum Trainieren der Mentalisierungsfähigkeit (siehe Anhang F5). Im Rahmen einer Imaginationübung sollten sich Teilnehmer imaginativ in eine für sie schwierige zwischenmenschliche Situation aus der Vergangenheit hineinversetzen. Dabei sollten die eigenen Gedanken, Stimmungen und Gefühle achtsam wahrgenommen und innerlich benannt werden. Im nächsten Schritt wurden die Teilnehmer angeleitet, die Perspektive zu wechseln und sich in die Situation ihres Gegenübers hineinzusetzen, dessen mentalen Zustand zu identifizieren und innerlich zu benennen. Im dritten Schritt sollte die Rolle eines neutralen

Beobachters eingenommen werden, der die Situation wie ein Zuschauer im Theater analysierend betrachtet. Die Imaginationsübung wurde angelehnt an die Übung *Die drei Positionen der Wahrnehmung* von (Stahl, 2015) entwickelt.

Im Anschluss notierten die Teilnehmer ihre Erfahrungen aus der Übung schriftlich und bewerteten, welche der drei Perspektiven ihnen besonders einfach bzw. schwer fällt. Es erfolgte eine psychoedukative Sequenz über Mentalisierungsstörungen (Beispiele zu finden in Schultz-Venrath & Felsberger, 2016). Die Teilnehmer diskutierten anhand von Alltagsbeispielen, welche Mentalisierungsstörungen sie bei sich oder anderen bereits festgestellt haben (z.B. konkretistisches Verstehen einer anderen Person anstatt empathischen Einfühlens). In der nächsten Übung *Akzeptiere, was Du nicht kontrollieren kannst!* hatten die Teilnehmer die Aufgabe, einzuschätzen, inwiefern ihre derzeitigen Probleme und Schwierigkeiten innerhalb- oder außerhalb ihres aktuellen Kontroll- und Verantwortungsbereichs liegen. Ziel der Übung sollte in der Erkenntnis liegen, dass vielfach viel Energie auf unlösbare Probleme gelegt wird, während lösbare Schwierigkeiten nicht aktiv angegangen werden. Es folgte die Imaginationsübung *Problem ablegen* (siehe Anhang F6), in der sich die Teilnehmer vorstellen sollten, einen schweren Rucksack zu tragen, der ein unkontrollierbares Problem beinhaltet. Der Rucksack sollte dann in der Fantasie an einem bestimmten Ort abgelegt bzw. an die verantwortliche Person zurückgegeben werden.

Im Rahmen der letzten Übung *Hinterfrage Deine Ursachenzuschreibung* wurde anhand eines alltagsnahen Beispiels der Unterschied zwischen einer resilienzförderlichen sowie einer resilienzhinderlichen Ursachenzuschreibung erklärt. Die Teilnehmer reflektierten ihren persönlichen Attribuierungsstil anhand der Dimensionen *Kontrollierbarkeit*, *Personenabhängigkeit*, *Stabilität über die Zeit* und *Globalität* (vgl. Meyer, 2003). Die Hausaufgabe beinhaltete Übungen zum Mentalisieren, Fragen zur kognitiven Umstrukturierung sowie ein Trainingsplan zur Imaginationsübung *Problem ablegen*.

4. Trainingseinheit.

Die nächsten beiden Abschnitte beschreiben die theoretischen Hintergründe und den didaktischen Ablauf der vierten Trainingseinheit. Der Schwerpunkt lag auf den Resilienzfaktoren *Selbstfürsorge* und *Achtsamkeit*.

Sachanalyse. „Emotionen sind komplizierte Bündel von chemischen und neuronalen Reaktionen, die ein Muster bilden“ (Damasio, 2004, S. 68). Sie weisen eine für den Organismus vorteilhafte und lebensnotwendige regulatorische Funktion auf. Dabei handelt es sich um biologisch determinierte Prozesse, die von angeborenen Hirnstrukturen abhängen und in subkortikalen Regionen in der Tiefe des Hirnstamms entstehen. Sie können automatisch, ohne bewusste Auslösung in Gang gesetzt werden (Damasio, 2004).

Bei der Entstehung von Emotionen spielt die individuelle Bewertung eines inneren oder äußeren Reizes hinsichtlich eigener Motive und Ziele eine entscheidende Rolle. Je nach motivationaler Relevanz des Reizes führt dieser kognitive Bewertungsprozess zur Entstehung unterschiedlicher Emotionen. Durch eine Emotion können dann wiederum spezifische Handlungstendenzen ausgelöst werden (vgl. Frijda, 2008; McRae & Gross, 2020; Scherer, 2005). Durch das Vorliegen einer Emotion können Rückschlüsse auf die dahinterliegenden individuellen Bedürfnisse und Motive abgeleitet werden (Lammers, 2011). Bei der Ätiopathogenese psychischer Erkrankungen ist das Vermeidungsverhalten in Bezug auf Wahrnehmung und Erleben von Emotionen häufig ein zentraler Aspekt. Daher stellt die Aktivierung und das Aushalten unangenehmer und problematischer Affekte einen essenziellen Bestandteil unterschiedlicher Psychotherapieverfahren dar. Um eine positive Veränderung zu bewirken, muss im psychotherapeutischen Prozess das emotionale Erleben mit einer kognitiven und behavioralen Bearbeitung kombiniert werden. Dabei sollen im therapeutischen Prozess das bewusste Erleben, das Differenzieren und die Akzeptanz von Emotionen gefördert werden. Emotionen sollen verstanden werden, indem neue Bedeutungen

und ein Sinngehalt erarbeitet werden. Bei intensiven Emotionen sollen regulatorische Fähigkeiten vermittelt werden. Bislang vermiedene adaptive Emotionen sollen ausgedrückt und in entsprechende Verhaltensweisen umgesetzt werden. Zusätzlich sollen an Stelle maladaptiver Emotionen adaptivere Emotionen aktiviert werden (Lammers, 2011).

Ein psychotherapeutischer Ansatz, der diesem Vorgehen entspricht, ist die von Greenberg begründete Emotion-Focused Therapy (EFT; Greenberg, 2015). Greenberg unterscheidet in seiner Theorie zwischen primären oder sekundären Emotionen. Primäre Emotionen können adaptiv oder maladaptiv sein. Adaptive primäre Emotionen sind situativ angemessen und führen zu sinnvollen und hilfreichen Handlungen. Maladaptive primäre Emotionen gelten in der Situation als unangemessen, problematisch und psychisch belastend. Ausgebildet wurden die maladaptiven primären Emotionen aufgrund prägender negativer Beziehungserfahrungen in der Kindheit. Primäre Emotionen und die damit verbundenen Bedürfnisse werden häufig gar nicht wahrgenommen, sondern vermieden. Stattdessen bilden sich dysfunktionale Bewältigungsstrategien in Form sekundärer Emotionen aus.

Beispielsweise führt die adaptive primäre Emotion Wut aufgrund der Bewertung „ich darf nicht wütend sein, ich habe kein Recht, mich zu beschweren“ zu den sekundären Emotionen Angst und Hilflosigkeit, welche wiederum Kernaspekte psychischer Symptome darstellen können (Greenberg, 2015).

Didaktische Analyse. Nach einer Besprechung der Hausaufgabe folgte eine psychoedukative Einführung zu den Resilienzfaktoren Selbstfürsorge und Achtsamkeit. In einer Einstiegsübung bekamen die Teilnehmer jeweils ein Gefühl (z.B. Angst, Trauer, Scham) zugeordnet und sollten sich im Rahmen einer Imaginationsübung in eine Situation hineinversetzen, in der sie dieses Gefühl gespürt haben. An einem Flipchart wurden die Gefühle und die damit einhergehenden Körperreaktionen gesammelt. Gemeinsam wurde überlegt, auf welche Motive und Bedürfnisse die jeweiligen Gefühle hinweisen können.

Für die Übung *Nimm Deine Gefühle wahr!* wurde auf das Konfliktmodell zur Stressentstehung zurückgegriffen (Abbildung 2). Es wurde für schwierige Gefühle eine Emotionsanalyse durchgeführt. Dabei wurde im ersten Schritt eine Situation, in der das Gefühl häufig auftritt, genauer analysiert. Aus einer möglichst objektiven Perspektive sollte dann bewertet werden, ob es sich eher um ein adaptives oder maladaptives Gefühl handelt. Handelte es sich um die Bewertung *maladaptiv*, sollte das Gefühl vor dem biographischen Hintergrund verstanden werden. Die Teilnehmer sollten überlegen, wie sie sich in der Situation lieber fühlen würden und ein Zielgefühl benennen. Sie erarbeiteten Strategien, wie sie das Zielgefühl erreichen können. Bei der Bewertung *adaptiv* wurden die hinter dem Gefühl liegenden Bedürfnisse und Motive herausgearbeitet. Die Teilnehmer erhielten zudem einen Leitfaden zur Emotionsregulation für Notfallsituationen. Durch diese Übung sollte die Aufmerksamkeit für eigene emotionale Reaktionen erhöht und das Verständnis der eigenen Gefühle und die Fähigkeiten zur Emotionsregulation verbessert werden.

In der Übung *Spüre Deine Bedürfnisse!* diskutierten die Teilnehmer in Kleingruppen, welchen Wert ihre Eltern auf ihre kindlichen Bedürfnisse gelegt haben und inwiefern sich ihre Kindheit auf die Durchsetzung ihrer Bedürfnisse in der heutigen Zeit ausgewirkt hat. Die Teilnehmer überlegten sich Strategien, mit denen Selbstfürsorge und Bedürfnisbefriedigung zukünftig besser durchgesetzt werden können. Die Übung *Habe Mitgefühl mit Dir selbst!* umfasste die Imaginationsübung *Mein Wohlführt-Ort* und das Finden eines inneren *Resilienzhelpers* (angelehnt an Reddemann, 2001). Mit dieser Übung sollten die Selbstfürsorge und Entspannungsfähigkeit der Teilnehmer trainiert werden. Die Instruktion zur Übung ist in Anhang F7 zu finden.

Die Hausaufgabe beinhaltete einen Trainingsplan zur Imaginationsübung *Mein Wohlfühl-Ort* sowie ein *Bedürfnis-Tagebuch*, in das die Teilnehmer über einen Tag lang

stündlich ihre Gefühle und Bedürfnisse eintragen sollten. Zudem überprüften sie ihre Selbstfürsorge anhand einer *Checkliste zur Selbstfürsorge* (angelehnt an Kaluza, 2014).

5. Trainingseinheit.

Es folgen die Sachanalyse und die didaktische Analyse der fünften Trainingseinheit. Hierbei sollten *Selbstwirksamkeit* und *Selbstwertgefühl* gestärkt werden.

Sachanalyse. Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeitserwartung sind eng verwandte psychologische Konstrukte und stellen grundsätzliche Indikatoren der Selbsteinschätzung dar (Judge et al., 2002). Während bei der generellen Selbstwirksamkeitserwartung insbesondere motivationale Komponenten von Bedeutung sind, stehen beim Selbstwertgefühl eher die affektive Selbstbewertung im Vordergrund (Chen et al., 2004). Bandura (1994) nennt die vier Möglichkeiten, mit denen die Selbstwirksamkeitserwartung gestärkt werden kann: (a) durch persönliche Erfolgserfahrungen bei der Bewältigung von Hindernissen, (b) durch Modelllernen, indem man sich an Vorbildern orientiert, die stellvertretend Herausforderungen erfolgreich bewältigen, (c) durch verbale Überzeugungen von Außenstehenden, die einen darin bestärken, dass man die Fähigkeiten besitzt, gewisse Situationen zu bewältigen, und (d) durch den Einfluss physiologischer und affektiver Zustände, indem die Stressreaktionen und emotionale Erregung reduziert und körperliche Reaktionen angemessen bewertet werden.

Ähnliche Methoden können auch bei der Verbesserung von Selbstwertgefühl wirksam sein. Guindon (2010) arbeitet 25 Interventionsstrategien heraus, mit denen das Selbstwertgefühl verbessert werden kann. Unter anderem werden hier genannt: authentische Stärken und Talente erkennen, Errungenschaften aus der Vergangenheit betrachten, positive Selbstunterstützung, positives und realistisches Feedback von anderen erhalten oder die Durchführung von Entspannungsübungen und positiven Imaginationenübungen (vgl. Guindon, 2010).

Didaktische Analyse. Die Sitzung begann mit einem psychoedukativen Vortrag zu den Resilienzfaktoren Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl. Daraufhin folgte die Übung *Lerne aus schweren Zeiten!* Dafür zeichnete jeder Teilnehmer seine Lebenslinie von Geburt bis heute in ein Diagramm, dessen Waagrechte die Zeitachse und dessen Senkrechte die wahrgenommene Valenz der Lebensereignisse anzeigte. Anschließend wurde in Partnerarbeit darüber diskutiert, was in der Vergangenheit oder in der Herkunftsfamilie schwer war, mit welchen Ressourcen die schweren Erlebnisse bewältigt wurden und was daraus gelernt wurde. Die Übung wurde angelehnt an Drexler (2014) konzipiert. Ziel der Übung lag in dem Bewusstwerden der bereits vorhanden persönlichen Ressourcen.

In der Imaginationsübung *Unterstütze Dich selbst!* sollten sich die Teilnehmer an einen ressourcenreichen Zustand im Leben erinnern und sich daraufhin in eine Körperhaltung begeben (*Resilienzpose*), mit der sie Stärke, Selbstvertrauen und Optimismus verbinden (siehe Anhang F8). Studien belegen, dass der Einsatz von starken, öffnenden oder expansiven Körpergesten sich positiv auf Befinden und Verhalten auswirken kann (z.B. Carney et al., 2010). Anschließend sollte jeder Teilnehmer sein zu Beginn des Trainings herausgearbeitetes negatives Denkmuster in ein positives umwandeln und Argumente entwickeln, die das positive Denkmuster in seinem Wahrheitsgehalt unterstützten. Die Teilnehmer bastelten sich Erinnerungsschilder mit dem neuen Denkmuster für den Alltag.

In der Übung *Besinne Dich auf Deine Fähigkeiten!* erarbeiteten sich die Teilnehmer anhand einer Liste mit Fähigkeiten ihre Kernkompetenzen und überlegten, warum diese Fähigkeiten auf sie zutreffen. Die Hausaufgabe beinhaltete einen Trainingsplan zum Trainieren der *Resilienzpose*. Zudem sollten die Teilnehmer ihre eigenen Stärken und Fähigkeiten abschließend reflektieren. In der letzten Übung der Hausaufgabe erhielten die Teilnehmer ein Feedback von anderen Personen aus ihrem Umfeld. Hierfür teilten die sie an

Freunde, Familie oder Arbeitskollegen ein Arbeitsblatt aus, auf dem Fragen zur Fremdeinschätzung beantwortet wurden (siehe Anhang F2).

6. und 7. Trainingseinheit

Die sechste Trainingseinheit und siebte Trainingseinheit bauten auf demselben theoretischen Hintergrund auf. Dieser wird in einer übergeordneten Sachanalyse dargelegt. Die didaktische Analyse erfolgt einzeln für beide Sitzungen.

Sachanalyse. Interventionsstrategien aus der Problemlösungstherapie können allgemein der kognitiven Verhaltenstherapie zugeordnet werden und haben das Ziel, die Fähigkeit zur Problembewältigung zu verbessern. Problemlösung kann als multidimensionaler, selbstgesteuerter Prozess verstanden werden, bei dem ein Individuum versucht, effektive Bewältigungslösungen für Probleme in Form alltäglicher Stressoren oder kritischer Lebensereignisse zu identifizieren, zu entdecken und/oder zu entwickeln (Nezu et al., 2012). Der Ansatz verfolgt dabei zwei Hauptziele: Zum einen die Entwicklung einer adaptiven Grundhaltung gegenüber Problemen im Leben (z. B. Optimismus, Selbstwirksamkeit und Akzeptanz, dass Probleme im Leben häufig vorkommen), zum anderen die Vermittlung spezifischer Problemlösungsstrategien (z. B. Emotionsregulation und planmäßige Lösung des Problems). Der Problemlöseprozess umfasst dabei vier Skills: (a) Problemdefinition (z.B. Hintergründe des Problems herausarbeiten und Zielsetzung), (b) Generierung von Alternativen (z.B. Nachdenken über mögliche Lösungsstrategien), (c) Entscheidungsfindung (z.B. Kosten-Nutzen-Analyse der unterschiedlichen Alternativen) und (d) Handlungsdurchführung (z.B. Durchführung und Bewertung der ausgewählten Lösung) (Nezu et al., 2012).

Eine Integration von Problemlösungstherapie ins Gruppensetting zeigte sich bereits erfolgreich (z.B. Nezu & Perri, 1989). Durch das gegenseitige Feedback, den Austausch von Erfahrungen und Ideen, können neue Bewältigungsmöglichkeiten positiv gefördert werden

(Nezu et al., 2012). Während der ursprüngliche Problemlöseansatz von (D'zurilla & Goldfried, 1971) den Fokus auf kognitive Aspekte richtet, berücksichtigen aktuelle konzeptionelle Weiterentwicklungen wie die Emotionszentrierte Problemlösungstherapie (EC-PST; Nezu & Nezu, 2019) zudem die wichtige Rolle emotionaler Reaktionen während der Therapie. Auch im vorliegenden Trainingskonzept wird dem Einfluss von Emotionen im Rahmen des Problemlöseprozesses ein hoher Stellenwert beigemessen.

Didaktische Analyse der 6. Trainingseinheit. Die Sitzung begann mit einem psychoedukativen Vortrag, in dem den Teilnehmern der Problemlöseprozess vorgestellt wurde. Dieser umfasste die sechs Schritte *Problemanalyse*, *Zielanalyse*, *Lösungsideen sammeln*, *Lösungsideen bewerten*, *Umsetzung planen* und *Plan umsetzen und bewerten*. Die ersten beiden Schritte wurden in der sechsten Trainingseinheit bearbeitet, die Schritte drei bis fünf in der siebten Trainingseinheit. In der *Problemanalyse* wählten die Teilnehmer eine ungelöste Problemsituation aus ihrem Leben aus. Anschließend wurde eine Achtsamkeitsübung durchgeführt, bei der sie sich imaginativ in die Problemsituation hineinversetzen und achtsam alle Wahrnehmungen, Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen nachempfinden sollten.

Daraufhin folgte eine Partnerübung, in der das Problem in einem Partner-Interview analysiert wurde (siehe Anhang F3). Während der Interviewte von seinem Problem berichtete, hatte der Interviewer die Aufgabe, empathisch zuzuhören. Wenn möglich, sollte er adaptive Gefühle validieren, maladaptive Gefühle hinterfragen und unbenannte Gefühle verbalisieren. Im Anschluss notierte jeder Teilnehmer für sich die Ergebnisse der Übung. Im Rahmen der *Zielanalyse* legten die Teilnehmer ein Zielgefühl für die Problemsituation fest und entwickelten daraufhin Haupt- und Teilziele für eine Lösung. In der Achtsamkeitsübung dieser Trainingseinheit sollten die Teilnehmer ihre Aufmerksamkeit zunächst auf die eigene Atmung lenken. Dann sollte der Fokus sukzessive auf die eigenen Gedanken, Gefühle und

äußeren Einflüsse erweitert werden, um sich am Ende wieder auf die Atmung zu fokussieren (siehe Anhang F9). Die Hausaufgabe beinhaltete einen Trainingsplan für die Achtsamkeitsübung. Zudem wurde der dritte Schritt des Problemlöseprozesses *Lösungsideen sammeln* selbstständig durchgeführt.

Didaktische Analyse der 7. Trainingseinheit. Die Sitzung begann mit einer Wiederholung der Trainingsinhalte. Die Teilnehmer sammelten an Metaplanwänden ihr Wissen zu den zwei Bereichen *innere Konflikte, Schutzmechanismen und Stress* sowie zu *Resilienz und Resilienzstrategien*. Daraufhin folgte die Übung *Die Gruppe als Resilienzhelfer*. Hierbei bekamen ein bis zwei Teilnehmer die Möglichkeit, ihr Problem der Gruppe vorzustellen und ein Anliegen an die Gruppe zu formulieren. Die Gruppe bearbeitete das angebrachte Anliegen: Als erstes sollte das Gegenübertragungsgeschehen, also die emotionalen Reaktionen der Teilnehmer auf das Erzählte, herausgearbeitet und verstanden werden. Ziel sollte es sein, gewohnte maladaptive Interaktionen und Überzeugungen im Kontext der Gruppe zu verstehen und gegebenenfalls zu modifizieren.

Darauffolgend wurde über maladaptive Gefühle, negative Denkmuster, mögliche Schutzmechanismen und Mentalisierungsstörungen diskutiert. Die Gruppe sollte überlegen, welche Resilienzstrategien für den vorstellenden Teilnehmer nützlich sein könnten. Erst danach äußerte die Gruppe konkrete Tipps und Handlungsvorschläge. Zuletzt konnte der vorstellende Teilnehmer rückmelden, wie er die Gruppenarbeit erlebt hat, welche Gefühle in ihm ausgelöst wurden und was er aus der Übung für sich mitgenommen hat. Im Anschluss an die Übung folgte der nächste Schritt des Problemlöseprozesses *Lösungsideen bewerten*. Hierbei beurteilten die Teilnehmer die erarbeiteten Ideen für ihr Problem anhand der Dimensionen Nützlichkeit und Schwierigkeit in der Umsetzung. Sie wählten eine Lösung aus und planten im nächsten Schritt deren Umsetzung. Es wurde ein konkreter *Wenn-Dann-Plan* erstellt. In einer abschließenden Imaginationsübung versetzten sich die Teilnehmer erneut in

ihre individuelle Problemsituation und versuchten, die erarbeitete Lösung in der Fantasie umzusetzen (siehe Anhang F10).

Den letzten Schritt, *Plan umsetzen und bewerten*, setzen die Teilnehmer jeder für sich in seinem Alltag um. Die Hausaufgabe beinhaltete den Trainingsplan zu einer frei gewählten Achtsamkeits- oder Entspannungsübung. Zudem bewerteten die Teilnehmer die neun erlernten Resilienzstrategien nach ihrer Nützlichkeit, wählten ihre Lieblingsstrategie aus und überlegten, wie sie diese in ihren Alltag integrieren könnten. Für die nächste Trainingssitzung sollte zudem die Übung *Selbstbild vs. Fremdbild* schriftlich vorbereitet werden (siehe Anhang D und Anhang F4). Der erste Teil umfasste einen selbstreflexiven Prozess, bei dem die Teilnehmer überlegen sollten, welchen ersten Eindruck sie bei anderen Menschen hinterlassen, wie sich andere in ihrer Gegenwart fühlen, welche Eigenschaften andere an ihnen wohlmöglich schätzen und welche Rolle ihnen die anderen Gruppenmitglieder zuschreiben würden. Der zweite Teil umfasste die Einschätzung der anderen Gruppenmitglieder. Die Teilnehmer reflektierten ihre individuelle Wahrnehmung und Gegenübertragung in Bezug auf jedes Mitglied. Sie überlegten sich eine passende Rollenzuschreibung und benannten positive Eigenschaften der Person.

8. Trainingseinheit.

In den beiden folgenden Abschnitten werden Sachanalyse und didaktische Analyse der letzten Trainingseinheit aufgeführt.

Sachanalyse. "Selbstkonzepte bezeichnen [...] die individuelle Auffassung der Person über alle relevanten Merkmalen der eigenen Person, wie sie etwa in Selbstattributionen zu Fähigkeiten, Fertigkeiten, Interessen, Wünschen, Gefühlen, Stimmungen, Wertschätzungen und Handlungen der eigenen Person hervortreten, sie umschreiben auch die individuelle Auffassung der Person zum eigenen Körper." (Deusinger, 1986, S. 11). Das Selbstkonzept kann als multidimensionales Modell aufgefasst werden, da es sich auf verschiedene Aspekte

oder Komponenten der Person beziehen kann (Deusinger, 1986). Es entwickelt sich auf Basis von unterschiedlicher Erfahrungen und Wahrnehmungen und kann sich über die gesamte Lebensspanne eines Menschen verändern (Mummendey, 2006).

Als Quelle der Selbsteinflüsse dienen z.B. direkte Fremdzuschreibungen anderer Personen, selbstbezogene Informationen, die aus der Interpretation des Verhaltens anderer Personen gewonnen werden, vergleichende Bewertungen mit sich und anderen oder die Selbstbeobachtung des eigenen Verhaltens (Filipp, 1984). Während ein negatives Selbstkonzept eher auf psychische Instabilität hindeutet, kann ein positives Selbstkonzept eher mit psychischer Stabilität assoziiert werden (Deusinger, 1986). Hayes et al. (2014) sehen die starre Überidentifizierung mit dem eigenen Selbstbild und das Festhalten an dem gewohnten, durch die eigene Lebensgeschichte geprägten Selbstkonzept als problematisch an, da es die psychische Flexibilität und eine positive Veränderung beeinträchtigt. Stattdessen fokussiert die Akzeptanz-Commitment-Therapie eine Loslösung und Distanzierung von den alten Überzeugungen. Dabei geht es darum, dass der Patient seine persönlichen Werte und Ziele identifiziert, sein Handeln danach ausrichtet und seinem Leben somit Sinn und Richtung verleiht (Hayes et al., 2014).

Didaktische Analyse. Die letzte Trainingseinheit begann mit der Übung *Dem Leben Sinn geben*, in der die Teilnehmer zunächst in Kleingruppen über ein Gedicht zur Selbstliebe diskutierten und sich daraufhin über ihre persönliche Weiterentwicklung, die eigenen Werte und Ziele in ihrem Leben austauschten. In der Einzelübung *Zielsetzung* setzen sich die Teilnehmer konkrete kurz-, mittel und langfristige Ziele im Hinblick auf die eigene Resilienz. Zudem wurde überprüft, inwiefern die zu Beginn des Trainings definierten Ziele erreicht und die Belastung durch Probleme verringert wurde.

In der abschließenden Übung *Selbstbild vs. Fremdbild* wurden im Plenum die im Rahmen der letzten Hausaufgabe erarbeiteten Fremdeinschätzungen der einzelnen

Gruppenmitglieder an einer Metaplanwand gesammelt und mit den jeweiligen Selbsteinschätzungen verglichen. Mit den Übungen sollte eine differenzierte und realitätsgerechte Selbstwahrnehmung der Teilnehmer gefördert und noch mehr Klarheit über das eigene Selbstkonzept gewonnen werden. Die Sitzung endete mit einer Feedbackrunde und einer Verabschiedung der Teilnehmer.

Statistische Analyse

Bei der statistischen Auswertung erfolgte zunächst die deskriptive Analyse der Daten. Hierfür wurden die kontinuierlich skalierten Variablen durch deskriptive Statistiken (Mittelwert, Median, Standardabweichung) und kategoriale Variablen durch Häufigkeitstabellen zusammengefasst. Für eine erste Einschätzung über die Veränderung in den abhängigen Variablen von Prä- zur Postmessung wurde der Wilcoxon-Test herangezogen. Der Test eignet sich für kleine Stichproben und nicht normalverteilte Daten. Da das Ziel der Studie in der Hypothesengenerierung lag, wurden die p-Werte bei multiplem Testen nicht adjustiert. Alle statistischen Tests erfolgten zweiseitig bei einem angenommenen Signifikanzniveau von $\alpha = .05$. Die Effektstärken wurden nicht berechnet. Die statistische Datenauswertung erfolgte mit dem Programm SPSS Version 23.0. (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.)

Ergebnisse (Studie 1)

Deskriptive Beschreibung der Stichprobe

Die Gesamtstichprobe belief sich auf $N = 12$, wovon sieben Probanden in der Intensivpflege und fünf Probanden in der OP-Pflege tätig waren. Die Altersspanne lag zwischen 25 und 56 Jahren ($M = 39.59$; $SD = 10.07$). Die deskriptiven Häufigkeiten sind in Tabelle 4 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 4

Deskriptive Analyse der Stichprobe

Charakterisierung	Stichprobe ($N = 12$)
Alter in Jahren, M (SD)	39.6 (10.1)
Geschlecht, n (%)	
weiblich	10 (83.3)
männlich	2 (16.7)
Familienstand, n (%)	
ledig	4 (33.3)
verheiratet	6 (50.0)
geschieden	1 (8.3)
getrennt lebend	1 (8.3)
Arbeitsbereich	
Intensivpflege	7 (58.3)
OP-Pflege	5 (41.7)
Arbeitszeit in Wochenstunden, M (SD)	37.0 (5.5)

Ergebnisse zur Überprüfung der Effektivität

Im Prä-Post Vergleich zeigte sich deskriptiv eine Verbesserung in den Werten der psychischen Gesundheit von t_0 ($MD = 17.00$) zu t_1 ($MD = 14.00$). Der Wilcoxon-Test ergab, dass dieser Unterschied signifikant war ($Z = -2.24$, $p = .03$). Weitere signifikante Verbesserungen ergaben sich in den Variablen *Resilienz* (t_0 $MD = 3.08$, t_1 $MD = 3.75$, $Z =$

2.51, $p = .02$), *Resilienzfaktoren* ($t_0 MD = 59.00$, $t_1 MD = 67.00$, $Z = 2.44$, $p = .02$), *Allgemeine Lebenszufriedenheit* ($t_0 MD = 23.50$, $t_1 MD = 25.50$, $Z = 2.45$, $p = .01$), Symptome von *Angst* ($t_0 MD = 1.00$, $t_1 MD = .00$, $Z = -2.23$, $p = .03$), Symptome von *Stress* ($t_0 MD = 5.00$, $t_1 MD = 3.00$, $Z = -2.23$, $p = .03$), sowie *Positive Affektivität* ($t_0 MD = 34.00$, $t_1 MD = 37.50$, $Z = 2.28$, $p = .02$) und *Negative Affektivität* ($t_0 MD = 20.50$, $t_1 MD = 17.50$, $Z = -2.45$, $p = .01$). Knapp nicht signifikante Effekte zeigten sich in den Variablen *Wohlbefinden* ($t_0 MD = 15.00$, $t_1 MD = 18.50$, $Z = 1.84$, $p = .07$) und *Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen* ($t_0 MD = 70.50$, $t_1 MD = 73.00$, $Z = 1.78$, $p = .08$). Weitere nicht signifikante Effekte ergaben sich für die Variablen *Wahrgenommene Stressbelastung* ($t_0 MD = 20.00$, $t_1 MD = 20.00$, $Z = -0.76$, $p = .45$), *Selbstwertgefühl* ($t_0 MD = 33.00$, $t_1 MD = 33.50$, $Z = -0.90$, $p = .93$) und *Selbstwirksamkeit* ($t_0 MD = 30.00$, $t_1 MD = 30.50$, $Z = 1.64$, $p = .10$). Eine Übersicht über die Ergebnisse des Wilcoxon Tests ist in Tabelle 5 zu finden.

Tabelle 5*Deskriptive Ergebnisse und Prä-Post Vergleich mittels Wilcoxon Test*

Skala	Prätest (N = 12)			Posttest (N = 12)			Z	p
	M	SD	MD	M	SD	MD		
GHQ-28	22.33	12.72	17.00	14.33	5.40	14.00	-2.24	.03
WHO-5	14.50	5.57	15.00	17.42	3.18	18.50	1.84	.07
BRS	3.14	0.81	3.08	3.58	0.71	3.75	2.51	.01
SWLS	23.33	4.23	23.50	25.75	3.33	25.50	2.45	.01
PSS-10	20.33	2.46	20.00	19.42	2.84	20.00	-0.76	.45
RSES	33.58	4.27	33.00	33.33	5.09	33.50	-0.90	.93
DASS-21-D	2.33	2.60	1.00	1.25	1.36	1.00	-1.85	.06
DASS-21-A	1.75	2.01	1.00	0.58	0.79	.00	-2.23	.03
DASS-21-S	6.00	3.19	5.00	4.17	2.66	3.00	-2.23	.03
SWE	29.00	5.67	30.00	30.92	4.60	30.50	1.64	.10
SEK-27	69.25	12.38	70.50	75.83	15.19	73.00	1.78	.08
CD-RISC	61.92	15.48	59.00	68.33	15.36	67.00	2.44	.01
PANAS-P	33.00	4.57	34.00	36.67	5.23	37.50	2.28	.02
PANAS-N	21.83	4.69	20.50	17.83	4.30	17.50	-2.45	.01

Anmerkungen. GHQ-28 = Psychische Gesundheit, WHO-5 = Wohlbefinden, BRS = Resilienz, SWLS = Lebenszufriedenheit, PSS-10 = Wahrgenommene Stressbelastung, RSES = Selbstwertgefühl, DASS-21-D = Symptome von Depression, DASS-21-A = Symptome von Angst, DASS-21-S = Symptome von Stress, SWE = Selbstwirksamkeit, SEK-27 = Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen, CD-RISC = Resilienzfaktoren, PANAS-P = Positive Affektivität, PANAS-N = Negative Affektivität, p-Werte bei multiplem Testen nicht adjustiert.

Gesamtbewertung der Intervention

Der abschließende Fragebogen Trainingsbewertung wurde von allen 12 Probanden ausgefüllt und zurückgesendet. Eine Übersicht über die Mittelwerte der einzelnen Items ist Tabelle 6 dargestellt. Von den 12 Probanden nahmen fünf Probanden (41.67%) an allen acht Trainingssitzungen teil, sechs Probanden (50.00%) an sieben Sitzungen und ein Proband

(8.33%) nur an sechs Sitzungen. Die Gesamtbewertung des Trainings in Form von Schulnoten belief sich auf ($M = 1.75$, Range = 1-3, $SD = 0.66$). Im Rahmen der qualitativen Befragung wurden von den Teilnehmern die vermehrte Selbstreflexion, das Erlernen von Resilienzstrategien und die Auseinandersetzung mit Gefühlen positiv bewertet. Als negativ wurden eine zu kurze Trainingsdauer und zu wenige Trainingseinheiten genannt. Zudem wurde die Gruppenzusammensetzung negativ bewertet, da die Teilnehmer sich z.T. kannten, was eine offene Kommunikation verhindert habe. Alle frei formulierten Teilnehmerkommentare sind im Anhang (Anhang G) aufgeführt.

Tabelle 6*Quantitative Auswertung der Trainingsbewertung*

Item Trainingsbewertung	<i>M</i>	Range	<i>SD</i>
Die Trainingsleitung wirkte fachlich kompetent.	3.83	(3-4)	0.39
Die Trainingsleitung verstand es, den Inhalt gut und interessant zu vermitteln.	3.67	(3-4)	0.49
Die Trainingsleitung ging ausreichend auf die Teilnehmer ein.	3.67	(1-4)	0.89
Ich interessierte mich für die einzelnen Themen des Trainings.	3.08	(2-4)	0.90
Die vermittelten Inhalte wiesen einen guten Bezug zur Praxis auf.	2.91	(1-4)	0.10
Die Komplexität der Themen war angemessen.	3.17	(3-4)	0.39
Meine Erwartungen in Bezug auf das Training wurden voll auf erfüllt.	3.08	(2-4)	0.79
Die Präsentation der Inhalte war übersichtlich gestaltet und gut verständlich.	3.67	(2-4)	0.65
Die ausgehändigten Arbeitsmaterialien waren verständlich und übersichtlich.	3.75	(3-4)	0.45
Es wurde auf alle Themen ausreichend eingegangen.	3.25	(2-4)	0.62
Die Lernatmosphäre unter den Trainingsteilnehmern war angenehm.	3.83	(3-4)	0.39
Meine Fragen wurden ausreichend beantwortet.	3.67	(3-4)	0.49
Das Training hat ausreichend Wissen vermittelt.	3.00	(3-4)	0.85
Das erworbene Wissen werde ich auch zukünftig gut anwenden können.	3.17	(2-4)	0.83
Ich denke, dass das Training positive Auswirkung auf mein Erleben und Verhalten hat.	3.17	(2-4)	0.83

Anmerkungen. Skala von 0 (= trifft gar nicht zu) bis 4 (= trifft voll und ganz zu).

Diskussion (Studie 1)

Die Machbarkeitsstudie hatte das Ziel, das methodische Vorgehen, insbesondere die Intervention, auf ihre Durchführbarkeit und Akzeptanz zu testen. Zudem sollte durch die Ergebnisse eine grobe Einschätzung für die Wirksamkeit des Trainingsprogramms gewonnen werden. Die Auswertung der Daten ergab positive Veränderungen in den meisten abhängigen Variablen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Pflegekräfte von der Teilnahme profitierten und sich ihre Resilienz und psychische Gesundheit durch das Training verbesserte. Die durchschnittliche subjektive Gesamtwertung lag mit 1.75 im guten bis sehr guten Bereich, was die Zufriedenheit der Teilnehmer mit der Intervention widerspiegelte. Wie bereits vorherige Interventionsstudien zeigten, kann das Trainieren spezifischer Resilienzfaktoren Resilienz und psychische Gesundheit verbessern (z.B. Steinhardt & Dolbier, 2008).

Resilienztrainings für Krankenpflegekräfte greifen auf unterschiedliche therapeutische Methoden zurück. So kommen bspw. Ansätze der Verhaltenstherapie und Akzeptanz- und Commitment Therapie (z.B. Bernburg et al., 2019) oder der achtsamkeitsbasierten Therapie (z.B. Lin et al., 2019) zum Tragen. Der konzeptionelle Ansatz einer Integration psychodynamischer und verhaltenstherapeutischer Therapieelemente scheint bei Resilienzinterventionen für diese Berufsgruppe jedoch ein Novum zu sein. Die Trainingsinhalte der vorliegenden Studie beruhen auf Erkenntnissen aus der Recherche evidenzbasierter Literatur. Auf Grundlage des Verständnisses individueller psychodynamischer Zusammenhänge konnten sich die Pflegekräfte aus einem Spektrum unterschiedlicher Resilienzstrategien die für sie passenden Strategien auswählen und diese in Bezug auf persönliche Stressoren anwenden. Die Berücksichtigung individueller Schwerpunkte und Trainingsziele und die vielen Möglichkeiten zur eigenen Gestaltung haben möglicherweise dazu beigetragen, dass das Ausmaß an Commitment und Akzeptanz auf

Teilnehmerseite recht hoch ausfiel. Dennoch ergaben die Ergebnisse der Trainingsbewertung und die mündliche Rückmeldung der Teilnehmer Hinweise für zukünftige methodische Verbesserungen. Die Teilnehmer äußerten, dass die Intervention von zu kurzer Dauer gewesen sei und zu wenige Sitzungen umfasst habe, weshalb für *Studie 2* die Trainingsinhalte intensiviert und der Umfang der Hausaufgaben erweitert wurde. Hierbei sollte der Fokus auf die Trainingsinhalte zur Emotionsregulation und zur Reflexion biographischer Zusammenhänge gelegt werden, da diese von den Teilnehmern als besonders positiv und hilfreich bewertet wurden. Die Rückmeldung der Teilnehmer über die Trainingsdauer steht in Übereinstimmung mit dem Ergebnis einer Metaanalyse über Resilienztrainings für Gesundheitsberufe von Cleary et al. (2018), wonach längere und intensivere Interventionen eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, signifikante Effekte zu erzielen.

Grenzen der Studie

Die positiven Effekte der Intervention sind mit Vorsicht zu interpretieren. Statt der angedachten Stichprobe von $N = 24$ konnte nur die Hälfte an Probanden für die Studie gewonnen werden. Dies deutet auf die Schwierigkeiten der Rekrutierung im Krankenhaus hin. Schichtdienste, Urlaubszeiten, Unterbesetzung und ein hohes Arbeitspensum stellen ein Problem für eine regelmäßige Teilnahme dar, was als Nachteil für umfangreiche Interventionen wie dieser bewertet werden kann. Es handelte sich demnach um eine geringe Anzahl motivierter Pflegekräfte, die sich freiwillig und aus eigenem Interesse zur Studienteilnahme anmeldeten.

Einige Teilnehmer kritisierten die Teilnehmerzusammensetzung der einzelnen Trainingsgruppen, die es erschwerte, sich in der Gruppe emotional zu öffnen. Da Selbstöffnung und Katharsis grundlegende Wirkfaktoren von Gruppentherapie darstellen (MacKenzie, 1997 zitiert nach Wöller & Kurse, 2018), könnte auch dieser Umstand einen verzerrenden Einfluss auf die Ergebnisse der Studie haben. Wenn jedoch mehrere

Pflegekräfte von einer Station oder einem Arbeitsbereich an der Intervention teilnehmen wollen, verschärft eine Berücksichtigung der Trainingsgruppenzusammensetzung die o.g. Probleme der Rekrutierung und der Gruppeneinteilung zusätzlich, was insbesondere bei randomisierten Studien mit kleinen Stichproben zu einer höheren Dropout-Rate führen könnte. Bei der vorliegenden Machbarkeitsstudie erfolgte zudem keine Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien, womit ein Vorliegen psychischer Erkrankungen zum Zeitpunkt der Baselinemessung nicht ausgeschlossen werden konnte. Zudem wurde bei der statistischen Analyse trotz mehrfacher Testung keine Bonferroni-Korrektur vorgenommen. Ein Vorliegen von externer Validität der Ergebnisse kann somit nicht angenommen werden, was einen Vergleich mit anderen Studien erschwert.

Fazit

Das grundlegende Ziel der Studie konnte erreicht werden. Die Intervention wurde erfolgreich implementiert. Das Training wurde von den Pflegekräften positiv angenommen und wirkte sich potentiell stärkend auf deren Resilienz und psychische Gesundheit aus. Damit bieten die vorliegenden Ergebnisse eine angemessene Grundlage, um die Effektivität der Intervention im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie mit ausreichender Teststärke genauer zu untersuchen.

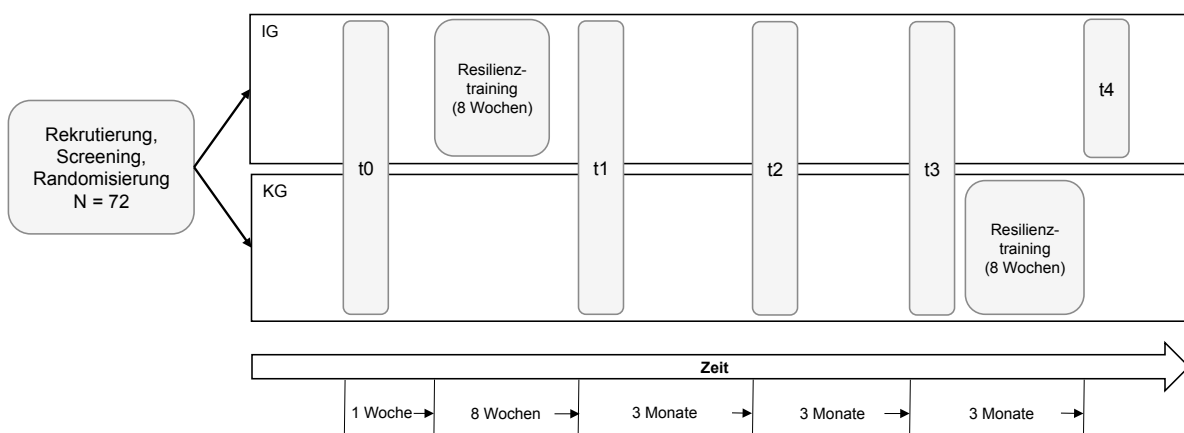
Methode (Studie 2)

Studiendesign

Die randomisiert kontrollierte Studie basierte auf einem einfaktoriellen, multivariaten Versuchsplan mit Messwiederholungsdesign. Eine Interventionsgruppe (IG) und eine Wartekontrollgruppe (KG) bildeten die zwei Faktorstufen. Die unabhängige Variable (UV) war eine achtwöchige psychotherapeutische Gruppenintervention für Krankenpflegekräfte zur Förderung von Resilienz und psychischer Gesundheit. Um die Wirksamkeit der Intervention im Zeitverlauf zu überprüfen, umfasste die Datenerhebung fünf Messzeitpunkte: Einen Prätest zum Zeitpunkt (t0), eine Woche vor der ersten Trainingssitzung, einen Posttest zum Zeitpunkt (t1) innerhalb einer Woche nach der letzten Trainingssitzung und drei Follow-up Erhebungen (t2, t3, t4) im Abstand von jeweils 3 Monaten. Die Randomisierung erfolgte stratifiziert mit dem Arbeitsbereich (z.B. Anästhesie, Gynäkologie, Kardiologie) als Stratifizierungsfaktor. Beide Gruppen erhielten dieselbe Intervention, die Wartekontrollgruppe jedoch erst nach Abschluss der Studie. Abbildung 3 gibt einen Überblick über das Studiendesign.

Abbildung 3

Studiendesign der randomisiert kontrollierten Studie



Zielparameter der Studie

Das primäre Zielkriterium war die Verbesserung der psychischen Gesundheit, gemessen mit dem General Health Questionnaire-28 (GHQ-28; Klaiberg et al., 2004). Sekundäre Zielkriterien waren die Verbesserung von Resilienz, gemessen mit der Brief Resilience Scale (BRS; Chmitorz, Wenzel et al. 2018) und der Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC; Sarubin et al., 2015). Darüber hinaus wurden weitere mit Resilienz und psychischer Gesundheit assoziierte Konstrukte erhoben: Coping (Brief-COPE; Knoll et al., 2005), wahrgenommene Stressbelastung (PSS; Cohen et al., 1983), Selbstwirksamkeitserwartung (SWE; Schwarzer & Jerusalem, 1999), Wohlbefinden (WHO-5; Brähler et al., 2007), Selbstwertgefühl (RSES; Collani & Herzberg, 2003), Lebenszufriedenheit (SWLS; Schumacher et al., 2003), Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27; Berking & Znoj, 2008), emotionale Befindlichkeit (PANAS; Krohne et al., 1996) sowie Depression, Angst und Stress (DASS-21; Nilges & Essau, 2015).

Rekrutierung und Studienablauf

Rekrutiert wurden Mitarbeiter aus der Krankenpflege der Universitätsmedizin Mainz. In einem Treffen mit dem Pflegevorstand der Klinik wurde das Training vorgestellt und offene Fragen beantwortet. Nach der Zustimmung des Vorstandes wurden in zwei Sitzungen mit den Pflegedienstleitungen der Ablauf und organisatorische Rahmen der Studiendurchführung besprochen. Die Studie wurde daraufhin in allen Stationsleitungssitzungen der Klinik vorgestellt. Die Stationsleitungen informierten die Pflegekräfte auf den jeweiligen Stationen. Zudem informierten auf den Stationen ausgehängte Flyer über das Stattfinden der Studie. Die Pflegedienstleitungen meldeten die interessierten Mitarbeiter bei der Studienpsychologin für die Teilnahme an. Nach ihrer Anmeldung erhielten die Mitarbeiter ein digitales Exemplar der Studienaufklärungsbroschüre (Anhang H) und ihren Trainingszeitraum per E-Mail zugesendet. Sie erhielten zudem das Angebot, bereits

im Vorfeld telefonisch Rückfragen zur Studie und zum Trainingsprogramm stellen zu können.

Um den Einflussfaktor bereichsspezifischer Arbeitsbedingungen und -tätigkeiten zwischen den beiden Gruppen zu minimieren, wurden die Pflegekräfte nach ihrer Anmeldung anhand ihres Arbeitsbereiches, in dem sie pflegerisch tätig sind, stratifiziert randomisiert. Einige Studienteilnehmer meldeten sich noch vor Studieneinschluss wieder ab (z.B. aufgrund unpassendem Trainingszeitraum). Um dennoch eine möglichst gleiche Zusammensetzung beider Gruppen zu gewährleisten, wurde bei den weiteren Anmeldungen für drei Probanden vom zufälligen Randomisierungsschema abgewichen. Vor Studieneinschluss erhielten die Pflegekräfte eine zweistündige Einführungssitzung, in der eine mündliche Aufklärung erfolgte und die Ein- und Ausschlusskriterien überprüft wurden. Die Probanden konnten Fragen zur Studie und zum Trainingsablauf stellen und stimmten der Trainingsteilnahme und der Erhebung studienbezogener Daten schriftlich zu (Einwilligungserklärung, siehe Anhang I). Nach der schriftlichen Zustimmung erfolgte die erste Fragebogenerhebung (t0) papiergebunden vor Ort. Die Einführungssitzung war für alle Probanden verpflichtend. Für die Probanden der Interventionsgruppe startete das Training in der darauffolgenden Woche. Die zweite Messung (t1) erfolgte nach 8 Wochen. Die Interventionsgruppe beantwortete die Fragebögen zu t1 papiergebunden. Für die Kontrollgruppe erfolgt diese Messung online-basiert. Die anschließenden Follow-up Messungen erfolgten für beide Gruppen online-basiert nach drei Monaten (t2), nach sechs Monaten (t3) und nach neun Monaten (t4). Da anzunehmen war, dass die Dropout-Rate in der Kontrollgruppe mit der Dauer der Wartezeit ansteigen würde, nahmen die Probanden der Kontrollgruppe bereits nach t3 am Trainingsprogramm teil und beantworteten den Fragebogen zu t4 nicht mehr. Die Pflegekräfte wurden für die Zeit der Trainingsteilnahme und der Beantwortung der Fragebögen von ihrer beruflichen Tätigkeit freigestellt. Die Rekrutierungsphase begann

Anfang Februar 2019. Die Einführungssitzungen für die Kontrollgruppe fanden im Juni und Juli 2019 statt. Aus organisatorischen und klinikinternen Gründen mussten die Einführungssitzungen und Trainings für die Interventionsgruppe zeitversetzt Anfang Juni, Anfang August und Anfang Oktober 2019 beginnen.

Das Studienprotokoll wurde bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz zur Begutachtung nach ethischen Gesichtspunkten vorgelegt und bewilligt (Antragsnummer: 2019-14276).

Ein- und Ausschlusskriterien

Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden vorab in der Studienaufklärungsbroschüre mitgeteilt und nach Einholen der schriftlichen Einwilligung überprüft. Eingeschlossen wurden gesunde, volljährige Probanden (Männer und Frauen), die voll geschäftsfähig und aufklärungsfähig waren und in die Untersuchung eingewilligten. Die Probanden sollten über ausreichende Deutschkenntnisse in Wort und Schrift verfügen. Es sollte keine psychopharmakologische Medikation eingenommen werden oder diese sollte über den Zeitraum der gesamten Studie stabil gehalten werden. Der durchschnittliche Alkoholkonsum sollte weniger als 15 Standardgläser pro Woche betragen. Ausgeschlossen wurden Probanden, die sich während des Studienzeitraumes in psychotherapeutischer Behandlung befanden, zum Zeitpunkt des Einschlusses oder in der Anamnese eine schwerwiegende psychische Erkrankung hatten (z.B. Schizophrenie, Abhängigkeitserkrankung, Persönlichkeitsstörung), unter akuter Suizidalität litten, illegale Drogen konsumierten, zum Zeitpunkt des Einschlusses unter einer schwerwiegenden körperlichen Erkrankung (z.B. Krebserkrankung) oder unter weiteren körperlichen oder geistigen Einschränkungen litten, die der Teilnahme an der Intervention entgegenstanden hätten (z.B. Einschränkung des Hörvermögens).

Zusätzliche Erhebungsinstrumente

Neben der in *Studie 1* bereits beschreibenden Erhebungsinstrumente kamen in *Studie 2* vier zusätzliche Messinstrumente zum Einsatz, die im Folgenden beschrieben werden.

Brief-COPE

Um die Bewältigungsstrategien zu erfassen, wurde die deutsche Version des Brief COPE (Knoll et al., 2005) eingesetzt. Das englische Original dieser Kurzversion stammt von Carver (1997). Das Instrument umfasst 14 Skalen, die jeweils zwei Items umfassen und auf einer vierstufigen Likert-Skala beantwortet werden (1 = *überhaupt nicht* bis 4 = *sehr*). Für eine praktikable Auswertung wurde überprüft, inwiefern die 14 Skalen (Coping-Strategien) zu einer übergeordneten Faktorenstruktur zusammengefasst werden können. Eine explorative Faktorenanalyse (EFA) mit Varimax-Rotation ergab für die Stichprobe im Prätest eine Zwei-Faktoren-Lösung. Der erste Faktor erklärt 69 % der Gesamtvarianz und beinhaltet folgende Coping-Strategien (die Faktorladungen sind in Klammern jeweils dahinter aufgeführt): *Instrumentelle Unterstützung* (.74), *Aktive Bewältigung* (.72), *Emotionale Unterstützung* (.64), *Planung* (.64), *Ausleben von Emotionen* (.54), *Positive Umdeutung* (.43), *Humor* (.40) und *Ablenkung* (.31). Dementsprechend lässt sich dieser Faktor inhaltlich als *Adaptives Coping* interpretieren. Der zweite Faktor erklärt 31 % der Gesamtvarianz und umfasst die Coping-Strategien *Verleugnung* (.61), *Selbstbeschuldigung* (.55), *Alkohol/Drogen* (.39), *Verhaltensrückzug* (.36) und *Religion* (-.31). Der zweite Faktor kann inhaltlich als *Maladaptives Coping* bezeichnet werden. Die Skala *Akzeptanz* konnte aufgrund geringer Ladungen auf beiden Faktoren nicht eindeutig zugeordnet werden. Die Zuordnung der Skalen zeigen weitestgehend Überschneidungen zu anderen Forschungsarbeiten, die eine zweidimensionale Faktorstruktur des Brief COPE annehmen (Krägeloh, 2011). Für die weiteren statistischen Analysen zur Hypothesentestung wurde nur der Faktor *Adaptives*

Coping einbezogen. Die z-standardisierten Faktorwerte dienten als Grundlage für weitere Analysen.

Mainz Inventory of Microstressors

Um die Auswirkung täglicher Stressoren auf die psychische Gesundheit zu untersuchen, wurde das kürzlich entwickelte Mainz Inventory of Microstressors (MIMI; Chmitorz et al., 2020) eingesetzt. Mit Hilfe des Fragebogens werden retrospektiv für die letzte Woche das Auftreten alltäglicher Stressoren, sogenannter Mikrostressoren, abgefragt. Mikrostressoren (daily hassles) können als „irritating, frustrating, distressing demands that to some degree characterize everyday transactions with the environment“ (Kanner et al., 1981, S. 3) definiert werden. Der Fragebogen umfasst 58 Items, die das Auftreten von Mikrostressoren während der letzten sieben Tage abfragt. Zusätzlich wird auf einer fünfstufigen Likert-Skala das individuelle Belastungserleben für jeden Stressor abgefragt (0 = *gar nicht belastend* bis 5 = *sehr belastend*). Da zu vermuten war, dass sich durch die Teilnahme am Resilienztraining die Einschätzung der wahrgenommenen Belastung verändern würde, wurde für die Auswertung des Interventionseffektes lediglich die kumulierte Summe an aufgetretenen Stressoren der letzten Woche in die Analyse einbezogen und auf die eher subjektive Belastungsangabe verzichtet.

Mini-International Neuropsychiatric Interview

Um mögliche psychiatrische Vorerkrankungen bei den Probanden ausschließen zu können, wurde als diagnostisches Instrument die deutsche Version des Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.; Ackenheil et al., 1999) durchgeführt. Die englische Originalversion stammt von Sheehan et al. (1998). Das kurze, strukturierte klinische Interview überprüft auf Grundlage von DSM-IV und ICD-10 das Vorliegen von Kriterien für folgende häufig auftretende psychische Erkrankungen: Episode einer Major Depression, Dysthymie, Suizidalität, (Hypo-) Manische Episode, Panikstörung, Agoraphobie, Soziale

Phobie, Zwangsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Psychotische Störungen, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Generalisierte Angststörung, Antisoziale Persönlichkeitsstörung. Für die vorliegende Studie wurde auf die Fragen zur Persönlichkeitsstörung verzichtet. Die vorformulierten Fragen wurden von den Probanden mit *Ja* oder *Nein* beantwortet. Screeningfragen erlauben das Überspringen von Diagnosekategorien, falls der Proband keine entsprechenden Symptome angibt. Wenn die Hauptkriterien einer Diagnose erfüllt sind, werden durch weitere Fragen die Nebenkriterien der Diagnose abgefragt. Die Durchführung dauert etwa 15 bis 20 Minuten. Das Interview erlaubt eine reliable und valide Messung von Diagnosekriterien. Sowohl Interrater-Reliabilität als auch Retest-Reliabilitäten können für die meisten Module als gut bewertet werden ($r_{tt} \geq .75$) (Sheehan et al., 1998). Die Items des Interviews sind in Anhang C2 zu finden.

Skala zur Erfassung unerwünschter Ereignisse im Rahmen einer Gruppenpsychotherapie

Um zu erfassen, ob es durch die Teilnahme am Resilienztraining auch zu unerwünschten Nebeneffekten auf Seiten der Probanden kam, wurde am Ende des Trainings die Skala zur Erfassung unerwünschter Ereignisse im Rahmen einer Gruppenpsychotherapie (UE-G-Skala; Linden et al., 2015) beantwortet. Unter Nebenwirkungen lassen sich unerwünschte Ereignisse verstehen, die durch eine fachgerechte Psychotherapie verursacht werden und dabei auch eine unvermeidbare, vorübergehende oder dauernde Therapiefolge darstellen können (Linden et al., 2015). Das Konstruktionsprinzip basiert auf einer Reihe von Situations- und Wirkungsparametern der Gruppensituation, die ursächlich für negative Effekte von Gruppentherapien sein können. Dabei ist die 46-Item Skala in sechs Abschnitte gegliedert: (a) Belastungen bedingt durch die Gruppengröße oder den Raum, (b) Belastungen bedingt durch die Inhalte, die in der Gruppe besprochen worden sind, (c) Belastungen bedingt durch die Mitpatienten in der Gruppe, (d) Belastungen bedingt durch das Auftreten des

Therapeuten, (e) unerwünschte Folgewirkungen durch Gruppentherapieaufnahme und (f) Globaleinschätzung von Nebenwirkungen der Gruppe. Jedes Item wird nach seiner Schwere beurteilt (0 = *trifft nicht zu*; 1 = *trifft zu, war aber wenig belastend*; 2 = *trifft zu, war deutlich belastend*; 3 = *trifft zu, war stark belastend*; 4 = *trifft zu, war extrem belastend*). Dabei betonen die Autoren, dass jede Nebenwirkung gesondert betrachtet werden muss (Linden et al. 2015). Für eine qualitative Auswertung enthält der Fragebogen zusätzlich ein freies Feld für schriftliche Aussagen der Probanden zu ihrem Nebenwirkungserleben. Mit zwei weiteren Items wird auf einer fünfstufigen Skala im Allgemeinen bewertet, wie hilfreich bzw. belastend die Gruppentherapie wahrgenommen wurde (0 = *trifft nicht zu* bis 4 = *trifft vollkommen zu*). In einer klinischen Stichprobe mit 71 Patienten konnte für eine verhaltenstherapeutische Gruppe gezeigt werden, dass 98.6 % der Patientenangaben, mindestens eine negative Erfahrung in der Gruppe erlebt zu haben. 43.7% der Patienten gaben an, unter mindestens einem stark bzw. extrem belastenden Negativereignis gelitten zu haben. Die Ergebnisse spiegeln die Relevanz von unerwünschten Nebenwirkungen für die psychotherapeutische Arbeit wider und können durch therapeutische Implikationen zur Qualitätssicherung einer Psychotherapie beitragen (vgl. Linden et al., 2015).

Reliabilitäten

Die verwendeten Fragebögen weisen zufriedenstellende interne Konsistenzen zwischen $\alpha = .76$ und $\alpha = .93$ auf. Tabelle 7 zeigt eine Übersicht über die Reliabilitäten auf Basis der Daten aus Studie 2 zum Zeitpunkt t0.

Tabelle 7*Reliabilitäten aller verwendeten Skalen und Fragebögen aus Studie 2*

Skala/Fragebogen	Cronbachs' α
Psychische Gesundheit (GHQ-28)	.91
Wohlbefinden (WHO-5)	.91
Resilienz (BRS)	.75
Allgemeine Lebenszufriedenheit (SWLS)	.86
Wahrgenommene Stressbelastung (PSS-10)	.84
Selbstwertgefühl (RSES)	.85
Depression (DASS-21)	.83
Angst (DASS-21)	.76
Stress (DASS-21)	.85
Selbstwirksamkeit (SWE)	.84
Emotionsregulation (SEK-27)	.93
Resilienzfaktoren (CD-RISC)	.90
Positive Affekte (PANAS)	.85
Negative Affekte (PANAS)	.88
Adaptives Coping (Brief-COPE)	.83

Beschreibung der Intervention

Inhalt und Aufbau des Resilienztrainings wurde bereits in *Studie 1* ausführlich dargelegt. Das Trainingskonzept wurde für *Studie 2* geringfügig verändert. Die Rückmeldung der Teilnehmer, mehr emotionsfokussierte Übungen und insgesamt mehr Übungszeit zu benötigen, wurde aufgegriffen, indem einige Übungen inhaltlich ergänzt und die Hausaufgaben erweitert wurden. Das in *Studie 1* dargelegte Trainingskonzept entspricht der final überarbeiteten Version.

Fallzahlschätzung

Die Ergebnisse vorheriger Metaanalysen weisen eine Heterogenität zwischen den geschätzten Effektstärken auf. Demnach zeigt sich in der Übersichtsarbeit von Vanhove et al.

(2016) für Interventionsstudien mit unabhängigen Stichproben, dass die geschätzten Effektstärken (Cohens d) in Abhängigkeit von diversen Einflussfaktoren (z.B. Trainingsformat, Art der Kontrollgruppe, Randomisierung) zwischen $d = 0.04$ und $d = 1.19$ variieren können. Da es sich bei der geplanten Intervention um ein intensives, mehrwöchiges Trainingsprogramm in kleinen Gruppen handelte, wurde ein Gruppenunterschied zur Postmessung von $d = 0.5$ angenommen. Für eine Kovarianzanalyse (ANCOVA) implizierte dies unter der Annahme einer Korrelation der Prämessung mit der Postmessung von $r = .5$ eine Effektstärke von $f = .29$. Das Powniveau für den zweiseitigen Test des Gruppeneffekts wurde auf 60 % festgelegt. Dies führte bei der Fallzahlberechnung mit G*Power Version 3.1.9.4 (Faul et al., 2007) zu einer Gruppengröße von $N = 60$. Da vorherige Studien zu Resilienzinterventionen für Gesundheitsberufe Dropout-Raten zwischen 10 % - 30 % aufweisen (z.B. Fortney et al., 2013), wurde für das vorliegende Projekt mit einer Ausfallrate von 15 % geplant, weshalb eine Anzahl von $N = 69$ Probanden rekrutiert werden sollte.

Statistische Analyse

Bei der statistischen Auswertung erfolgte zunächst die deskriptive Analyse der Daten. Hierfür wurden die kontinuierlich skalierten Variablen durch deskriptive Statistiken (Mittelwert, Standardabweichung) und die kategorialen Variablen durch Häufigkeitstabellen zusammengefasst. Um die soziodemographischen und psychometrischen Variablen zu analysieren und zu prüfen, ob zwischen den beiden Gruppen bereits im Vorfeld des Trainings Unterschiede festzustellen sind, wurden Vergleiche der Häufigkeitsverteilungen sowie Mittelwertsvergleiche (χ^2 -Test, Wilcoxon-Test, exakter Test nach Fisher) herangezogen. Zuletzt wurden die postulierten Hypothesen auf statistische Signifikanz getestet. Die Auswertung erfolgte nach dem Intention-to-Treat Prinzip, sodass auch Probanden in die Analyse mit einbezogen wurden, die an weniger als acht Trainingssitzungen teilnahmen. Die konfirmatorische Prüfung der Hypothese zum Interventionseffekt für den GHQ-28

(Hypothese 1a) erfolgte mittels ANCOVA mit den Werten der Postmessung als vorhergesagte Variable und der Gruppenzugehörigkeit sowie der Prämessung des primären Zielkriteriums als Vorhersagevariablen. Die Überprüfung aller weiteren Hypothesen erfolgte explorativ ohne Adjustierung des globalen α -Niveaus. Die Überprüfung der Verteilungsform erfolgte mit Hilfe von Q-Q-Plots separat für beide Gruppen. Probanden mit fehlenden Werten wurden aus der Analyse mittels ANCOVA ausgeschlossen.

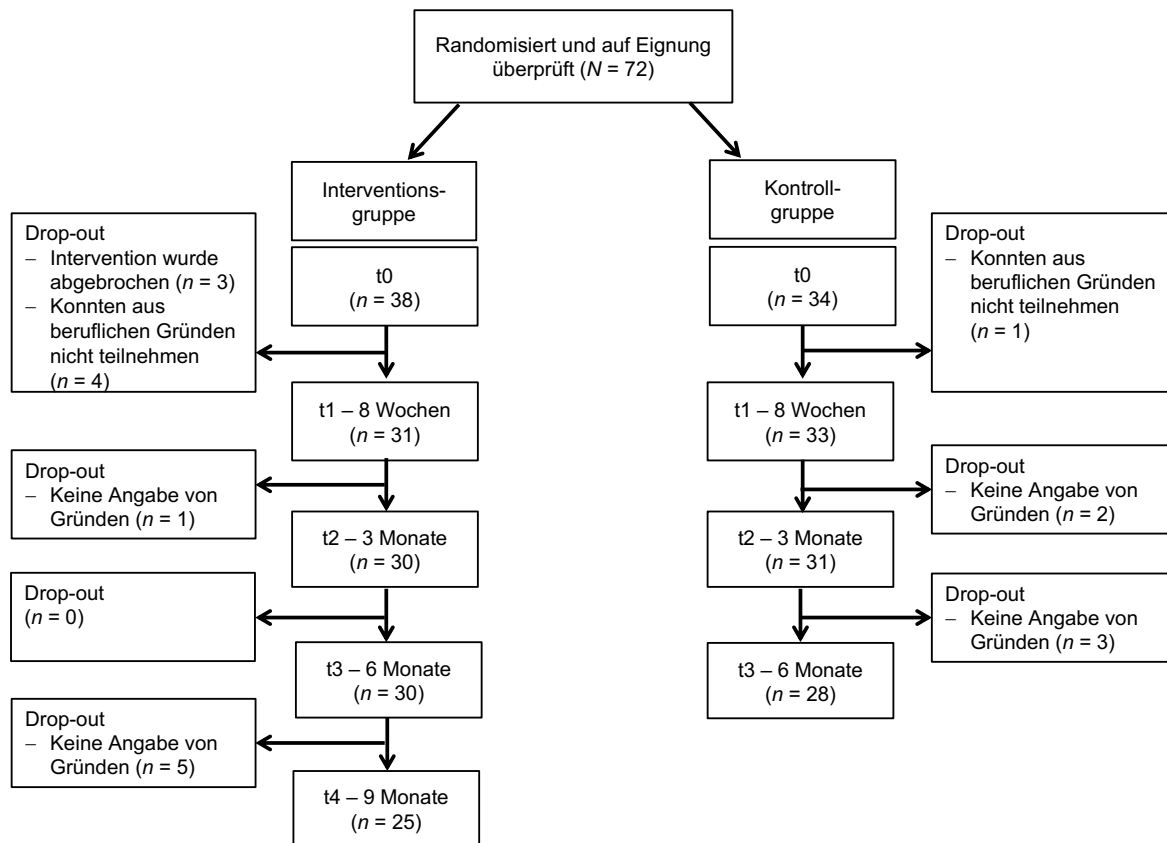
Die explorative Analyse des Interventionseffekts im Zeitverlauf (t1-t4) erfolgte mit linearen gemischten Modellen (LMM). Durch die Einbeziehung individuenspezifischer Informationen können gemischte Modelle im Vergleich zur Schätzung einfacher linearer Modelle zu einer verbesserten Schätzgenauigkeit führen (vgl. Fahrmeir et al., 2007). Weitere Vorteile liegen in der Möglichkeit, Personen trotz einzelner fehlender Datenpunkte zu berücksichtigen und der Analyse nichtlinearer zeitlicher Zusammenhänge (Krueger & Tian, 2004). Die hier verwendeten LMM waren Random-Intercept-Modelle, bei denen die Studienprobanden als zufällige Effekte auf das absolute Niveau in die Modellierung einbezogen wurden. Feste Effekte waren der Faktor Gruppenzugehörigkeit sowie die beiden Kovariaten Messzeitpunkt (quantitativ) und der Wert der jeweiligen Kriteriumsvariable zum Zeitpunkt t0. Aufgrund der geringen Stichprobengröße erfolgt keine Analyse der Zeit x Gruppe Interaktionen. Weil zur stabilen Schätzung der Parameter von Random Slopes LMM große Stichproben notwendig sind, wurde hier auf ihre Verwendung verzichtet. Die Bewertung der statistischen Signifikanz anhand des 5% Signifikanzniveaus für gewöhnliche zweiseitige t-Tests der einzelnen Parameter kann bei gemischten Modellen aufgrund der Schätzung der Freiheitsgrade problematisch sein (Baayen et al., 2008). Aus diesem Grund wurde für die Berechnung der p-Werte der Koeffizienten mittels t-Test bei der Schätzung der Nenner-Freiheitsgrade eine Satterthwaite-Approximation angewendet (Kuznetsova et al., 2017). Die p-Werte für den Effekt der Gruppenzugehörigkeit wurden mit einem

Modellvergleich zusätzlich validiert. Während das Nullmodell den Faktor Gruppenzugehörigkeit nicht beinhaltet, wurde der Faktor beim Alternativmodell einbezogen. Die Schätzung der Fehler-Freiheitsgrade im zugehörigen F-Test erfolgte mit der Kenward-Roger-Methode (Halekoh & Højsgaard, 2014). Da die Berechnungen mit Satterthwaite-Approximation und Kenward-Roger-Approximation für zwei Nachkommastellen des p-Wertes immer übereinstimmen, werden im Folgenden die auf der Satterthwaite-Methode basierenden p-Werte angegeben. Um die Anpassungsgüte der Modelle zu quantifizieren, wurde der Determinationskoeffizient (R^2) und Intraklassenkorrelationskoeffizient (ICC) herangezogen (vgl. Nakagawa et al., 2017; Nakagawa & Schielzeth, 2013).

Die statistischen Tests erfolgten zweiseitig bei einem angenommenen Signifikanzniveau von $\alpha = .05$. Die geschätzte Effektstärke der einzelnen Parameter wurde durch das partielle Eta-Quadrat (η^2) dargestellt. Nach (Cohen, 1988) steht $\eta^2 = .01$ für einen kleinen Effekt, $\eta^2 = .06$ für einen mittleren Effekt und $\eta^2 = .14$ für einen großen Effekt. In den Diagrammen sind die Trendlinien zum zeitlichen Verlauf der abhängigen Variablen getrennt für beide Gruppen dargestellt. Sie beinhalten einen nonparametrischen Trendschätzer (LOESS Regressionsglättung). Die statistische Datenauswertung erfolgte mit dem Programm R Version 4.0.2 (R Core Team, 2020) .

Ergebnisse (Studie 2)

Es wurden 72 Probanden rekrutiert, randomisiert, auf ihre Eignung überprüft und in die Studie eingeschlossen. Bei zwei Probanden wurde im Rahmen des diagnostischen Interviews eine Agoraphobie diagnostiziert. Da diese Diagnose kaum Relevanz in Bezug auf die Trainingsinhalte aufweist, wurden beide Probanden dennoch in die Studie eingeschlossen. Die Interventionsgruppe umfasste 38 Probanden, die Kontrollgruppe 34. Aus der Interventionsgruppe nahmen 17 Probanden an acht Trainingssitzungen teil, 11 Probanden an sieben Sitzungen und zwei Probanden an sechs Sitzungen. Ein Proband machte hierzu keine Angaben. Drei Probanden aus der Interventionsgruppe nahmen nur an der Einführungssitzung teil und entschieden sich daraufhin gegen eine Trainingsteilnahme. Vier Probanden beendeten das Training vorzeitig und nahmen nicht mehr an der Postmessung teil. Als Grund für das Ausscheiden nannten alle vier Probanden berufliche Umstände (z.B. Unterbesetzung auf Station). Aus der Kontrollgruppe stieg zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt nur ein Proband aus, ebenfalls aus beruflichen Gründen. Probanden, die zu späteren Zeitpunkten aus der Studie ausstiegen, machten keine Angabe mit Begründung. Abbildung 4 gibt einen Überblick über die Anzahl eingeschlossener Probanden und Drop-outs.

Abbildung 4*Flussdiagramm der Studie***Deskriptive Beschreibung der Stichprobe**

Die Gesamtstichprobe bestand zum größten Teil aus Frauen (91.67 %). Die Altersspanne lag zwischen 24 und 64 Jahren. Darüber hinaus wurden der Familienstand, die wöchentliche Arbeitszeit und die Stressbelastung der letzten Woche erhoben und in einer Voranalyse auf Gruppenunterschiede untersucht. Tabelle 8 lässt sich entnehmen, dass sich Interventions- und Kontrollgruppe bei Studieneinschluss in ihrer soziodemographischen Charakterisierung nicht signifikant unterscheiden. Die annähernd gleiche Verteilung der Arbeitsbereiche in beiden Gruppen wurde durch die Randomisation gewährleistet.

Tabelle 8*Soziodemographische Charakterisierung der Stichprobe (N = 72)*

Charakterisierung	Interventionsgruppe (n = 38)	Kontrollgruppe (n = 34)	Test- statistik	p
Alter in Jahren, M (SD)	47.4 (10.8)	46.5 (10.4)	618 ^a	.76
Geschlecht, n (%)				.89 ^c
weiblich	35 (92.1)	31 (91.2)		
männlich	3 (7.9)	3 (8.8)		
Familienstand, n (%)			4 ^b	.17
ledig	11 (29.0)	17 (50.0)		
verheiratet	19 (50.0)	13 (38.2)		
geschieden	5 (13.2)	3 (8.8)		
getrennt lebend	1 (2.6)	1 (2.9)		
verwitwet	2 (5.3)	0 (0.0)		
Arbeitszeit in Wochenstunden, M (SD)	34.3 (7.6)	33.4 (7.9)	546 ^a	.24
Stressbelastung ^d , M (SD)	60.82 (24.63)	66.29 (34.07)	693 ^a	.60
Arbeitsbereich, n (%)				
Anästhesie/Intensiv/Chirurgie/ Notfallmedizin/Kardiologie	11 (30.0)	12 (35.3)		
Augenklinik	3 (7.9)	4 (11.7)		
Dermatologie	1 (2.6)	1 (2.9)		
Gynäkologie/Urologie	3 (7.9)	1 (2.9)		
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/Hals-Nasen- Ohren-Heilkunde	4 (10.5)	3 (8.8)		
Neurologie/Stroke-Unit	8 (21.1)	8 (23.5)		
Nuklearmedizin	1 (2.6)	1 (2.9)		
Pädiatrie	2 (5.3)	0 (0.0)		
Psychiatrie/Psychosomatik	2 (5.3)	1 (2.9)		
Zentrales OP-Management	3 (7.9)	3 (8.8)		

Anmerkungen. ^a = Teststatistik W des Wilcoxon-Tests, ^b = χ^2 -Wert, ^c = p-Wert für den

exakten Test nach Fisher, ^d = gemessen mit Mainz Inventory of Microstressors (MIMI).

Überprüfung des Interventionseffekts (t0-t1)

Um einen ersten Überblick über die Daten zu gewinnen, wurden Mittelwerte und Standardabweichungen für die abhängigen Variablen berechnet. Die Überprüfung der Hypothesen zum Interventionseffekt erfolgte mittels ANCOVA (Tabelle 9). Hierbei ergab sich für das primäre Zielkriterium *Psychische Gesundheit* ein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe, wenn für den Prä-Messwert kontrolliert wird ($t = -2.25, p = .03, \eta^2 = .08$). Die psychische Gesundheit der Interventionsgruppe verbesserte sich vom ersten Messzeitpunkt ($M = 20.79, SD = 9.85$) zum zweiten Messzeitpunkt ($M = 15.81, SD = 7.13$).

Bei der Auswertung des DASS-21 wurde bei der Skala *Depression* der Unterschied zwischen den Gruppen signifikant ($t = -2.54, p = .01, \eta^2 = .10$). Deskriptiv lässt sich erkennen, dass sich die depressiven Symptome in der Interventionsgruppe von t0 ($M = 2.03, SD = 2.71$) zu t1 ($M = 1.29, SD = 1.85$) verringerten, während sie in der Kontrollgruppe leicht anstiegen. Einen signifikanten Gruppenunterschied zu t1 ergab die Messung von *Resilienzfaktoren* mit dem CD-RISC ($t = 2.36, p = .02, \eta^2 = .08$). Hier verbesserte sich der Mittelwert der Interventionsgruppe von t0 ($M = 70.40, SD = 11.84$) zu t1 ($M = 73.36, SD = 12.38$) deutlich. Der Mittelwert der Kontrollgruppe blieb weitgehend stabil. Ein signifikanter Gruppeneffekt zeigte sich auch für die abhängige Variable *Lebenszufriedenheit* ($t = 2.05, p = .05, \eta^2 = .07$). Auch hier verbesserte sich der Mittelwert der Interventionsgruppe von t0 ($M = 24.21, SD = 5.28$) zu t1 ($M = 26.71, SD = 4.49$), der Mittelwert der Kontrollgruppe stieg nur geringfügig an. Für die Variable *Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen* konnte ein hoch signifikanter Gruppenunterschied zur Postmessung verzeichnet werden ($t = 3.13, p \leq .001, \eta^2 = .14$). Die Werte der Interventionsgruppe wiesen von t0 ($M = 78.16, SD = 12.22$) zu t1 ($M = 83.55, SD = 13.42$) eine deutliche Verbesserung auf, während sich die Werte der Kontrollgruppe von t0 ($M = 74.86, SD = 12.83$) zu t1 ($M = 72.70, SD = 14.80$) leicht

verschlechterten. Auch bei der Skala *Adaptives Coping* wurde der Gruppeneffekt signifikant ($t = 2.59, p = .01, \eta^2 = .10$). Während der Mittelwert der Interventionsgruppe von t0 ($M = 0.12, SD = 1.03$) zu t1 ($M = 0.27, SD = 0.92$) anstieg, zeigte sich in der Kontrollgruppe ein negativer Trend von Prämessung ($M = -0.07, SD = 0.92$) zur Postmessung ($M = -0.25, SD = 1.02$).

Kein signifikanter Effekt ergab sich bei der Skala *Stress* gemessen mit dem DASS-21 ($t = -1.65, p = .11$). Deskriptiv ist bei der Interventionsgruppe jedoch eine leichte Reduktion der Stresssymptome von t0 ($M = 4.81, SD = 3.99$) zu t1 ($M = 3.84, SD = 2.83$) sichtbar. Auch wurde der Gruppeneffekt bei der abhängigen Variable *Positive Affekte* ($t = 1.81, p = .08$) nicht signifikant. Für diese Variable wurde eine geringe Verbesserung der Werte in der Interventionsgruppe von t0 ($M = 35.42, SD = 5.60$) zu t1 ($M = 35.80, SD = 5.67$) und ein deutlicher Abfall der Werte der Kontrollgruppe von t0 ($M = 35.21, SD = 5.68$) zur t1 ($M = 33.19, SD = 6.23$) verzeichnet. Trotz einer erkennbaren Verbesserung des *Wohlbefindens* der Interventionsgruppe von zu t0 ($M = 15.90, SD = 4.83$) zu t1 ($M = 17.26, SD = 4.17$), wurde der Gruppeneffekt zur Postmessung bei dieser Variable nicht signifikant ($t = 1.59, p = .12$). Auch bei der Skala *Negative Affekte* wurde eine Abnahme negativer Affekte in der Interventionsgruppe von t0 ($M = 19.13, SD = 7.13$) zu t1 ($M = 16.42, SD = 6.24$) erkennbar, wobei der Gruppeneffekt nicht signifikant wurde ($t = -1.79, p = .08$). Zudem wurden bei den Variablen *Resilienz* gemessen mit der BRS ($t = 1.43, p = .16$), *Wahrgenommene Stressbelastung* ($t = -1.52, p = .13$), *Selbstwertgefühl* ($t = -0.17, p = .87$) und *Angst* gemessen mit dem DASS-21 ($t = -0.24, p = .81$) die Gruppenunterschiede nicht signifikant. Für eine bessere Übersicht wurde eine Aufstellung über die bestätigten und nicht bestätigten Hypothesen zum Interventionseffekt (t0-t1) in Tabelle 10 dargestellt.

Darüber hinaus wurden mittels ANCOVA die Gruppenunterschiede zur Postmessung für die 14 Coping-Strategien im Einzelnen überprüft. Es ergab sich lediglich für die Skala

Aktive Bewältigung ein signifikanter Effekt der Gruppenzugehörigkeit ($t = 2.94, p = .01, \eta^2 = .12$). Hingegen waren die Unterschiede zwischen den Gruppen bei den anderen Coping-Strategien nicht signifikant: *Instrumentelle Unterstützung* ($t = 0.01, p = .99$), *Emotionale Unterstützung* ($t = 1.52, p = .13$), *Planung* ($t = 1.46, p = .15$), *Ausleben von Emotionen* ($t = 1.53, p = .13$), *Positive Umdeutung* ($t = 1.24, p = .22$), *Humor* ($t = 1.0, p = .92$), *Ablenkung* ($t = 1.35, p = .18$), *Akzeptanz* ($t = 2.59, p = .59$), *Verleugnung* ($t = -0.40, p = .69$), *Selbstbeschuldigung* ($t = -0.38, p = .71$), *Alkohol/Drogen* ($t = 0.20, p = .84$), *Verhaltensrückzug* ($t = -0.39, p = .70$) und *Religion* ($t = 1.52, p = .13$).

Tabelle 9

Deskriptive Ergebnisse im Prä-Post Vergleich und Analyse der Gruppenunterschiede mittels Kovarianzanalyse adjustiert für t0

Variable (Skala)	Interventionsgruppe				Kontrollgruppe				<i>t</i>	<i>p</i>	η^2
	t0 (<i>n</i> = 38)		t1 (<i>n</i> = 31)		t0 (<i>n</i> = 34)		t1 (<i>n</i> = 33)				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Psychische Gesundheit (GHQ-28)	20.79	9.85	15.81	7.13	20.68	8.48	20.03	10.69	-2.25	.03	.08
Wohlbefinden (WHO-5)	15.90	4.83	17.26	4.17	15.47	5.51	15.24	5.89	1.59	.12	.04
Resilienz (BRS)	3.08	0.34	3.12	0.32	2.89	0.36	2.85	0.50	1.43	.16	.03
Allgemeine Lebenszufriedenheit (SWLS)	24.21	5.28	26.71	4.49	24.94	5.06	25.15	4.90	2.05	.05	.07
Wahrgenommene Stressbelastung (PSS-10)	21.91	3.68	20.03	2.94	19.34	3.37	20.06	3.34	-1.52	.13	.04
Selbstwertgefühl (RSES)	35.37	4.09	35.23	4.52	34.06	3.94	34.36	4.44	-0.17	.87	.00
Depression (DASS-21)	2.03	2.71	1.29	1.85	2.24	2.86	2.49	2.78	-2.54	.01	.10
Angst (DASS-21)	1.50	2.32	1.29	2.27	1.82	2.26	1.58	2.54	-0.24	.81	.00
Stress (DASS-21)	4.81	3.99	3.84	2.83	5.12	3.56	5.03	3.68	-1.65	.11	.04
Selbstwirksamkeit (SWE)	29.95	3.48	30.71	4.02	30.03	3.91	29.73	4.02	1.93	.06	.06
Emotionsregulation (SEK-27)	78.16	12.22	83.55	13.42	74.86	12.83	72.70	14.80	3.13	.003	.14
Resilienzfaktoren (CD-RISC)	70.40	11.84	73.36	12.38	69.88	11.85	69.33	12.35	2.36	.02	.08
Positive Affekte (PANAS)	35.42	5.60	35.80	5.67	35.21	5.68	33.19	6.23	1.81	.08	.05
Negative Affekte (PANAS)	19.13	7.13	16.42	6.24	18.47	5.63	17.66	5.80	-1.79	.08	.05
Adaptives Coping (Brief-COPE)	0.12	1.03	0.27	0.92	-0.07	0.92	-0.25	1.02	2.59	.01	.10

Anmerkungen. η^2 = partielles Eta-Quadrat.

Einfluss der Stressbelastung auf die psychische Gesundheit

Die Ergebnisse des Wilcoxon Tests in Tabelle 11 zeigen, dass sich die Stressbelastung in beiden Gruppen von t0 zu t1 nicht signifikant unterscheidet.

Tabelle 11

Anzahl an Stressoren in der letzten Woche ohne Belastungsindex für beide Gruppen

Gruppe	t0		t1		W	p
	M	SD	M	SD		
Interventionsgruppe	60.82	24.63	60.26	26.68	292	.40
Kontrollgruppe	66.29	34.07	63.45	39.2	276	.58

Anmerkungen. Testwert W des Wilcoxon-Tests.

Um den Einfluss der Stressbelastung auf die psychische Gesundheit zu überprüfen, wurde für Hypothese 1b bei der ANCOVA zusätzlich für die Anzahl erlebter Stressoren kontrolliert. Es ergab sich ein hochsignifikanter Zusammenhang der Stressbelastung mit der Anzahl psychischer Probleme zum Zeitpunkt t1 ($t = 3.64, p \leq .001, \eta^2 = .19$). Die Anzahl psychischer Probleme vergrößerte sich mit der steigenden Anzahl an Stressoren (Abbildung 5). Dabei veränderte sich der Effekt der Gruppe durch die zusätzliche Kovariate nur geringfügig ($t = -2.28, p = .03, \eta^2 = .08$).

Abbildung 5

Zusammenhang zwischen Stressbelastung und psychischer Gesundheit zu t1

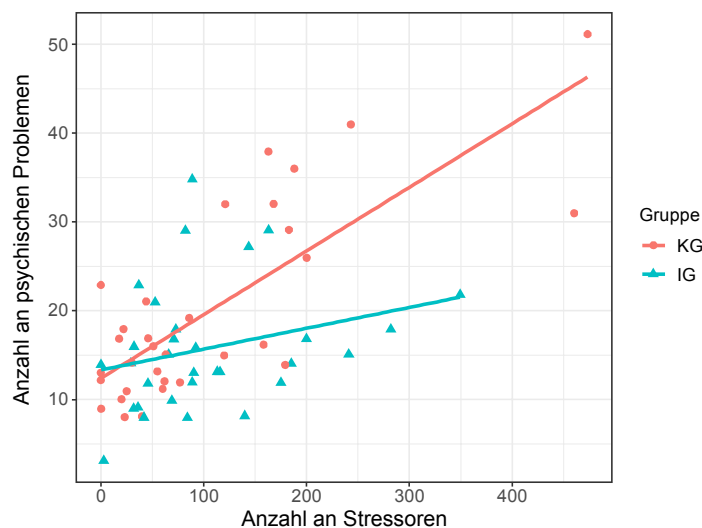


Tabelle 10*Übersicht der bestätigten und widerlegten Hypothesen zum Interventionseffekt (t0-t1)*

H	Hypothesenformulierung	bestätigt/ widerlegt
1a	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte der psychischen Gesundheit zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die psychischen Probleme reduziert.	bestätigt
1b	Es wird davon ausgegangen, dass die erlebte Stressbelastung einen signifikanten Einfluss auf die psychische Gesundheit hat. Dabei wird erwartet, dass eine steigende Anzahl erlebter Stressoren zum Zeitpunkt t1 mit einer schlechteren psychischen Gesundheit einhergeht.	bestätigt
2	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte der Resilienz zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die Resilienz verbessert.	widerlegt
3	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte depressiver Symptome zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die depressiven Symptome reduziert.	bestätigt
4	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte ängstlicher Symptome zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die ängstlichen Symptome reduziert.	widerlegt
5	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte stressspezifischer Symptome zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die stressspezifischen Symptome reduziert.	widerlegt
6	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte der wahrgenommenen Stressbelastung zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die wahrgenommene Stressbelastung reduziert.	widerlegt
7	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte verschiedener Resilienzfaktoren zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die Resilienzfaktoren verbessert.	bestätigt

H	Hypothesenformulierung	bestätigt/ widerlegt
8	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte positiver Affekte zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme das Vorliegen positiver Affekte erhöht.	widerlegt
9	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte negativer Affekte zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme das Vorliegen negativer Affekte reduziert.	widerlegt
10	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartung zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die allgemeine Selbstwirksamkeit verbessert.	widerlegt
11	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte des Selbstwertgefühls zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme das Selbstwertgefühl verbessert.	widerlegt
12	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte des Wohlbefindens zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme das Wohlbefinden verbessert.	widerlegt
13	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte der allgemeinen Lebenszufriedenheit zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die Lebenszufriedenheit verbessert.	bestätigt
14	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte der Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen verbessert.	bestätigt
15	Es wird ein signifikanter Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Werte adaptiver Coping-Strategien zum Zeitpunkt t1 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die adaptiven Coping-Strategien verbessert.	bestätigt

Anmerkungen. H = Hypothese.

Überprüfung des Langzeiteffekts (t1-t4)

Ein Überblick über die deskriptive Statistik der Follow-up Messungen befindet sich in Tabelle 12.

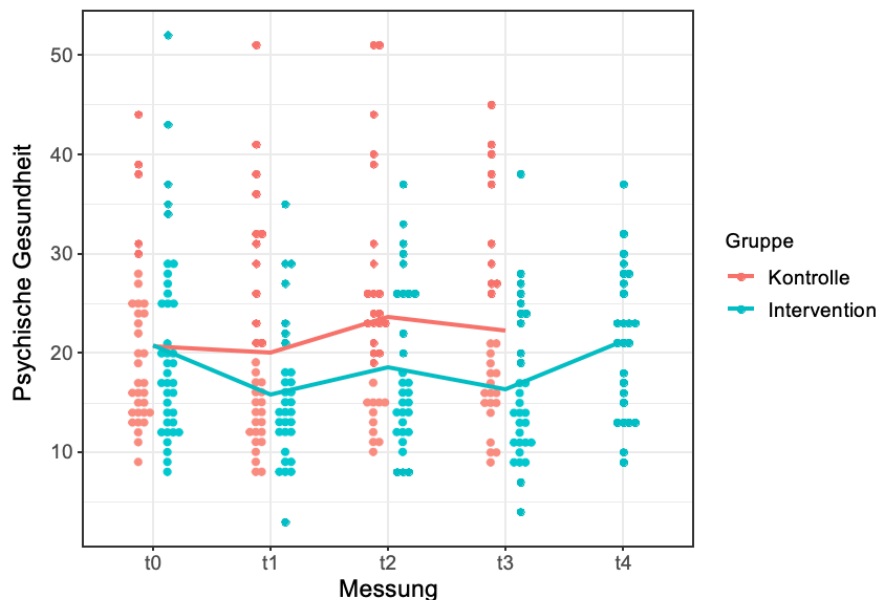
Tabelle 12*Deskriptive Ergebnisse der Follow-up Messungen*

Variable (Skala)	Interventionsgruppe						Kontrollgruppe			
	t2 (n = 30)		t3 (n = 30)		t4 (n = 25)		t2 (n = 31)		t3 (n = 28)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Psychische Gesundheit (GHQ-28)	18.53	8.11	16.37	7.62	21.16	7.37	23.58	11.20	22.21	10.30
Wohlbefinden (WHO-5)	17.70	4.42	18.10	4.21	14.32	5.17	14.19	5.20	13.60	5.34
Resilienz (BRS)	3.73	0.65	3.80	0.58	3.79	0.59	3.45	0.83	3.57	0.78
Allgemeine Lebenszufriedenheit (SWLS)	26.50	4.10	27.37	4.76	26.76	4.88	25.94	4.84	25.61	5.64
Wahrgenommene Stressbelastung (PSS-10)	19.63	3.42	19.63	3.01	20.44	3.36	20.00	3.29	18.93	3.63
Selbstwertgefühl (RSES)	35.67	4.28	35.23	4.60	35.76	4.35	33.39	4.43	33.86	4.44
Depression (DASS-21)	1.63	2.21	1.33	1.83	2.16	2.76	2.52	3.39	2.68	2.55
Angst (DASS-21)	1.20	2.07	0.93	1.51	1.12	1.62	2.03	2.69	1.86	2.42
Stress (DASS-21)	3.90	3.44	3.90	3.12	4.12	3.33	5.03	3.83	5.61	3.96
Selbstwirksamkeit (SWE)	29.97	4.72	31.00	3.96	30.24	4.38	30.23	4.52	30.32	4.68
Emotionsregulation (SEK-27)	83.13	11.76	82.90	13.11	75.96	14.80	73.87	16.47	74.43	16.05
Resilienzfaktoren (CD-RISC)	72.03	11.89	73.80	12.75	71.12	12.23	69.81	13.57	69.43	13.16
Positive Affekte (PANAS)	36.07	5.51	35.77	6.40	33.48	5.08	32.13	6.11	31.68	7.66
Negative Affekte (PANAS)	17.17	6.23	17.23	6.40	18.28	7.49	17.57	5.41	17.61	5.97
Adaptives Coping (Brief-COPE)	0.12	1.02	0.13	0.92	0.00	1.00	0.12	0.98	0.13	1.07
Stressorload (MIMI; Anzahl Stressoren)	59.20	24.44	55.43	27.25	62.28	31.97	68.61	37.00	58.44	26.72

Bei der Berechnung der gemischten Modelle ergab sich für das primäre Zielkriterium *Psychische Gesundheit* ein signifikanter Effekt der Gruppenzugehörigkeit über die Messzeitpunkte hinweg ($\beta = -4.18, t = -2.67, p = .01, \eta^2 = .11$). Die Trendlinien für die beiden Gruppen sind in Abbildung 6 dargestellt. Ersichtlich werden hier die in beiden Gruppen parallelverlaufenden Schwankungen der Mittelwerte über die Zeit. Dabei fielen in der Interventionsgruppe die Werte zu t4 wieder auf das Ausgangsniveau zurück.

Abbildung 6

Trendlinien für die Variable Psychische Gesundheit



Bei Hinzunahme des Stressorloads als weiterem fester Faktor in der Modellierung ließ sich wie erwartet ein hochsignifikanter Einfluss der Stressoranzahl auf die psychische Gesundheit feststellen ($\beta = .10, t = 5.29, p \leq .001, \eta^2 = .13$). Dabei wurden in beiden Gruppen keine wesentlichen Unterschiede in der Anzahl der Stressoren zwischen den verschiedenen Messzeitpunkten verzeichnet (siehe Anhang K1).

Ein weiterer signifikanter Gruppeneffekt ergab sich bei der Skala *Depression* ($\beta = -1.00, t = -2.12, p = .04, \eta^2 = .07$). Auch hier zeigten sich in der Interventionsgruppe Schwankungen über die Zeit und eine Annäherung an das Ausgangsniveau zu t4. Die

Mittelwerte der Kontrollgruppe veränderten sich nur geringfügig (siehe Anhang K2). Bei der Variable Stress gemessen mit dem DASS-21 wurde der Effekt über die Zeit ebenfalls signifikant ($\beta = -1.29$, $t = -2.02$, $p = .05$, $\eta^2 = .06$). Die Trendlinie zeigt, dass die Werte der Interventionsgruppe über die Messzeitpunkte von t1 zu t4 stabil blieben. Die Mittelwerte der Kontrollgruppe blieben von t0 bis t2 auf gleichem Niveau und nahmen zu t3 leicht zu (siehe Anhang K3).

Zudem ergab sich ein signifikanter Gruppeneffekt bei der Skala *Positive Affekte* ($\beta = 2.62$, $t = 2.96$, $p = .004$, $\eta^2 = .13$). Der Mittelwertsverlauf der Kontrollgruppe wies über die Messzeitpunkte hinweg einen durchgängig negativen Trend auf. Die Werte der Interventionsgruppe blieben auf dem Niveau der Baselinemessung stabil und verschlechterten sich erst zu t4 (siehe Anhang K4). Auch bei der Variable *Wohlbefinden* wurde ein signifikanter Gruppenunterschied für den Zeitverlauf festgestellt ($\beta = 2.62$, $t = 2.97$, $p = .004$, $\eta^2 = .13$). Von t1 zu t3 fiel das Wohlbefinden in der Interventionsgruppe durchgehend höher aus als in der Kontrollgruppe, in der sich von t1 zu t3 ein Negativtrend zeigte. Zum Zeitpunkt t4 fielen die Werte der Interventionsgruppe jedoch deutlich ab (siehe Anhang K5). Bei der Variable *Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen* wurde der Gruppeneffekt ebenfalls signifikant ($\beta = 5.41$, $t = 2.44$, $p = .02$, $\eta^2 = .09$). Hier blieben die Mittelwerte der Interventionsgruppe von t2 und t3 weitgehend auf dem Niveau der Postmessung stabil und sanken zu t4 wieder etwas unter das Niveau der Baselinemessung (siehe Anhang K6).

Auch für die Variable *Resilienzfaktoren* gemessen mit dem CD-RISC wurde ein signifikanter Gruppenunterschied für den Zeitverlauf verzeichnet ($\beta = 3.46$, $t = 2.14$, $p = .04$, $\eta^2 = .07$). In der Interventionsgruppe zeigten sich über die Messzeitpunkte hinweg leichte Schwankungen in den Mittelwerten, während die Werte der Kontrollgruppe über die Zeit nahezu stabil bleiben. Auch hier fielen die Werte der Interventionsgruppe zu t4 wieder auf die Höhe des Ausgangsniveaus (siehe Anhang K7).

Keine signifikanten Gruppenunterschiede konnten hinsichtlich der Variable *Resilienz* gemessen mit der BRS ($\beta = 0.07$, $t = 0.66$, $p = .51$) festgestellt werden. Die Mittelwerte beider Gruppen blieben über alle Messzeitpunkte hinweg auf dem Ausgangsniveau nahezu stabil (siehe Anhang K8). Auch bei der Skala *Angst* des DASS-21 wurde der Effekt nicht signifikant ($\beta = -.54$, $t = -1.65$, $p = .10$). Die Verteilung der Datenpunkte lassen auf das Vorliegen eines Bodeneffektes schließen (siehe Anhang K9). Bei der Variable *Selbstwirksamkeit* zeigten sich für beide Gruppen deskriptiv leichte Schwankungen auf Höhe des Ausgangsniveaus (siehe Anhang K10). Auch hier wurde der Gruppeneffekt nicht signifikant ($\beta = 0.84$, $t = 1.49$, $p = .14$). Der Gruppenunterschied bei der Variable *Lebenszufriedenheit* wurde für den Follow-up Zeitraum ebenfalls nicht mehr signifikant ($\beta = 1.69$, $t = 1.82$, $p = .07$). Dennoch zeigte sich, dass die Mittelwerte der Interventionsgruppe von t1 zu t4 durchgängig über dem Wert der Baselinemessung lagen (siehe Anhang K11). Bei der Variable *Wahrgenommene Stressbelastung* wurde der Gruppenunterschied nicht signifikant ($\beta = -.84$, $t = 1.41$, $p = .16$). Deskriptiv zeigte sich in der Interventionsgruppe, dass die Belastung durch Stress von t1 zu t4 durchgängig niedriger ausfiel, als zur Baselinemessung (siehe Anhang K12).

Auch hinsichtlich der Skala *Adaptives Coping* konnte der signifikante Effekt für den Zeitverlauf nicht mehr nachgewiesen werden ($\beta = 0.26$, $t = 1.82$, $p = .07$). Nachdem sich das adaptive Copingverhalten in der Interventionsgruppe zu t1 leicht erhöhte, sank es zu t2 wieder auf das Niveau der Baselinemessung (Anhang K13). Keine signifikanten Gruppenunterschiede für den Zeitverlauf ergaben sich zudem bei den Skalen *Negative Affekte* ($\beta = -1.32$, $t = -1.30$, $p = .20$) und *Selbstwertgefühl* ($\beta = 0.43$, $t = 0.81$, $p = .42$). Die Trendlinien für die beiden Variablen sind in Anhang K14 und K15 dargestellt. Eine Übersicht über die Gruppeneffekte ist in Tabelle 13 zu entnehmen.

Tabelle 13*Effekte der Gruppenzugehörigkeit im Zeitverlauf von t1 zu t4 adjustiert für t0*

Variable (Skala)	β	t	p	η^2
Psychische Gesundheit (GHQ-28)	-4.18	-2.67	.01	.11
Wohlbefinden (WHO-5)	2.62	2.97	.004	.13
Resilienz (BRS)	0.07	0.66	.51	.01
Allgemeine Lebenszufriedenheit (SWLS)	1.69	1.82	.07	.05
Wahrgenommene Stressbelastung (PSS-10)	-.84	-1.41	.16	.03
Selbstwertgefühl (RSES)	0.43	0.81	.42	.01
Depression (DASS-21)	-1.00	-2.12	.04	.07
Angst (DASS-21)	-.54	-1.65	.10	.04
Stress (DASS-21)	-1.29	-2.02	.05	.06
Selbstwirksamkeit (SWE)	0.84	1.49	.14	.03
Emotionsregulation (SEK-27)	5.41	2.44	.02	.09
Resilienzfaktoren (CD-RISC)	3.46	2.14	.04	.07
Positive Affekte (PANAS)	2.62	2.96	.004	.13
Negative Affekte (PANAS)	-1.32	-1.30	.20	.03
Adaptives Coping (Brief-COPE)	0.26	1.82	.07	.05

Anmerkungen. η^2 = partielles Eta-Quadrat.

Die Effekte der anderen Koeffizienten und die Ergebnisse der Analyse zur Modellgüte befinden sich in im Anhang (Anhang J). Tabelle 14 gibt einen Überblick über die bestätigten und abgelehnten Hypothesen zum Langzeitverlauf.

Tabelle 14*Übersicht der bestätigten und widerlegten Hypothesen zum Follow-up Zeitraum (t1-t4)*

H	Hypothesenformulierung	bestätigt/ widerlegt
16	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in der psychischen Gesundheit im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die psychischen Probleme reduziert.	bestätigt
17	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in der Resilienz im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die Resilienz verbessert.	widerlegt
18	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten depressiver Symptome im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die depressive Symptomatik reduziert.	bestätigt
19	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten ängstlicher Symptome im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die ängstliche Symptomatik reduziert.	widerlegt
20	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten stressspezifischer Symptome im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die stressspezifische Symptomatik reduziert.	bestätigt
21	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten der wahrgenommenen Stressbelastung im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die wahrgenommene Stressbelastung reduziert.	widerlegt
22	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten der verschiedenen Resilienzfaktoren im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die verschiedenen Resilienzfaktoren verbessert.	bestätigt
23	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten der positiven Affektivität im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die positive Affektivität verbessert.	bestätigt

H	Hypothesenformulierung	bestätigt/ widerlegt
24	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten der negativen Affektivität im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die negative Affektivität reduziert.	widerlegt
25	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung verbessert.	widerlegt
26	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten des Selbstwertgefühls im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme das allgemeine Selbstwertgefühl verbessert.	widerlegt
27	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten des Wohlbefindens im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme das Wohlbefinden verbessert.	bestätigt
28	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten der allgemeinen Lebenszufriedenheit im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die Lebenszufriedenheit verbessert.	widerlegt
29	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten der Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen verbessert.	bestätigt
30	Es wird ein signifikanter mittlerer Gruppenunterschied in den Werten adaptiver Coping-Strategien im Zeitverlauf von zu t1 zu t4 angenommen. Dabei wird erwartet, dass eine Trainingsteilnahme die adaptiven Coping-Strategien verbessert.	widerlegt

Anmerkungen. H = Hypothese.

Posthoc Subgruppenanalyse

Um zu überprüfen, ob Probanden mit einer höheren psychischen Symptomlast anders von der Intervention profitieren als jene mit einer geringeren Symptomlast, wurde für das gemischte Modell aus Hypothese 16 der Cut-off Score des GHQ-28 mitberücksichtigt. Das Modell wurde auf eine weitere dichotome Variable (GHQ-Wert ≤ 23 und > 24) adjustiert. Es

zeigte sich kein signifikanter Interaktionseffekt zwischen Symptomlast und Gruppenzugehörigkeit ($\beta = -.28$, $t = -.08$, $p = .94$). Es konnte somit keine Evidenz gefunden werden, dass die Veränderungen in den Werten der psychischen Gesundheit vom Schweregrad der Symptomatik abhängig waren.

Gesamtbewertung und Nebenwirkungen der Intervention

Der das Training abschließende Fragebogen zu unerwünschten Nebenwirkungen bei Gruppentherapien wurde von 45 Probanden ausgefüllt und zurückgesendet. Hiervon nahmen 37.78 % an acht Trainingseinheiten, 24.44% an sieben Trainingseinheiten, 8.89% an sechs Trainingseinheiten, 17.78 % an fünf Trainingseinheiten und 8.89% an vier Trainingseinheiten teil. 2.22% machten keine Angabe zur Anzahl teilgenommener Trainingseinheiten.

Quantitative Auswertung

Alle Items des Fragebogens wurden auf einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet (0 = *trifft nicht zu* bis 4 = *trifft vollkommen zu*). Das Item „Ich habe die Gruppentherapie hier im Haus als hilfreich erlebt“ wurde mit einem Mittelwert von ($M = 3.3$, $SD = .85$) beantwortet. Das Item „Ich habe die Gruppentherapie hier im Haus aus belastend erlebt“ wurde mit einem Mittelwert von ($M = .50$; $SD = .76$) beantwortet.

Von den Teilnehmern gaben 17.78 % an, gar kein Belastungserleben gehabt zu haben, d.h. 82.22 % gaben eine oder mehrere Nebenwirkungen an. Betrachtet man nur die Items mit dem Schweregrad-Rating 3 oder 4, gaben 13.33% der Teilnehmer an, unter mindestens einer Nebenwirkung gelitten zu haben, die sie als stark oder extrem belastend empfanden. Die Häufigkeitsangaben von Nebenwirkungen aller Bereiche sind im Anhang zu finden (Anhang L). Im Folgenden werden nur die Items mit den höchsten Werten aufgeführt. Das meiste Belastungserleben wurde im Bereich der Trainingsinhalte beklagt: Bei dem Item *Wenn ich an das denke, was in der Gruppe besprochen wurde, merke ich erst, wie kompliziert alles ist* gaben 46.67 % ein Belastungserleben an. Bei dem Item *Wenn ich an das denke, was in der*

Gruppe besprochen wurde, bin ich noch auf zusätzliche Probleme gestoßen worden gaben 53.33 % ein Belastungserleben an. Im Bereich der Teilnehmermerkmale wurde das höchste Belastungserleben (28.89%) für das Item *Wenn ich an die anderen Teilnehmer der Gruppe denke, habe ich gemerkt, dass meine Probleme schwerer sind als ich dachte* verzeichnet. In dem Bereich der Situationsmerkmale gaben bei dem Item *Wenn ich an die Gruppengröße und/oder den Raum denke, fühlte ich mich gehemmt, etwas zu sagen* 17.78 % der Teilnehmer ein Belastungserleben an. In dem Bereich Nachwirkungen der Gruppenteilnahme gaben für das Item *Nach der Gruppenteilnahme habe ich mir vorgenommen, in zukünftigen Gruppen sehr viel deutlicher meine Meinung zu sagen* 28.89 % der Probanden ein Belastungserleben an. Für den Bereich der Globalbewertung des Trainings wurden nur wenige Nebenwirkungen angegeben. Im Bereich der Therapeutenmerkmale gab lediglich ein Teilnehmer eine wenig belastende Nebenwirkung an.

Qualitative Auswertung

Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit, in einem Freitext Angaben zu den erlebten Nebenwirkungen der Gruppentherapie zu machen. Alle frei formulierten Teilnehmerkommentare sind im Anhang (Anhang M) aufgelistet, im Folgenden werden nur einige aussagekräftige Kommentare aufgeführt: Probandenaussagen wie „Da die Gruppentermine teilweise sehr emotional waren, fühlte ich mich an etwa zwei Tagen erschöpft, müde und emotional aufgewühlt“ oder „Einige Ereignisse nochmal durchdacht oder davon geträumt, viel geweint“, zeigen eine emotionale Belastung der Pflegekräfte durch die Trainingsteilnahme. Damit in Zusammenhang stehend gaben die Teilnehmer an, sich durch die Auseinandersetzung mit der eigenen Vergangenheit und Persönlichkeit belastet gefühlt zu haben, z.B. „Wiederentdeckung “alter Dämonen“ aus der Kindheit. Viel darüber nachgedacht.“ oder „Viele Emotionen, Zusammenhänge zwischen Kindheit und meinem Verhalten heute sind mir klar geworden“. Darüber hinaus gab es Teilnehmer, die keine oder

nur positive Auswirkungen der Therapie berichteten, z.B. „Es gab für mich nur positive Nebenwirkungen. Ich bin entspannt und psychisch gestärkt aus diesem Seminar gegangen“ oder „Ich habe über mich selbst geschmunzelt. Fühlte mich zufriedener und im Einklang mit mir. Hat mir gutgetan, mich etwas zu öffnen.“

Diskussion (Studie 2)

In einer randomisierten kontrollierten Studie wurde die Wirksamkeit einer integrativen Gruppenpsychotherapie zur Resilienzförderung bei Krankenpflegekräften untersucht. Im Folgenden werden die Ergebnisse zusammengefasst und vor dem Hintergrund der postulierten Hypothesen diskutiert. Die Intervention erzielte hinsichtlich mehrerer Variablen positive Effekte. Signifikante Verbesserungen konnten sowohl direkt nach der Intervention, als auch im Verlauf der Follow-up Messungen verzeichnet werden. Anschließend werden die Grenzen der Studie aufgezeigt. Es folgen ein abschließendes Fazit und ein Ausblick auf zukünftige Untersuchungsmöglichkeiten.

Psychische Gesundheit

Es wurde angenommen, dass sich die Trainingsteilnahme positiv auf die psychische Gesundheit der Probanden auswirkt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Anzahl psychischer Probleme, gemessen mit dem GHQ-28, nach der Teilnahme an der Intervention deutlich reduziert hat. Das Training wirkte sich dabei besonders auf Depression förderlich aus, was sich in der Reduzierung depressiver Symptome gemessen mit dem DASS-21 zur Postmessung zeigte. Es ist davon auszugehen, dass die Pflegekräfte durch die gezielte Bearbeitung ihrer persönlichen Problembereiche und inneren Konflikte entlastet waren. Zudem fühlten sie sich wohlmöglich durch die Anwendung der neu erlernten Resilienzstrategien in ihrer Handlungsfähigkeit und Motivation gestärkt, was zu einer Verbesserung der psychischen Gesundheit geführt hat. Auffällig erscheint die Zunahme psychischer Probleme bzw. depressiver Symptome neun Monate nach der Intervention. Die Werte beider Variablen fielen bei der letzten Messung auf etwa das Ausgangsniveau der Baselinemessung zurück. Da diese Tendenz zu t4 auch bei anderen abhängigen Variablen auftrat, werden mögliche Gründe hierfür im späteren Verlauf diskutiert.

Keine Veränderung konnte in den Werten der Angstskala des DASS-21 verzeichnet werden. Während der Cut-Off der verwendeten Skala bei einem Wert von 6 liegt (Nilges & Essau, 2015), haben insgesamt 48 Probanden (66.67%) der Gesamtstichprobe einen Skalenwert ≤ 1 , was einer sehr geringen Angstsymptomatik zur Prämessung entspricht und auf einen Bodeneffekt hindeutet. Obwohl in der wissenschaftlichen Literatur zum Teil randomisierte Studien zu Resilienzinterventionen bei Gesundheitsberufen zu finden sind, in denen sich das Training positiv auf die Ängstlichkeit der Teilnehmer auswirkte (z.B. Sood et al., 2014; Werneburg et al., 2018), konnte in der metaanalytischen Untersuchung von Kunzler et al. (2020) zu Resilienzinterventionen wenig oder keine Evidenz für die Verbesserung von Angstsymptomen festgestellt werden. In der Übersichtsarbeit lag das Ergebnis für die Effektstärke von Interventionsstudien, in denen Depression als primäres Zielkriterium definiert wurde, für Gruppentrainings zur Postmessung bei einer standardisierten mittleren Differenz (SMD) von -0.41 [-0.69, -0.13]. Das vorliegende Training erwies sich hinsichtlich der Verbesserung von psychischer Gesundheit somit als etwas effektiver.

Bei der Interpretation der Ergebnisse des GHQ-28 ist zu beachten, dass 25 Probanden einen Gesamtwert ≥ 24 aufwiesen. Damit liegen 34.72% der Gesamtstichprobe über dem von Goldberg et al. (1998) vorgeschlagenen Grenzwert, ab dem psychiatrische Erkrankungen vorliegen können. Ergebnisse klinischer Studien zeigen, dass Patienteneigenschaften wie die Schwere einer psychischen Erkrankung den Outcome einer Therapie unterschiedlich beeinflussen können (z.B. Hoyer et al., 2016; Van et al., 2008). Die posthoc Subgruppenanalyse zum GHQ-28 lieferte für diese Annahme in der vorliegenden Studie jedoch keine Evidenz.

Einen großen Effekt auf die psychische Gesundheit hatte die Belastung durch Stressoren. Die psychische Gesundheit verschlechterte sich mit zunehmender Anzahl erlebter Stressoren in der vorangegangenen Woche. Die Hinzunahme der Stressbelastung in das

Modell veränderte den Interventionseffekt nur marginal. Die Anzahl an Stressoren blieb über den Messzeitraum weitestgehend konstant. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Verringerung psychischer Probleme in der Interventionsgruppe nicht aufgrund einer verminderten Stressbelastung, sondern aufgrund des Trainingseffekts zustande kam. Die Befunde verdeutlichen, dass Veränderungen in der psychischen Gesundheit immer vor dem Hintergrund der individuellen Stressbelastung interpretiert werden sollten. Bislang sind nur vereinzelte Forschungsarbeiten zu Resilienzinterventionen zu finden, in denen der Einfluss der Stressbelastung kontrolliert wird (z.B. Abbott et al., 2009; Castro et al., 2012). Da Mitarbeiter aus der Krankenpflege täglich mit unterschiedlichen Stressoren und potentiell traumatischen Erlebnissen konfrontiert sein können, sollte die Erhebung des Stressorloads insbesondere für diese Berufsgruppe ein unverzichtbarer Bestandteil bei der Evaluierung von Resilienzinterventionen darstellen.

Resilienz

Die Intervention bewirkte eine positive Veränderung der Resilienz. Es ergaben sich sowohl von Prä- zur Postmessung als auch im Verlauf der Follow-up Messungen signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich der verschiedenen *Resilienzfaktoren* gemessen mit dem CD-RISC. Ähnlich dem Datenverlauf der psychischen Gesundheit zeigten sich auch hier die (vermutlich stressbedingten) Schwankungen über die Zeit und ein Rückgang der Resilienzwerte neun Monate nach der Intervention auf das Ausgangsniveau der Baselinemessung. Die Stärke des geschätzten Gruppeneffekts ist vergleichbar mit den Effektstärken anderer randomisierter Interventionsstudien, in denen der CD-RISC als Messinstrument verwendet wurde (z.B. Bernburg et al., 2019; Klatt & Duchemin, 2015). Hierbei handelte es um Interventionen mit vergleichbarer Intensität und inhaltlichen Überschneidungen. In der Studie von Klatt und Duchemin wurde die Wirkung eines achtwöchigen, rein achtsamkeitsbasierten Trainings im Gruppenformat für Mitarbeiter von

Intensivstationen untersucht. Die Studie von Bernburg und Kollegen überprüfte die Wirksamkeit einer 12-wöchigen Gruppenintervention für die psychiatrische Pflege. Hier wurden die Trainingsmodule auf Basis von achtsamkeitsbasierten Ansätzen, Kognitiver Verhaltenstherapie und Lösungsorientierter Gruppenarbeit entwickelt und umfassten alle einen theoretischen Input, Videos, Gruppendiskussionen und Hausaufgaben. Das Training bewirkte neben einer signifikanten Verbesserung von Resilienz zudem signifikante Veränderungen in wahrgenommener Stressbelastung, Emotionsregulation, Selbstwirksamkeit und einer verbesserten Qualität der Beziehung zu Patienten (Bernburg et al., 2019).

In der vorliegenden Untersuchung sind die Ergebnisse des CD-RISC mit denen der BRS nicht ganz konsistent. So konnte hinsichtlich der Variable *Resilienz* gemessen mit der BRS keine signifikanten Gruppenunterschiede festgestellt werden. Die Mittelwerte beider Gruppen blieben über alle Messzeitpunkte hinweg auf dem Ausgangsniveau nahezu stabil. Während der CD-RISC ein häufig eingesetztes Verfahren ist, um die Effektivität von Resilienztrainings zu evaluieren (z.B. Chesak et al., 2015; Khoshnazary et al., 2016; Sood et al., 2011) und als genügend veränderungssensitiv gilt (Connor & Davidson, 2003), konnten für die BRS keine Studien gefunden werden, welche die Veränderungssensitivität der Skala überprüfen. Möglicherweise können geringe Veränderungen der Resilienz über die Zeit mit der BRS nur ungenügend abgebildet werden, was den Unterschied in den Ergebnissen der beiden Fragebögen erklären könnte. Während die BRS zwar als ein reliables und valides Instrument zur Erfassung der Erholungsfähigkeit von Stress bewertet werden kann (z.B. Helmreich et al., 2017), können durch deren Verwendung keine Rückschlüsse auf die Veränderung einzelner Ressourcen und Resilienzfaktoren gezogen werden, was jedoch für die konzeptionelle Gestaltung von Interventionen hilfreich ist (vgl. Windle, 2011). Bei dem Verständnis von Resilienz als multidimensionalem, dynamisch veränderbarem Anpassungsprozess (Kalisch et al., 2017; Kalisch et al., 2015; Rutter, 2012; Scheffer et al.,

2018; Southwick & Charney, 2018; Stainton et al., 2019) stellt sich zudem die grundsätzliche Frage, ob es überhaupt möglich ist, Resilienz mit einer Zusammenstellung von Fragebogenitems zu einem einzigen Zeitpunkt zu erfassen (Hoge et al., 2007), oder ob eine valide Messung grundsätzlich nur im Zeitverlauf und unter Einbeziehung erlebter stressvoller Ereignisse sinnvoll ist (vgl. Kalisch et al., 2020).

Stress

Bei den Variablen *Wahrgenommene Stressbelastung* und *Stressspezifische Symptome* wurde deskriptiv eine leichte Verbesserung der Mittelwerte von t0 zu t1 deutlich. Der Gruppenunterschied zur Postmessung wurde in beiden Variablen jedoch nicht signifikant. Erst im Zeitverlauf von t1 zu t4 ergab sich ein signifikanter Gruppenunterschied in Bezug auf das Vorliegen stressspezifischer Symptome mit einer mittleren Effektstärke.

Hingegen konnte in anderen Interventionsstudien zur Resilienzförderung gezeigt werden, dass sich die wahrgenommene Stressbelastung unmittelbar nach der Trainingsteilnahme signifikant und mit zum Teil großen Effekten verbesserte (z.B. Bernburg et al., 2019; Mache et al., 2017). Die positive Wirkung auf Stress konnte in der Studie von Bernburg et al. (2019) auch ein Jahr nach der Intervention noch nachgewiesen werden. Der Unterschied in den erreichten Effektstärken könnte zum einen darin begründet sein, dass die Interventionen der beiden genannten Studien mit jeweils 12 Trainingssitzungen eine etwas höhere Trainingsintensität aufwiesen. Zum anderen könnte es auch damit zusammenhängen, dass das vorliegende Training nicht speziell auf Stressreduzierung (z.B. durch Achtsamkeits- und Entspannungsübungen) fokussierte, als vielmehr mehr auf die Bewältigung allgemeiner Lebensprobleme und Stressauslöser. Durch das Verstehen der individuellen Konfliktdynamik vor dem biographischen Hintergrund konnten die Teilnehmer ihre maladaptiven Verhaltens- und Interaktionsmuster im Alltag identifizieren und verändern. Die emotionale Unterstützung der anderen Gruppenteilnehmer bestärkte sie wohlmöglich zusätzlich darin, neue

Bewältigungsstrategien auszutesten und sich den angstauslösenden Situationen zu stellen, anstatt diese zu vermeiden, was schlussendlich zu einer längerfristigen Reduzierung stressbedingter Symptome geführt haben kann. Die Ergebnisse zeigen, dass die Intervention grundsätzlich das Potential hat, den Umgang mit Stress über einen längeren Zeitraum hinweg zu verbessern.

Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit

Das Training bewirkte positive Effekte auf Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit. Obwohl sich beide Konstrukte inhaltlich überschneiden, wirkte sich die Intervention auf die beiden Variablen unterschiedlich aus: Für die Variable *Lebenszufriedenheit* ergab sich ein signifikanter Gruppeneffekt zur Postmessung, wobei der Gruppenunterschied im Zeitverlauf nicht mehr signifikant wurde. Bei der Variable *Wohlbefinden* ergab sich ebenfalls eine Verbesserung der Mittelwerte der Interventionsgruppe von t0 zu t1, wengleich der Gruppeneffekt erst für den Zeitverlauf signifikant wurde. Während das Wohlbefinden in der Interventionsgruppe zu t4 wieder unter das Ausgangsniveau sank, blieb die Lebenszufriedenheit in der Interventionsgruppe weiter stabil auf höherem Niveau.

Die Befunde verdeutlichen, dass es sich bei Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit um zwei differierende Konstrukte handelt: Nach Diener et al. (1985) stellt die Lebenszufriedenheit eine von mehreren Komponenten des subjektiven Wohlbefindens dar. Damit geht das Wohlbefinden über die Lebenszufriedenheit hinaus und kann synonym zur psychischen Gesundheit aufgefasst werden (Ruggeri et al., 2020). Im Rahmen der Intervention setzten sich die Teilnehmer mit ihren innerpsychischen Konflikten und ihrer eigenen Persönlichkeit auseinander. Sie reflektierten ihre Lebensgewohnheiten und stellten sich Fragen zu Sinn und Zielen im Leben. Die Auseinandersetzung mit grundsätzlichen Lebensfragen führte möglicherweise dazu, dass sich die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben unmittelbar nach der Intervention verbesserte und über die Zeit weitestgehend stabil

aufrechterhalten wurde. Hingegen sind Wohlbefinden und psychische Gesundheit möglicherweise eher von äußeren Umständen (bspw. der aktuellen Stressbelastung) abhängig, was die Verschlechterung der Werte zu t4 erklären könnte.

Auch in anderen randomisiert kontrollierten Studien konnten signifikante Effekte von Resilienzinterventionen auf Wohlbefinden und Lebensqualität nachgewiesen werden (z.B. Mistretta et al., 2018; Sood et al., 2011), wenngleich sich metaanalytisch nur wenig oder keine Evidenz für einen Effekt zu irgendeinem Zeitpunkt zeigte (Kunzler et al., 2020).

Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl

In der vorliegenden Studie konnten für die Variablen *Selbstwirksamkeit* und *Selbstwertgefühl* keine signifikanten Veränderungen nachgewiesen werden. Damit unterscheidet sich das Training in seiner Wirkung von anderen Resilienzinterventionen für Pflegekräfte, die eine signifikante Verbesserung der Selbstwirksamkeit bewirkten (z.B. Berger & Gelkopf, 2011; Bernburg et al., 2019). Der Unterschied könnte auf zweierlei Gründe zurückgeführt werden: Zum einen weist die in dieser Studie eingesetzte Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung zwar gute psychometrische Eigenschaften auf, ist aber wenig veränderungssensitiv und eignet sich somit weniger zur Therapiekontrolle. Hierfür müssten verhaltensspezifische Items entwickelt werden, die dem Kontext angepasst sind (Schwarzer & Jerusalem, 1999). Demzufolge wäre die Verwendung eines anderen Fragebogens, z.B. der Occupational Coping Self-Efficacy Scale for Nurses (OCSE-N; Pisanti et al., 2008) für die Evaluierung der Intervention möglicherweise hilfreicher gewesen. Zum anderen wurde der Resilienzfaktor Selbstwirksamkeit – im Sinne der Identifizierung eigener Stärken, Fähigkeiten und Ressourcen – spezifisch nur in einer Trainingssitzung trainiert. Die Verbesserung von Selbstwirksamkeit stellte inhaltlich somit keinen zentralen Schwerpunkt des Trainings dar. Hinsichtlich der Variable *Selbstwertgefühl* lässt sich bei einem Blick auf die Streuung der Messwerte ein Deckeneffekt vermuten. Die Tendenz zu Deckeneffekten

lässt sich bei vielen Selbstwertfragebögen wiederfinden, so auch bei der Skala zum globalen Selbstwertgefühl von Rosenberg (Baumeister et al., 1989). Auch in Bezug auf diesen Resilienzfaktor war die Fragebogenauswahl demnach nicht ideal.

Coping und Umgang mit Emotionen

Die Trainingsteilnahme wirkte sich positiv auf das Copingverhalten und den Umgang mit Emotionen aus. Bei der abhängigen Variable *Adaptives Coping* wurde der Unterschied zwischen den beiden Gruppen zur Postmessung signifikant. Bei der Analyse der einzelnen Coping-Strategien des Brief-COPE ergab sich lediglich für die Skala *Aktive Bewältigung* ein signifikanter Gruppeneffekt. Die Ergebnisse verdeutlichen den unmittelbaren Trainingseffekt: Über den achtwöchigen Zeitraum des Trainings setzten sich die Probanden aktiv mit ihren Problemen und Schwierigkeiten auseinander, weshalb sich das adaptive Copingverhalten kurzzeitig verbesserte. Die Anwendung der Copingstrategien wurde jedoch über die Zeit des Trainings hinaus nicht beibehalten.

Auch die Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen verbesserte sich durch die Trainingsteilnahme. Der Gruppenunterschied wurde sowohl von Prä- zur Postmessung, als auch für den weiteren Zeitverlauf, signifikant. Damit ist die Wirksamkeit hinsichtlich Emotionsregulation mit dem 12-wöchigen Resilienztraining für Pflegekräfte von Bernburg et al. (2019) vergleichbar. Der verbesserte Umgang mit Emotionen spiegelte sich auch in den Ergebnissen der PANAS wieder. Während sich die positiven Affekte in der Kontrollgruppe über die Zeit hinweg reduzierten, blieben die Werte der Interventionsgruppe weitestgehend stabil. Bei der Variable *Negative Affektivität* zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Vor dem Hintergrund, dass Affekterkennung und -regulierung zentrale Schwerpunkte des Trainings waren, werden die Ergebnisse nachvollziehbar. Durch die Trainingsteilnahme verbesserte sich die Aufmerksamkeit für das eigene emotionale Erleben und die gezielte Wahrnehmung von Emotionen. Die Teilnehmer lernten, ihre Gefühle zu akzeptieren und

durch den Einsatz von Resilienzstrategien gezielt zu regulieren. Dadurch gelang es den Probanden der Interventionsgruppe durch das Training möglicherweise besser, stressvolle Situationen positiv umzudeuten, eine andere Perspektive einzunehmen und auf diesem Weg ihre positive Affektlage über die Zeit hinweg beizubehalten.

Grenzen der Studie

Die vorliegende Studie weist einige Grenzen auf. Die Stichprobengröße von $N = 72$ limitierte die Möglichkeiten der statistischen Auswertung. Somit war die Analyse von Zeit x Gruppe Interaktionen in den linearen gemischten Modellen nicht möglich. Die Fallzahlberechnung basierte zudem auf der Annahme einer 60-prozentigen Teststärke. Gründe für die begrenzte Stichprobengröße waren die bereits in *Studie 1* erläuterten Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Pflegekräften im Krankenhaus. Die Rekrutierung von Studienprobanden für Interventionsstudien bringt grundsätzlich eine Reihe von Herausforderungen mit sich (Morrison-Beedy & Visovsky, 2012) und wurde hier durch die engen bürokratischen und zeitlichen Vorgaben im Krankenhaus erschwert. Aufgrund von Unterbesetzung, Schichtdienst und hohem Arbeitspensum konnten viele interessierte Pflegekräfte an der zeitlich aufwendigen Studie nicht teilnehmen. Da die Dienstpläne der Pflegekräfte Monate im Voraus geplant werden, war es erforderlich, die Randomisierung, und damit die Zuteilung der Trainingstermine, bereits vor Studieneinschluss durchzuführen. Einige Pflegekräfte meldeten sich nach der Randomisierung und vor Studieneinschluss wieder ab, weshalb das Randomisierungsschema an drei Stellen nicht beibehalten werden konnte. Zukünftige Studien sollten einer ausführlichen Rekrutierungsplanung einen hohen Stellenwert beimessen und hierfür genügend zeitlichen Vorlauf einplanen. Anzudenken wäre auch eine multizentrische Studie in mehreren Kliniken, um eine größere Stichprobengröße zu erreichen und klinikspezifische Konfundierungsfaktoren zu reduzieren. Studien zeigen, dass arbeitsbezogene Faktoren wie das Einkommen, die Anzahl an zu betreuenden Patienten, die

Partizipation bei Entscheidungen, die eigene Arbeitsrolle und das Klinikmanagement die psychische Gesundheit und Resilienz von Pflegekräften beeinflussen können (Guo et al., 2018; Michie & Williams, 2003).

In der vorliegenden Studie wurden außer der wöchentlichen Arbeitszeit keine weiteren arbeitsbezogenen Faktoren wie Schichtarbeit, berufliche Qualifikation/Arbeitsrang oder Gehalt erhoben. Auch sollten soziodemographische und bildungsbezogene Variablen noch ausführlicher erfasst und untersucht werden, da diese den Behandlungserfolg möglicherweise beeinflussen. So wäre bspw. anzudenken, dass eine Pflegekraft mit hohem Bildungsstand und Führungsverantwortung mehr von der Intervention profitieren könnte, da es ihr gegebenenfalls besser gelingt, die erlernten Übungen für sich zu nutzen und in der Praxis umzusetzen. Durch die eigenverantwortlichere Tätigkeit könnte sie Aufgaben besser delegieren und sich hierdurch möglicherweise mehr persönlichen Freiraum schaffen, als eine Pflegekraft mit eher geringem Bildungsstand und eng abgestecktem beruflichen Handlungsspielraum. Unklar bleibt zudem, ob männliche und weibliche Pflegekräfte von der Intervention anders profitieren. Eine Frage, die aufgrund des geringen Männeranteils in der Krankenpflege vermutlich nicht beantwortet werden kann und eine Studiendurchführung mit anderen Berufsgruppen erfordert.

Weitere mögliche Prädiktoren für den Therapie-Outcome könnten das Strukturniveau, gemessen mit dem OPD-Strukturfragebogen (OPD-SFK; Ehrenthal et al., 2015), oder das Bindungsverhalten, gemessen mit dem Experiences in Close Relationships-Revised Fragebogen (ECR-RD; Ehrenthal et al., 2009), darstellen. Es erscheint wahrscheinlich, dass Probanden auf Basis guter struktureller Fähigkeiten (z.B. ausgeprägter Fähigkeiten zur Selbstreflexion, Affektdifferenzierung und Selbstwertregulierung) die Trainingsinhalte besser verinnerlichen und nachhaltiger anwenden können. Ein sicheres Bindungsverhalten könnte es

erleichtern, sich ohne Misstrauen in der Gruppe zu öffnen, womit die stützende Funktion der Gruppentherapie besser für sich genutzt werden könnte.

Eine weitere methodische Schwachstelle stellt das Fehlen einer aktiven Kontrollgruppe da. Durch den Vergleich mit einer Wartekontrollgruppe ist unklar, inwiefern der reine Aufmerksamkeitseffekt bereits zu einer Verbesserung der Werte beigetragen hat. Um dem entgegenzuwirken, wäre z.B. eine dreiarmliges Studiendesign anzudenken, in der das vorliegende Training mit einer achtsamkeitsbasierten Therapie gleichen Umfangs und einer Wartekontrollgruppe verglichen wird. Zusätzlich sollten verschiedene Therapeuten die Trainings durchführen, um mögliche Therapeuten-Effekte zu untersuchen. Studien belegen, dass Therapeutenmerkmale, insbesondere die therapeutische Beziehung, die Wirkung einer Therapie signifikant beeinflussen (Norcross & Lambert, 2019; Wampold & Imel, 2015).

Ein weiterer Einflussfaktor ist der kollegiale Support innerhalb der Gruppe. Da die Gruppenkohäsion (z.B. der emotionale Zusammenhalt oder das Gruppenklima) einen wichtigen Wirkfaktor von Gruppenpsychotherapien darstellt (Burlingame et al., 2019), kann nicht eindeutig beantwortet werden, zu welchem Anteil der Therapieerfolg durch die tatsächlich trainierten Lerninhalte zustande gekommen ist bzw. inwiefern die positiven Beziehungserfahrungen mit Kollegen hierauf Einfluss nahmen. Um diesen Einfluss näher zu untersuchen, sollten Fragebögen, die den Gruppenprozess abbilden, z.B. der Gruppenklima-Fragebogen (GCQ-S; MacKenzie, 1981; MacKenzie, 1983) integriert werden.

Als kritisch kann außerdem die Tatsache betrachtet werden, dass für die Messung von Resilienzfaktoren allein auf die Ergebnisse von Selbstbeurteilungsinstrumenten zurückgegriffen wurde. Anzudenken wäre die Einbeziehung objektiverer Verfahren zur Erhebung von kognitiver Flexibilität und Emotionsregulation. Eine implizite Testung von Emotionsregulation (Neubewertung, Ablenkung oder Unterdrücken negativer Emotionen) könnte beispielsweise durch die Verwendung die Affect Misattribution Procedure (AMP;

Payne et al., 2005) erfolgen. Um die Mentalisierungsfähigkeit zu messen, könnte als Performancetest auf die Levels of emotional awareness scale (LEAS; Subic-Wrana et al., 2001) zurückgegriffen werden. Zudem könnten biologische Stressmarker wie die Cortisol-Konzentration im Haar bestimmt werden. In vorherigen Interventionsstudien zur Resilienzförderung in Gesundheitsberufen wurde die Analyse von Biomarkern bereits eingesetzt (z.B. Galantino et al., 2005; Luthar et al., 2017).

Bei der Interpretation der Ergebnisse bleibt zudem ungeklärt, warum sich die Werte der Interventionsgruppe in den meisten Variablen zu t4 deutlich verschlechtern. Da ein Vergleich mit der Kontrollgruppe zu diesem Zeitpunkt aufgrund des Studiendesigns nicht möglich war, können hierfür nur Vermutungen angestellt werden. Es scheint wahrscheinlich, dass sich die Wirkung der Intervention nach einem halben Jahr abgeschwächt und nach neun Monaten ganz nachgelassen hat. Bei der Literaturrecherche konnten nur vereinzelt Studien zu Resilienzinterventionen vergleichbarer Intensität und Langzeit Follow-up (> 6 Monate) gefunden werden (z.B. Lebares et al., 2018). Dies erschwert einen Vergleich mit anderen Studienergebnissen. Nach Kunzler et al. (2020) sind die positiven Effekte von Resilienzinterventionen bei Gesundheitsberufen nach einem halben Jahr nicht mehr evident. Darüber hinaus kann der Einfluss äußerer z.B. berufs- oder klinikbedingter Faktoren nicht ausgeschlossen werden. Zudem stieg die Anzahl erlebter Stressoren von t3 zu t4 leicht an, was vermutlich zu einer Verschlechterung der Werte beigetragen hat.

Die Ergebnisse zeigen den hohen Einfluss alltäglicher Stressoren auf die psychische Gesundheit. Auf die Erhebung kritischer Lebensereignisse wurde verzichtet. Zukünftige Studien sollten diesbezügliche Fragebögen, z.B. die Live Events-Checkliste des Lebenszeitkalenders (Caspi et al., 1996) integrieren. Um eine valide Baselinemessung von Resilienz zu gewährleisten, wäre eine ausführlichere Erhebungsphase im Vorfeld des Trainings notwendig. Dabei sollte die Resilienz der Probanden (Psychische Gesundheit in

Relation zu den erlebten Mikro- und Makrostressoren) über einige Wochen oder ggf. Monate vor Trainingsbeginn erhoben werden, um Resilienz im Sinne eines Anpassungsprozesses zu messen und Veränderungen über die Zeit besser erklären zu können.

Während das Training hinsichtlich psychischer Gesundheit und Emotionsregulation deutliche Effekte erzielen konnte, zeigten sich in Bezug auf andere Variablen (z.B. wahrgenommene Stressbelastung, Selbstwirksamkeit) keine signifikanten Gruppenunterschiede. Möglicherweise wurden einige der Resilienzfaktoren noch zu wenig trainiert. Eine Ausweitung des Trainingsumfangs wäre möglich, würde aber neben den bereits angesprochenen Schwierigkeiten bei der Erreichung der geplanten Stichprobengröße noch weitere Probleme mit sich bringen: Obwohl die Intervention von den Teilnehmern in der durchschnittlichen Gesamtbewertung als hilfreich und eher weniger belastend eingestuft wurde, gaben 82.22 % der Stichprobe an, unter mindestens einer Nebenwirkungen gelitten zu haben. Zudem zeigte die Auswertung der qualitativen Daten, dass einige Teilnehmer durch das Training eine starke emotionale Belastung erlebten. Es wäre also möglich, dass sich manche Teilnehmer durch eine weitere Intensivierung der Trainingsinhalte emotional überfordert fühlen könnten. Obwohl das Auftreten unerwünschter Nebenwirkungen von Psychotherapie keine Seltenheit darstellt (Haupt et al., 2012), sollten die Trainingsinhalte vor einer Durchführung der Intervention bei z.B. klinisch-psychiatrischen Stichproben gegebenenfalls modifiziert werden, um die Teilnehmer nicht zu überlasten. Bereits im durchgeführten Umfang erforderte die zeitlich aufwendige Trainingsteilnahme ein hohes Maß an Motivation und eigenverantwortlichem Arbeiten.

Fazit

Im Rahmen der vorliegenden Studie sollte das Resilienztraining *The New Growth* auf seine Wirksamkeit überprüft werden. Es konnte gezeigt werden, dass sich die psychische Gesundheit und Resilienz der Pflegekräfte unmittelbar nach der Intervention deutlich

verbessert haben. Die Ergebnisse der Follow-up Messungen zeigten, dass die Intervention das Potential hat, die psychische Widerstandsfähigkeit auch im Zeitverlauf zu stärken. Die Daten lassen vermuten, dass die Effekte bis zu einem halben Jahr nach der Intervention anhalten.

Bei dem Trainingsprogramm handelte es sich um eine neu entwickelte integrative Gruppentherapie, bei der psychodynamische und verhaltenstherapeutische Ansätze integriert wurden. Ein inhaltlicher Vergleich mit anderen Interventionsstudien ist aufgrund der Anwendung unterschiedlicher psychotherapeutischer Verfahren schwierig. Da Studien zu Resilienzinterventionen betreffend ihres Studiendesigns und der Operationalisierung von Resilienz eine hohe Heterogenität aufweisen (Chmitorz, Kunzler et al., 2018), können vergleichende Aussagen zu Effektivität, Wirkweise und Langzeitwirkung nicht eindeutig getroffen werden.

Neben einer vergleichsweise hohen Wirksamkeit hinsichtlich der Verbesserung von psychischer Gesundheit, kann eine klare Definition und Operationalisierung von Resilienz, die durchgeführte Baselinediagnostik, der lange Follow-up Zeitraum, die umfangreiche Fragebogenerhebung mit Messinstrumenten guter psychometrischer Qualität und die Erfassung von therapiebedingten Nebenwirkungen als Stärken der Studie aufgezeigt werden. Die Grenzen der Studie wurden bereits ausführlich dargelegt. In zukünftigen Studien sollte das Training mit einer aktiven Kontrollintervention verglichen und im Hinblick auf seinen Langzeiteffekt genauer analysiert werden. Der Follow-up Zeitraum sollte um einen Messzeitpunkt verlängert und von beiden Gruppen vollständig durchlaufen werden. Dabei sollten zusätzlich objektivere Messverfahren eingesetzt und mögliche Prädiktoren für den Therapieerfolg bestimmt werden. Es erscheint zudem sinnvoll, genauer zu untersuchen, welche Komponenten des Trainings für die Teilnehmer besonders hilfreich sind, um das Training entsprechend zu modifizieren oder ausbauen zu können.

Abschließende Diskussion beider Studien und Ausblick

In den letzten Jahren wurden vermehrt Interventionen zur Stressprävention und Gesundheitsförderung evaluiert und entwickelt. Im deutschsprachigen Raum wurde die Effektivität im Rahmen randomisiert kontrollierter Studien kaum untersucht. Viele der international zu findenden Studien weisen eine Reihe methodischer Schwachstellen auf (Linz et al., 2020), wovon einige in der vorliegenden Arbeit überwunden werden konnten. Insgesamt zeigte sich die Intervention in der Verbesserung von Resilienz und psychischer Gesundheit von Pflegekräften als effektiv. Einige Schwierigkeiten, wie die begrenzte Stichprobengröße, der Vergleich mit einer Wartekontrollgruppe oder die fehlende Erfassung spezifischer Therapeuten- und Probandenmerkmale limitieren die externe Validität und bleiben Herausforderungen für zukünftige Studien.

Interventionsforschungen folgen üblicherweise einem fünf-phasigen Entwicklungsprozess (vgl. Melnyk et al., 2012; Whitemore & Grey, 2002). In Phase I sollte die Intervention und das methodische Vorgehen zunächst auf grundsätzliche Praktikabilität getestet werden. Auf Basis eines Studienprotokolls sollten in Phase II eine erste Überprüfung der Effektivität und eine Schätzung der Effektstärken erfolgen. Das Ziel hierbei liegt in einer Weiterentwicklung der Intervention und der Outcomemaße sowie in einer ersten Analyse konfundierender Faktoren. In Phase III sollte in einer randomisierten und möglichst verblindeten Studie die interne Validität maximiert und der Interventionseffekt unter gut kontrollierten experimentellen Bedingungen bestmöglich isoliert werden. Phase IV sollte zur Überprüfung der externen Validität dienen. Hierbei sollte die Intervention unter Realbedingungen mit unterschiedlichen Zielgruppen durchgeführt und deren Effizienz im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Analyse untersucht werden. In Phase V erfolgt eine umfassende Implementierung der Intervention und die Untersuchung von Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit (vgl. Melnyk et al., 2012; Whitemore & Grey, 2002).

Im Rahmen dieser Arbeit wurden Phase I und II abgebildet: Während in *Studie 1* das Resilienztraining auf Machbarkeit überprüft wurde, erfolgte in *Studie 2* im Rahmen eines RCTs eine erste Schätzung der Effektivität. In einer anschließenden Studie könnte die dritte Phase durchgeführt werden. In einer randomisierten kontrollierten Studie sollte das Training mit einer aktiven Kontrollbedingung verglichen werden. Die Untersuchung sollte an einer großen Stichprobe erfolgen. Beeinflussende Mediator- und Moderatorvariablen sollten bestimmt werden, um eindeutige Aussagen über die klinische Effektivität zu treffen. Hierbei könnten zudem Messinstrumente einbezogen werden, mit denen eine Untersuchung der Auswirkungen auf Arbeitszufriedenheit und andere arbeitsbezogene Faktoren möglich ist. Dies ist besonders vor dem Hintergrund von Bedeutung, dass mit einer Implementierung der umfangreichen Intervention im Krankenhaus finanzielle und zeitliche Aufwände einhergehen würden. Ein finanzieller Gewinn aufgrund höherer Arbeitszufriedenheit, verbesserter Qualität der Pflege und weniger Fluktuation aufgrund der hohen Stressbelastung könnten für Arbeitgeber und Versicherungsunternehmen überzeugende Daten für eine finanzielle Investition darstellen. In einem weiteren Schritt könnte das Training für andere Berufsgruppen erweitert werden. So könnten nicht nur Ärzte und andere Klinikmitarbeiter Zielgruppen darstellen, sondern auch ganze Stationen gemeinsam an einer modifizierten Intervention teilnehmen, um die Teamresilienz zu stärken.

Da die Ergebnisse von *Studie 2* darauf hindeuten, dass sich die Wirkung der Intervention ab etwa einem halben Jahr deutlich reduziert, sollte zudem über die Durchführung von Auffrischungssitzungen im Abstand von einigen Monaten nach dem Ende der Intervention nachgedacht werden. In weiteren Studien könnte untersucht werden, inwiefern sich das Training im Online- oder Blended-Learning-Format durchführen lässt.

Mit der vorliegenden Arbeit wurde die Wichtigkeit von Resilienzförderung für den Beruf der Krankenpflege herausgearbeitet. Eine Verbesserung der Resilienz von

Pflegekräften kann für den einzelnen Arbeitnehmer, für die Patienten und auch für die Arbeitgeberseite einen Mehrwert darstellen. Die Studienergebnisse spiegeln das Potential des entwickelten Resilienztrainings wider und eröffnen ein breites Spektrum an Fragen und weiteren Forschungsmöglichkeiten.

Literaturverzeichnis

- Abbott, J.-A., Klein, B., Hamilton, C. & Rosenthal, A. J. (2009). The impact of online resilience training for sales managers on wellbeing and performance. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 5(1), 89-95.
<https://doi.org/https://doi.org/10.7790/ejap.v5i1.145>
- Ackenheil, M., Stotz-Ingenlath, G., Dietz-Bauer, R. & Vossen, A. (1999). MINI mini international neuropsychiatric interview, German version 5.0.0 DSM IV. *Munich: Psychiatric University Clinic*.
- Ainsworth, M. (1977). Feinfühligkeit versus Unempfindlichkeit gegenüber Signalen des Babys. In K. E. Grossman (Hrsg.), *Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt* (S. 98-107). Kindler.
- Akerjordet, K. & Severinsson, S. (2008). Emotionally intelligent nurse leadership: A literature review study. *Journal of nursing management*, 16(5), 565-577.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00893.x>
- Albani, C., Blaser, G., Körner, A., König, S., Marschke, F., Geißler, I., Geyer, M., Pokorny, D., Staats, H. & Benninghofen, D. (2002). Zum Zusammenhang zwischen der Valenz von Beziehungserfahrungen und der Schwere der psychischen Beeinträchtigung. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 52(6), T38-T46.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1055/s-2002-32248>

- Alexander, G. K., Rollins, K., Walker, D., Wong, L. & Pennings, J. (2015). Yoga for Self-Care and Burnout Prevention Among Nurses. *Workplace Health & Safety*, 63(10), 462-470. <https://doi.org/10.1177/2165079915596102>
- Alkema, K., Linton, J. M. & Davies, R. (2008). A Study of the Relationship Between Self-Care, Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout Among Hospice Professionals. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 4(2), 101-119. <https://doi.org/10.1080/15524250802353934>
- Ano, G. G. & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 461-480. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jclp.20049>
- Arbeitskreis OPD. (2014). *OPD-2-Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung* (3. Aufl.). Hans Huber.
- Ashford, S., Edmunds, J. & French, D. P. (2010). What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis. *British journal of health psychology*, 15(2), 265-288. <https://doi.org/https://doi.org/10.1348/135910709X461752>
- Baayen, R. H., Davidson, D. J. & Bates, D. M. (2008). Mixed-effects modeling with crossed random effects for subjects and items. *Journal of Memory and Language*, 59(4), 390-412. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jml.2007.12.005>

- Baernholdt, M. & Mark, B. A. (2009). The nurse work environment, job satisfaction and turnover rates in rural and urban nursing units. *Journal of nursing management*, 17(8), 994-1001. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01027.x>
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Hrsg.), *Encyclopedia of human behavior* (Bd. 4, S. 71-81). Academic Press.
<https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>
- Bandura, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Gerbino, M. & Pastorelli, C. (2003). Role of Affective Self-Regulatory Efficacy in Diverse Spheres of Psychosocial Functioning. *Child Development*, 74(3), 769-782. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-8624.00567>
- Bartlett, L., Martin, A., Neil, A. L., Memish, K., Otahal, P., Kilpatrick, M. & Sanderson, K. (2019). A systematic review and meta-analysis of workplace mindfulness training randomized controlled trials. *Journal of occupational health psychology*, 24(1), 108-126. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/ocp0000146>
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. Oxford University Press.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I. & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological science in the public interest*, 4(1), 1-44.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431>

- Baumeister, R. F., Tice, D. M. & Hutton, D. G. (1989). Self-Presentational Motivations and Personality Differences in Self-Esteem. *Journal of Personality*, 57(3), 547-579.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1989.tb02384.x>
- Bech, P. (2004). Measuring the dimension of psychological general well-being by the WHO-5. *Quality of life newsletter*, 15-16.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.t01-5-01015.x>
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2. Aufl.). Guilford Press.
- Benada, N. & Chowdhry, R. (2017). A correlational study of happiness, resilience and mindfulness among nursing student. *Indian Journal of Positive Psychology*, 8(2), 105-107.
- Bender, A. & Ingram, R. (2018). Connecting attachment style to resilience: Contributions of self-care and self-efficacy. *Personality and Individual Differences*, 130, 18-20.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.03.038>
- Bengel, J. & Lyssenko, L. (2012). *Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter: Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter*. BZgA Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.

- Berger, R. & Gelkopf, M. (2011). An intervention for reducing secondary traumatization and improving professional self-efficacy in well baby clinic nurses following war and terror: A random control group trial. *International journal of nursing studies*, 48(5), 601-610. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.09.007>
- Berking, M. & Znoj, H. (2008). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56(2), 141-153. <https://doi.org/https://doi.org/10.1024/1661-4747.56.2.141>
- Bernburg, M., Groneberg, D. A. & Mache, S. (2019). Mental Health Promotion Intervention for Nurses Working in German Psychiatric Hospital Departments: A Pilot Study. *Issues in mental health nursing*, 40(8), 706-711. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1565878>
- Besser, A., Weinberg, M., Zeigler - Hill, V. & Neria, Y. (2014). Acute symptoms of posttraumatic stress and dissociative experiences among female Israeli civilians exposed to war: The roles of intrapersonal and interpersonal sources of resilience. *Journal of Clinical Psychology*, 70(12), 1227-1239. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jclp.22083>
- Beutel, M. (1990). Coping und Abwehr - Zur Vereinbarkeit zweier Konzepte. In F. A. Muthny (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung. Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse* (S. 1-12). Springer.

- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American psychologist*, 59(1), 20. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bonanno, G. A. & Diminich, E. D. (2013). Annual Research Review: Positive adjustment to adversity—trajectories of minimal–impact resilience and emergent resilience. *Journal of child psychology and psychiatry*, 54(4), 378-401. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jcpp.12021>
- Bonanno, G. A., Pat-Horenczyk, R. & Noll, J. (2011). Coping flexibility and trauma: The Perceived Ability to Cope With Trauma (PACT) scale. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(2), 117-129. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/a0020921>
- Booker, L. A., Sletten, T. L., Alvaro, P. K., Barnes, M., Collins, A., Chai - Coetzer, C. L., Naqvi, A., McMahon, M., Lockley, S. W. & Rajaratnam, S. M. (2020). Exploring the associations between shift work disorder, depression, anxiety and sick leave taken amongst nurses. *Journal of Sleep Research*, 29(3), e12872. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jsr.12872>
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae: Handanweisung*. Hogrefe.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment* (Bd. 1). Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger* (Bd. 2). Basic Books.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss sadness and depression* (Bd. 3). Basic Books.

Brähler, E., Mühlhan, H., Albani, C. & Schmidt, S. (2007). Teststatistische prüfung und normierung der deutschen versionen des EUROHIS-QOL lebensqualität-Index und des WHO-5 wohlbefindens-index. *Diagnostica*, 53(2), 83-96.

<https://doi.org/10.1026/0012-1924.53.2.83>

Budman, S. H. & Gurman, A. S. (1988). *Theory and practice of brief therapy*. Guilford Press.

Burlingame, G. M., McClendon, D. T. & Yang, C. (2019). Cohesion in Group Therapy. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Hrsg.), *Psychotherapy Relationships that Work: Evidence-Based Therapist Contributions* (S. 205-243).

Butler, L. D., Carello, J. & Maguin, E. (2017). Trauma, stress, and self-care in clinical training: Predictors of burnout, decline in health status, secondary traumatic stress symptoms, and compassion satisfaction. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), 416-424. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/tra0000187>

Çam, O. & Büyükbayram, A. (2017). Nurses' Resilience and Effective Factors. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 8(2), 118-126.

<https://doi.org/https://doi.org/10.14744/phd.2017.75436>

Carney, D. R., Cuddy, A. J. C. & Yap, A. J. (2010). Power Posing: Brief nonverbal displays affect neuroendocrine levels and risk tolerance. *Psychological Science*, 21(10), 1363-1368. <https://doi.org/10.1177/0956797610383437>

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International journal of behavioral medicine*, 4, 92. https://doi.org/https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Caspi, A., Moffitt, T. E., Thornton, A., Freedman, D., Amell, J. W., Harrington, H., Smeijers, J. & Silva, P. A. (1996). The life history calendar: a research and clinical assessment method for collecting retrospective event-history data. *International journal of methods in psychiatric research*, 6(2), 101-114. [https://doi.org/https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1234-988X\(199607\)6:2<101::AID-MPR156>3.3.CO;2-E](https://doi.org/https://doi.org/10.1002/(SICI)1234-988X(199607)6:2<101::AID-MPR156>3.3.CO;2-E)

Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C. & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25(3), 365-382. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1014010>

Castro, C. A., Adler, A. B., McGurk, D. & Bliese, P. D. (2012). Mental health training with soldiers four months after returning from Iraq: Randomization by platoon. *Journal of Traumatic Stress*, 25(4), 376-383. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jts.21721>

Chamberlain, D., Williams, A., Stanley, D., Mellor, P., Cross, W. & Siegloff, L. (2016).

Dispositional mindfulness and employment status as predictors of resilience in third year nursing students: a quantitative study. *Nursing open*, 3(4), 212-221.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/nop2.56>

Chan, R. C. K., Shum, D., Touloupoulou, T. & Chen, E. Y. H. (2008). Assessment of executive functions: Review of instruments and identification of critical issues. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23(2), 201-216.

<https://doi.org/10.1016/j.acn.2007.08.010>

Chan, Z. C., Tam, W. S., Lung, M. K., Wong, W. Y. & Chau, C. W. (2013). A systematic literature review of nurse shortage and the intention to leave. *Journal of nursing management*, 21(4), 605-613. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01437.x>

Chen, G., Gully, S. M. & Eden, D. (2004). General self-efficacy and self-esteem: toward theoretical and empirical distinction between correlated self-evaluations. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 375-395.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/job.251>

Chesak, S. S., Bhagra, A., Schroeder, D. R., Foy, D. A., Cutshall, S. M. & Sood, A. (2015). Enhancing resilience among new nurses: feasibility and efficacy of a pilot intervention. *Ochsner Journal*, 15(1), 38-44.

Chmitorz, A., Kunzler, A., Helmreich, I., Tüscher, O., Kalisch, R., Kubiak, T., Wessa, M. & Lieb, K. (2018). Intervention studies to foster resilience – A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clinical Psychology Review*, 59, 78-100.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.002>

Chmitorz, A., Kurth, K., Mey, L. K., Wenzel, M., Lieb, K., Tüscher, O., Kubiak, T. & Kalisch, R. (2020). Assessment of Microstressors in Adults: Questionnaire Development and Ecological Validation of the Mainz Inventory of Microstressors. *JMIR mental health*, 7(2), e14566. <https://doi.org/10.2196/14566>

Chmitorz, A., Wenzel, M., Stieglitz, R., Kunzler, A., Bagusat, C., Helmreich, I., Gerlicher, A., Kampa, M., Kubiak, T., Kalisch, R., Lieb, K. & Tüscher, O. (2018). Population-based validation of a German version of the Brief Resilience Scale. *PLoS one*, 13(2), e0192761. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192761>

Cleary, M., Kornhaber, R., Thapa, D. K., West, S. & Visentin, D. (2018). The effectiveness of interventions to improve resilience among health professionals: A systematic review. *Nurse education today*, 71, 247-263.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.10.002>

Cohen, F. & Lazarus, R. S. (1979). Coping with the stresses of illness. In C. G. Stone, F. Cohen & N. E. Adler (Hrsg.), *Health psychology: A handbook* (S. 217-254). Jossey-Bass.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 24(4), 385-396.
<https://doi.org/https://doi.org/10.2307/2136404>
- Collani, G. v. & Herzberg, P. Y. (2003). Zur internen Struktur des globalen Selbstwertgefühls nach Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 24(1), 9-22. <https://doi.org/https://doi.org/10.1024//0170-1789.24.1.9>
- Connor, K. M. & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor - Davidson resilience scale (CD - RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Consiglio, C., Borgogni, L., Alessandri, G. & Schaufeli, W. B. (2013). Does self-efficacy matter for burnout and sickness absenteeism? The mediating role of demands and resources at the individual and team levels. *Work & Stress*, 27(1), 22-42.
<https://doi.org/10.1080/02678373.2013.769325>
- Craigie, M., Slatyer, S., Hegney, D., Osseiran-Moisson, R., Gentry, E., Davis, S., Dolan, T. & Rees, C. (2016). A pilot evaluation of a mindful self-care and resiliency (MSCR) intervention for nurses. *Mindfulness*, 7(3), 764-774.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s12671-016-0516-x>

Crawford, J. R. & Henry, J. D. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS):

Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 111-131.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1348/014466503321903544>

D'zurilla, T. J. & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification.

Journal of abnormal psychology, 78(1), 107-126.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1037/h0031360>

Damasio, A. R. (2004). *Ich fühle, also bin ich: die Entschlüsselung des Bewusstseins*. List.

Davey, M. M., Cummings, G., Newburn-Cook, C. V. & Lo, E. A. (2009). Predictors of nurse

absenteeism in hospitals: a systematic review. *Journal of nursing management*, 17(3),

312-330. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00958.x>

David, M., Ceschi, G., Billieux, J. & Van der Linden, M. (2008). Depressive Symptoms After

Trauma: Is Self-Esteem a Mediating Factor? *The Journal of Nervous and Mental*

Disease, 196(10), 735-742. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181879dd8>

Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K. & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental

health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479-495.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.003>

DeHart, T., Pelham, B. W. & Tennen, H. (2006). What lies beneath: Parenting style and implicit self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42(1), 1-17.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jesp.2004.12.005>

Delgado, C., Upton, D., Ranse, K., Furness, T. & Foster, K. (2017). Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature.

International journal of nursing studies, 70, 71-88.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.008>

Dennis, J. P. & Vander Wal, J. S. (2010). The Cognitive Flexibility Inventory: Instrument Development and Estimates of Reliability and Validity. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 241-253.

<https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>

Deusinger, I. M. (1986). *Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN)*. Hogrefe.

Dhaini, S. R., Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Simon, M., Kunz, R., De Geest, S. & Schwendimann, R. (2016). Care workers health in Swiss nursing homes and its association with psychosocial work environment: A cross-sectional study.

International journal of nursing studies, 53, 105-115.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.011>

Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual review of psychology*, 64, 135-168.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale.

Journal of personality assessment, 49(1), 71-75.

https://doi.org/https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

Drexler, D. (2014). *Das Integrierte Stressbewältigungs-Programm ISP: Manual und*

Materialien für Therapie und Beratung. Klett-Cotta.

Ebata, A. T. & Moos, R. H. (1991). Coping and adjustment in distressed and healthy

adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12(1), 33-54.

[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0193-3973\(91\)90029-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0193-3973(91)90029-4)

Ehrental, J. C., Dinger, U., Lamla, A., Funken, B. & Schauenburg, H. (2009). Evaluation

der deutschsprachigen Version des Bindungsfragebogens „Experiences in Close

Relationships–Revised”(ECR-RD). *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik·*

Medizinische Psychologie, 59(6), 215-223. [https://doi.org/https://doi.org/10.1055/s-](https://doi.org/https://doi.org/10.1055/s-2008-1067425)

[2008-1067425](https://doi.org/https://doi.org/10.1055/s-2008-1067425)

Ehrental, J. C., Ulrike, D., Henning, S., Lena, H., W, D. R. & Gierk, B. (2015). Entwicklung

einer Zwölf-Item-Version des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SFK)/ Development

of a 12-item version of the OPD-Structure Questionnaire (OPD-SQS). *Zeitschrift für*

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 61(3), 262-274.

<https://doi.org/10.13109/zptm.2015.61.3.262>

- Erisman, S. M. & Roemer, L. (2012). A preliminary investigation of the process of mindfulness. *Mindfulness*, 3(1), 30-43. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s12671-011-0078-x>
- Ermann, M. (2016). Psychoanalytische Konfliktpsychologie – obsolet oder aktuell? *Forum der Psychoanalyse*, 32(4), 431-442. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00451-016-0241-z>
- Fahrmeir, L., Kneib, T. & Lang, S. (2007). *Regression - Modelle, Methoden und Anwendungen*. Springer.
- Farrell, G. A. & Salmon, P. (2010). Challenging behaviour: An action plan for education and training. *Contemporary Nurse*, 34(1), 110-118. <https://doi.org/10.5172/conu.2009.34.1.110>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Fergus, S. & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual review of public health*, 26(1), 399-419. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>

- Ferring, D. & Filipp, S.-H. (1996). Messung des Selbstwertgefühls: Befunde zu Reliabilität, Validität und Stabilität der Rosenberg-Skala. *Diagnostica*, 42, 284-292.
- Filipp, S.-H. (1984). *Selbstkonzept-Forschung: Probleme, Befunde, Perspektiven*. Klett-Cotta.
- Fletcher, D. & Sarkar, M. (2012). A grounded theory of psychological resilience in Olympic champions. *Psychology of sport and exercise*, 13(5), 669-678.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2012.04.007>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2019). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Klett Cotta.
- Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A. & Rakel, D. (2013). Abbreviated Mindfulness Intervention for Job Satisfaction, Quality of Life, and Compassion in Primary Care Clinicians: A Pilot Study. *The Annals of Family Medicine*, 11(5), 412-420. <https://doi.org/10.1370/afm.1511>
- Foster, K., Cuzzillo, C. & Furness, T. (2018). Strengthening mental health nurses' resilience through a workplace resilience programme: A qualitative inquiry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(5-6), 338-348.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jpm.12467>
- Freud, S. (1915/16). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Gesammelte Werke* (Bd. 11). Fischer.

- Friedman, P. H. & Toussaint, L. (2006). Changes in forgiveness, gratitude, stress and well-being during psychotherapy: An integrative, evidence-based approach. *The International Journal of Healing and Caring*, 6(2), 1-18.
- Frijda, N. H. (2008). The psychologists' point of view. In M. Lewis, J. M. Haviland & L. F. Feldman Barrett (Hrsg.), *Handbook of emotions* (3. Aufl., S. 68-87). Guilford Press.
- Fritz, J., Fried, E. I., Goodyer, I. M., Wilkinson, P. O. & van Harmelen, A.-L. (2018). A network model of resilience factors for adolescents with and without exposure to childhood adversity. *Scientific Reports*, 8(1), 1-13.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41598-018-34130-2>
- Galantino, M. L., Baime, M., Maguire, M., Szapary, P. O. & Farrar, J. T. (2005). Association of psychological and physiological measures of stress in health - care professionals during an 8 - week mindfulness meditation program: Mindfulness in practice. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 21(4), 255-261. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/smi.1062>
- Gerrig, R. J. & Zimbardo, P. G. (2008). *Psychologie* (18. Aufl.). Pearson Studium.
- Godfrey, C. M., Harrison, M. B., Lysaght, R., Lamb, M., Graham, I. D. & Oakley, P. (2011). Care of self – care by other – care of other: the meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. *International Journal of Evidence-Based*

Healthcare, 9(1), 3-24. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2010.00196.x>

Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O. & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological medicine*, 27(1), 191-197.

<https://doi.org/10.1017/S0033291796004242>

Goldberg, D. P. & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9(1), 139-145.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0033291700021644>

Goldberg, D. P., Oldehinkel, T. & Ormel, J. (1998). Why GHQ threshold varies from one place to another. *Psychological medicine*, 28(4), 915-921.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0033291798006874>

Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M. S., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., Berger, Z., Sleicher, D., Maron, D. D., Shihab, H. M., Ranasinghe, P. D., Linn, S., Saha, S., Bass, E. B. & Haythornthwaite, J. A. (2014). Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 357-368.

<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.13018>

Grafton, E., Gillespie, B. & Henderson, S. (2010). Resilience: the power within. *Oncology nursing forum*, 37(6), 698-705. <https://doi.org/10.1188/10.ONF.698-705>

Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. American Psychological Association.

Greenwald, A. G. & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological review*, 102(1), 4-27.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0033-295x.102.1.4>

Greenwald, A. G. & Farnham, S. D. (2000). Using the implicit association test to measure self-esteem and self-concept. *Journal of personality and social psychology*, 79(6), 1022-1038. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.6.1022>

Grobe, T. G. & Steinmann, S. (2015). *Depressionsatlas - Auswertung zu Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen*. Techniker Krankenkasse.

<https://www.tk.de/resource/blob/2026640/c767f9b02cabbc503fd3cc6188bc76b4/tk-depressionsatlas-data.pdf>

Gross, J. J. & Thompson, R. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In *Handbook of Emotion Regulation* (S. 3-24). The Guilford Press.

Grossmann, K., Fremmer-Bombik, E., Rudolph, J. & Grossmann, K. E. (1988). Maternal attachment representations as related to patterns of infant–mother attachment and maternal care during the first year. In R. A. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Hrsg.), *Relationships within families* (S. 241-261). Clarendon Press.

Guillaumie, L., Boiral, O. & Champagne, J. (2017). A mixed-methods systematic review of the effects of mindfulness on nurses. *Journal of advanced nursing*, 73(5), 1017-1034.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.13176>

Guindon, M. H. (2010). What Do We Know About Self-Esteem Interventions? In M. H.

Guindon (Hrsg.), *Self-esteem across the lifespan: Issues and interventions* (S. 25-44).

Routledge/Taylor & Francis Group.

Guo, Y. F., Cross, W., Plummer, V., Lam, L., Luo, Y. H. & Zhang, J. P. (2017). Exploring resilience in Chinese nurses: A cross - sectional study. *Journal of nursing*

management, 25(3), 223-230. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jonm.12457>

Guo, Y. F., Luo, Y. H., Lam, L., Cross, W., Plummer, V. & Zhang, J. (2018). Burnout and its association with resilience in nurses: A cross-sectional study. *Journal of clinical*

nursing, 27(1-2), 441-449. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jsr.12872>

Haan, N. (1977). *Coping and defending: Processes of self-environment organization*.

Academic Press.

Haase, J. E. & Peterson, S. J. (2013). Resilience. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Hrsg.),

Middle range theories: Application to nursing research (Bd. 3, S. 256-284). Wolters

Kluwers/Lippincott Williams & Wilkins.

- Halekoh, U. & Højsgaard, S. (2014). A kenward-roger approximation and parametric bootstrap methods for tests in linear mixed models—the R package pbkrtest. *Journal of statistical software*, 59(9), 1-30. <https://doi.org/https://doi.org/10.18637/jss.v059.i09>
- Harkin, B., Webb, T. L., Chang, B. P., Prestwich, A., Conner, M., Kellar, I., Benn, Y. & Sheeran, P. (2016). Does monitoring goal progress promote goal attainment? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological bulletin*, 142(2), 198-229. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/bul0000025>
- Hart, P. L., Brannan, J. D. & De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of nursing management*, 22(6), 720-734. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01485.x>
- Haupt, M.-L., Linden, M. & Strauß, B. (2012). Definition und Klassifikation von Psychotherapie-Nebenwirkungen. In M. Linden & B. Strauß (Hrsg.), *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung* (S. 1-14). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Hayes, S. C. & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process - based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245-246. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20442>
- Hayes, S. C. & Hofmann, S. G. (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications.

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: Second addition, the process and practice of mindful change*. Guilford.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G. & Strosahl, K. D. (2014). *Akzeptanz-& Commitment-Therapie: Achtsamkeitsbasierte Veränderungen in Theorie und Praxis*. Junfermann.
- Hayter, M. & Dorstyn, D. (2014). Resilience, self-esteem and self-compassion in adults with spina bifida. *Spinal cord*, 52(2), 167-171.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1038/sc.2013.152>
- Heim, E. (1979). Coping oder Anpassungsvorgänge in der psychosomatischen Medizin. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 251-262.
- Heinen, M. M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., Ensio, A., Sjetne, I. S., Casbas, T. M. & Ball, J. (2013). Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries. *International journal of nursing studies*, 50(2), 174-184.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019>
- Helmreich, I., Kunzler, A., Chmitorz, A., König, J., Binder, H., Wessa, M. & Lieb, K. (2017). Psychological interventions for resilience enhancement in adults. *The Cochrane*

Database of Systematic Reviews, 2017(2).

<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/14651858.CD012527>

Herzberg, P. Y. (2016). Rosenberg Skala zum Selbstwertgefühl (Rosenberg Self-Esteem-Scale). In K. Geue, B. Strauß & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (Bd. 3, S. 417-419). Hogrefe.

Hinz, A., Schumacher, J., Albani, C., Schmid, G. & Brähler, E. (2006).

Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *Diagnostica, 52(1)*, 26-32.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1026/0012-1924.52.1.26>.

Hirt, E. R., Devers, E. E. & McCrea, S. M. (2008). I want to be creative: Exploring the role of hedonic contingency theory in the positive mood-cognitive flexibility link. *Journal of personality and social psychology, 94(2)*, 214-230.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0022-3514.94.2.94.2.214>

Hoge, E. A., Austin, E. D. & Pollack, M. H. (2007). Resilience: research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depression and anxiety, 24(2)*, 139-152. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/da.20175>

Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Brennan, P. L. & Schutte, K. K. (2005). Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: a 10-year model. *Journal of consulting and clinical psychology, 73(4)*, 658-666.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.658>

Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R. & Ott, U. (2011).

How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on psychological science*, 6(6), 537-559. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1745691611419671>

Hoyer, J., Wiltink, J., Hiller, W., Miller, R., Salzer, S., Sarnowsky, S., Stangier, U., Strauss, B., Willutzki, U. & Leibing, E. (2016). Baseline Patient Characteristics Predicting Outcome and Attrition in Cognitive Therapy for Social Phobia: Results from a Large Multicentre Trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(1), 35-46.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/cpp.1936>

Ionescu, T. (2012). Exploring the nature of cognitive flexibility. *New Ideas in Psychology*,

30(2), 190-200. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2011.11.001>

Jackson, D., Firtko, A. & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of advanced nursing*, 60(1), 1-9. [https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-](https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x)

[2648.2007.04412.x](https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x)

Jacobson, E. (1973). *Das Selbst und die Welt der Objekte*. Suhrkamp.

Jacobson, E. (2019). *Entspannung als Therapie: Progressive Relaxation in Theorie und Praxis* (9. Aufl.). München.

Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (2016). Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung.

In K. Geue, B. Strauß & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* Hogrefe.

Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E. & Thoresen, C. J. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of personality and social psychology*, 83(3), 693-710.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.3.693>

Jungclaussen, I. (2018). *Handbuch Psychotherapie-Antrag* (2. Aufl.). Schattauer.

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47.

[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)

Kalisch, R., Baker, D. G., Basten, U., Boks, M. P., Bonanno, G. A., Brummelman, E., Chmitorz, A., Fernández, G., Fiebach, C. J. & Galatzer-Levy, I. (2017). The resilience framework as a strategy to combat stress-related disorders. *Nature human behaviour*, 1(11), 784-790. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41562-017-0200-8>

Kalisch, R., Köber, G., Binder, H., Ahrens, K. F., Basten, U., Chmitorz, A., Fiebach, C., Goldbach, N., Horstmann, R. & Kampa, M. (2020). A generic solution for the operationalization and measurement of resilience and resilience processes in

longitudinal observations: rationale and basic design of the MARP and LORA studies.

<https://doi.org/10.31234/osf.io/jg238>

Kalisch, R., Müller, M. B. & Tüscher, O. (2015). A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, e92.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0140525X1400082X>[Opens

Kaluza, G. (2011). *Stressbewältigung*. Springer.

Kaluza, G. (2014). *Salute! Was die Seele stark macht*. Klett-Cotta.

Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C. & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of behavioral medicine*, 4(1), 1-39. <https://doi.org/10.1007/bf00844845>

Kashdan, T. B. & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865-878.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>

Kazantzis, N., Luong, H. K., Usatoff, A. S., Impala, T., Yew, R. Y. & Hofmann, S. G.

(2018). The Processes of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses.

Cognitive Therapy and Research, 42(4), 349-357. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9920-y>

- Keller, S. M., Berryman, P. & Lukes, E. (2009). Effects of extended work shifts and shift work on patient safety, productivity, and employee health. *Aaohn Journal*, 57(12), 497-504. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/216507990905701204>
- Kernberg, O. F. (1981). Structural interviewing. *Psychiatric clinics*, 4(1), 169-195. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(18\)30944-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/s0193-953x(18)30944-4)
- Khoshnazary, S., Hosseini, M., Fallahi Khoshknab, M. & Bakhshi, E. (2016). The Effect of Emotional Intelligence (EI) Training on Nurses' Resiliency in Department of Psychiatry. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 3(4), 28-37.
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E. & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 519-528. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>
- Kim, Y., Lee, E. & Lee, H. (2019). Association between workplace bullying and burnout, professional quality of life, and turnover intention among clinical nurses. *PLoS one*, 14(12), e0226506. <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226506>
- Klaiberg, A., Schumacher, J. & Brähler, E. (2004). General Health Questionnaire 28 (GHQ-28): Teststatistische Überprüfung einer deutschen Version in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie Psychotherapie*, 52, 31-42.

- Klatt, M. S., Beth & Duchemin, A.-M. (2015). Mindfulness in Motion (MIM): An Onsite Mindfulness Based Intervention (MBI) for Chronically High Stress Work Environments to Increase Resiliency and Work Engagement. *JoVE*(101), e52359. <https://doi.org/10.3791/52359>
- Klein, E. M., Brähler, E., Dreier, M., Reinecke, L., Müller, K. W., Schmutzer, G., Wölfling, K. & Beutel, M. E. (2016). The German version of the Perceived Stress Scale – psychometric characteristics in a representative German community sample. *BMC Psychiatry*, 16(1), 159. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0875-9>
- Knoll, N., Rieckmann, N. & Schwarzer, R. (2005). Coping as a mediator between personality and stress outcomes: a longitudinal study with cataract surgery patients. *European Journal of Personality*, 19(3), 229-247. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/per.546>
- Krägeloh, C. U. (2011). A Systematic Review of Studies Using the Brief COPE: Religious Coping in Factor Analyses. *Religions*, 2(3), 216-246. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/rel2030216>
- Krägeloh, C. U., Henning, M. A., Medvedev, O. N., Feng, X. J., Moir, F., Billington, R. & Siegert, R. J. (2019). *Mindfulness-based Intervention Research: Characteristics, Approaches, and Developments*. Routledge.
- Krohne, H., Egloff, B., Kohlmann, C.-W. & Tausch, A. (1996). Untersuchungen mit einer deutschen Version der "Positive and Negative Affect Schedule" (PANAS). *Diagnostica*, 42(2), 139-156. <https://doi.org/10.1037/t49650-000>

Krueger, C. & Tian, L. (2004). A Comparison of the General Linear Mixed Model and Repeated Measures ANOVA Using a Dataset with Multiple Missing Data Points.

Biological Research For Nursing, 6(2), 151-157.

<https://doi.org/10.1177/1099800404267682>

Kunzler, A. M., Helmreich, I., Chmitorz, A., König, J., Binder, H., Wessa, M. & Lieb, K. (2020). Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals.

Cochrane Database of Systematic Reviews(7).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012527.pub2>

Kuznetsova, A., Brockhoff, P. B. & Christensen, R. H. (2017). lmerTest package: tests in linear mixed effects models. *Journal of statistical software*, 82(13), 1-26.

<https://doi.org/https://doi.org/10.18637/jss.v082.i13>

Lammers, C. H. (2011). *Emotionsbezogene Psychotherapie: Grundlagen, Strategien und Techniken* (2. Aufl.). Schattauer.

Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion.

American psychologist, 46(8), 819-834. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0003-066x.46.8.819>

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.

Lebares, C. C., Hershberger, A. O., Guvva, E. V., Desai, A., Mitchell, J., Shen, W., Reilly, L. M., Delucchi, K. L., O'Sullivan, P. S., Ascher, N. L. & Harris, H. W. (2018).

Feasibility of Formal Mindfulness-Based Stress-Resilience Training Among Surgery Interns: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surgery*, 153(10), e182734-e182734.

<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.2734>

Lee, H.-F., Kuo, C.-C., Chien, T.-W. & Wang, Y.-R. (2016). A meta-analysis of the effects of coping strategies on reducing nurse burnout. *Applied nursing research*, 31, 100-110.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.01.001>

Lee, J. H., Nam, S. K., Kim, A. R., Kim, B., Lee, M. Y. & Lee, S. M. (2013). Resilience: a meta - analytic approach. *Journal of Counseling & Development*, 91(3), 269-279.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2013.00095.x>

Lee, T. W. & Ko, Y. K. (2010). Effects of self - efficacy, affectivity and collective efficacy on nursing performance of hospital nurses. *Journal of advanced nursing*, 66(4), 839-

848. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05244.x>

Lehr, D., Schmitz, E. & Hillert, A. (2008). Bewältigungsmuster und psychische Gesundheit: eine clusteranalytische Untersuchung zu Bewältigungsmustern im Lehrerberuf.

Zeitschrift für Arbeits-und Organisationspsychologie A&O, 52(1), 3-16.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1026/0932-4089.52.1.3>

Leppin, A. L., Bora, P. R., Tilburt, J. C., Gionfriddo, M. R., Zeballos-Palacios, C., Duloher, M. M., Sood, A., Erwin, P. J., Brito, J. P., Boehmer, K. R. & Montori, V. M. (2014).

The Efficacy of Resiliency Training Programs: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials. *PLoS one*, 9(10), e111420.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111420>

Levin, L. S. & Idler, E. L. (1983). Self-care in health. *Annual review of public health*, 4(1), 181-201.

Li, H., Cheng, B. & Zhu, X. P. (2018). Quantification of burnout in emergency nurses: A systematic review and meta-analysis. *International emergency nursing*, 39, 46-54.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.005>

Li, L., Ai, H., Gao, L., Zhou, H., Liu, X., Zhang, Z., Sun, T. & Fan, L. (2017). Moderating effects of coping on work stress and job performance for nurses in tertiary hospitals: a cross-sectional survey in China. *BMC health services research*, 17(1), 401.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-017-2348-3>

Li, S. Y. H. & Bressington, D. (2019). The effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, and stress in older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(3), 635-656.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inm.12568>

Lim, J., Bogossian, F. & Ahern, K. (2010). Stress and coping in Australian nurses: a systematic review. *International Nursing Review*, 57(1), 22-31.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00765.x>

Lin, L., He, G., Yan, J., Gu, C. & Xie, J. (2019). The Effects of a Modified Mindfulness-Based Stress Reduction Program for Nurses: A Randomized Controlled Trial.

Workplace Health & Safety, 67(3), 111-122.

<https://doi.org/10.1177/2165079918801633>

Lin, L., Liu, X. & He, G. (2020). Mindfulness and Job Satisfaction Among Hospital Nurses:

The Mediating Roles of Positive Affect and Resilience. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 58(6), 46-55.

<https://doi.org/https://doi.org/10.3928/02793695-20200406-03>

Linden, M., Walter, M., Fritz, K. & Muschalla, B. (2015). Unerwünschte Therapiewirkungen bei verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie. *Der Nervenarzt*, 86(11), 1371-1382.

<https://doi.org/10.1007/s00115-015-4297-6>

Linz, S., Helmreich, I., Kunzler, A., Chmitorz, A., Lieb, K. & Kubiak, T. (2020).

Interventionen zur Resilienzförderung bei Erwachsenen. *PPmP-Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische Psychologie*, 70(1), 11-21.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1055/a-0830-4745>

Liu, C., Chen, X., Song, P., Lu, A., Wang, L., Zhang, X., Huang, Z. & Zheng, D. (2018).

Relationship between childhood emotional abuse and self-esteem: A dual mediation model of attachment. *Social Behavior and Personality: an international journal*,

46(5), 793-800. <https://doi.org/https://doi.org/10.2224/sbp.6655>

- Lo, W.-Y., Chien, L.-Y., Hwang, F.-M., Huang, N. & Chiou, S.-T. (2018). From job stress to intention to leave among hospital nurses: A structural equation modelling approach. *Journal of advanced nursing*, 74(3), 677-688.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.13481>
- Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lucas, R. E., Diener, E. & Suh, E. (1996, Sep). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of personality and social psychology*, 71(3), 616-628.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.71.3.616>
- Luszczynska, A., Benight, C. C. & Cieslak, R. (2009). Self-efficacy and health-related outcomes of collective trauma: A systematic review. *European Psychologist*, 14(1), 51-62. <https://doi.org/https://doi.org/10.1027/1016-9040.14.1.51>
- Luszczynska, A., Gutiérrez - Doña, B. & Schwarzer, R. (2005). General self - efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International journal of Psychology*, 40(2), 80-89. <https://doi.org/https://doi.org/10.1027/1016-9040.14.1.51>
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A Synthesis of Research across five decades. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Hrsg.), *Developmental psychopathology: Risk*,

disorder, and adaption (2. Aufl., S. 739-795). Wiley.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9780470939406.ch20>

Luthar, S. S. & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and psychopathology*, 12(4), 857.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1017/s0954579400004156>

Luthar, S. S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543-562.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>

Luthar, S. S., Curlee, A., Tye, S. J., Engelman, J. C. & Stonnington, C. M. (2017). Fostering resilience among mothers under stress: “Authentic Connections Groups” for medical professionals. *Women's Health Issues*, 27(3), 382-390.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.02.007>

Macedo, T., Wilhelm, L., Gonçalves, R., Coutinho, E. S. F., Vilete, L., Figueira, I. & Ventura, P. (2014). Building resilience for future adversity: a systematic review of interventions in non-clinical samples of adults. *BMC Psychiatry*, 14(1), 227.

<https://doi.org/10.1186/s12888-014-0227-6>

Mache, S., Baresi, L., Bernburg, M., Vitzthum, K. & Groneberg, D. (2017). Being prepared to work in Gynecology Medicine: evaluation of an intervention to promote junior gynecologists professionalism, mental health and job satisfaction. *Archives of*

Gynecology and Obstetrics, 295(1), 153-162. <https://doi.org/10.1007/s00404-016-4223-6>

MacKenzie, K. R. (1981). Measurement of Group Climate. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31(3), 287-295. <https://doi.org/10.1080/00207284.1981.11491708>

MacKenzie, K. R. (1983). The clinical application of a group climate measure. In R. R. Dies & K. R. MacKenzie (Hrsg.), *Advances in group psychotherapy: Integrating research and practice* (S. 159-170). International Universities Press.

MacKenzie, K. R. (1997). *Time-managed group psychotherapy: Effective clinical applications*. American Psychiatric Press.

Mark, G. & Smith, A. P. (2012). Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *British journal of health psychology*, 17(3), 505-521. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02051.x>

Mayorga, M. G., Devries, S. R. & Wardle, E. A. (2015). The Practice of Self-Care among Counseling Students. *Journal on Educational Psychology*, 8(3), 21-28.

McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L. & Vickers, M. (2013). Personal resilience in nurses and midwives: Effects of a work-based educational intervention. *Contemporary Nurse*, 45(1), 134-143. <https://doi.org/10.5172/conu.2013.45.1.134>

McRae, K. & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 1-9.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/emo0000703>

Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C. J., Rothbaum, B. & Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses.

Depression and anxiety, 26(12), 1118-1126.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/da.20631>

Mealer, M., Jones, J. & Meek, P. (2017). Factors Affecting Resilience and Development of Posttraumatic Stress Disorder in Critical Care Nurses. *American Journal of Critical Care*, 26(3), 184-192. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017798>

Mealer, M., Shelton, A., Berg, B., Rothbaum, B. & Moss, M. (2007). Increased Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Critical Care Nurses. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(7), 693-697.

<https://doi.org/10.1164/rccm.200606-735OC>

Melnyk, B. M., Morrison-Beedy, D. & Moore, S. M. (2012). Nuts and bolts of designing intervention studies. In B. M. Melnyk & D. Morrison-Beedy (Hrsg.), *Intervention research: Designing, conducting, analyzing, and funding* (S. 37-63). Springer Publishing.

Melvin, C. S. (2015). Historical Review in Understanding Burnout, Professional Compassion Fatigue, and Secondary Traumatic Stress Disorder From a Hospice and Palliative

Nursing Perspective. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 17(1), 66-72.

<https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000126>

Mentzos, S. (2017). *Lehrbuch der Psychodynamik: Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen*. Vandenhoeck & Ruprecht.

Meyer, W.-U. (2003). *Einige grundlegende Annahmen und Konzepte der Attributionstheorie*.

<http://www.uni-bielefeld.de/psychologie/ae/AE02/LEHRE/Attributionstheorie.pdf>

Michie, S. & Williams, S. (2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(1), 3-9. <https://doi.org/10.1136/oem.60.1.3>

Miller, S. M. (1987). Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of personality and social psychology*, 52(2), 345–353. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.2.345>

Mills, J., Wand, T. & Fraser, J. (2015). On self-compassion and self-care in nursing: Selfish or essential for compassionate care?(Guest Editorial). *International journal of nursing studies*, 52(4), 791-793. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.10.009>

Mistretta, E. G., Davis, M. C., Temkit, M. h., Lorenz, C., Darby, B. & Stonnington, C. M. (2018). Resilience Training for Work-Related Stress Among Health Care Workers: Results of a Randomized Clinical Trial Comparing In-Person and Smartphone-

Delivered Interventions. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(6), 559-568. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000001285>

Morrison-Beedy, D. & Visovsky, C. (2012). Participant recruitment and retention. In B. M. Melnyk & D. Morrison-Beedy (Hrsg.), *Intervention research: Designing, Conducting, Analyzing, and Funding* (S. 193-212). Springer Publishing.

Mummendey, H. D. (2006). *Psychologie des „Selbst“*. Hogrefe.

Nakagawa, S., Johnson, P. C. & Schielzeth, H. (2017). The coefficient of determination R^2 and intra-class correlation coefficient from generalized linear mixed-effects models revisited and expanded. *Journal of The Royal Society Interface*, 14(134), 20170213. <https://doi.org/10.1098/rsif.2017.0213>

Nakagawa, S. & Schielzeth, H. (2013). A general and simple method for obtaining R^2 from generalized linear mixed-effects models. *Methods in Ecology and Evolution*, 4(2), 133-142. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.2041-210x.2012.00261.x>

Neff, K. D. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>

Nezu, A. M. & Nezu, C. M. (2019). *Emotion-centered problem-solving therapy: Treatment guidelines*. Springer Publishing.

- Nezu, A. M., Nezu, C. M. & D'Zurilla, T. (2012). *Problem-solving therapy: A treatment manual*. Springer Publishing.
- Nezu, A. M. & Perri, M. G. (1989). Social problem-solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(3), 408-413. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.3.408>
- Nguyen, D. T., Wright, E. P., Dedding, C., Pham, T. T. & Bunders, J. (2019). Low Self-Esteem and Its Association With Anxiety, Depression, and Suicidal Ideation in Vietnamese Secondary School Students: A Cross-Sectional Study [Original Research]. *Frontiers in Psychiatry*, 10(698). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00698>
- Nielsen, K., Yarker, J., Randall, R. & Munir, F. (2009). The mediating effects of team and self-efficacy on the relationship between transformational leadership, and job satisfaction and psychological well-being in healthcare professionals: A cross-sectional questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 46(9), 1236-1244. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.03.001>
- Nilges, P. & Essau, C. (2015). Die Depressions-Angst-Stress-Skalen. *Der Schmerz*, 29(6), 649-657. <https://doi.org/10.1007/s00482-015-0019-z>
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2019). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (3. Aufl.). Oxford University Press.

Olbrich, E. (1990). Methodischer Zugang zur Erfassung von Coping—Fragebogen oder Interview? In *Krankheitsverarbeitung* (S. 53-77). Springer.

Parola, A., Berardinelli, L. & Bosco, F. M. (2018). Cognitive abilities and theory of mind in explaining communicative-pragmatic disorders in patients with schizophrenia.

Psychiatry Research, 260, 144-151.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.051>

Pavot, W. & Diener, E. (2009). Review of the satisfaction with life scale. In E. Diener

(Hrsg.), *Assessing well-being* (Bd. 39, S. 101-117). Springer.

https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4_5

Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R. & Sandvik, E. (1991). Further Validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the Cross-Method Convergence of Well-Being Measures. *Journal of personality assessment*, 57(1), 149-161.

https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5701_17

Payne, B. K., Cheng, C. M., Govorun, O. & Stewart, B. D. (2005). An inkblot for attitudes: affect misattribution as implicit measurement. *Journal of personality and social*

psychology, 89(3), 277-293. [https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0022-](https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.3.277)

[3514.89.3.277](https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.3.277)

Perpiñá, C., Segura, M. & Sánchez-Reales, S. (2017). Cognitive flexibility and decision-making in eating disorders and obesity. *Eating and Weight Disorders - Studies on*

Anorexia, Bulimia and Obesity, 22(3), 435-444. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0331-3>

Petersen, L.-E., Stahlberg, D. & Frey, D. (2006). Selbstwertgefühl. In H. W. Bierhoff & D. Frey (Hrsg.), *Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie* (S. 40-48). Hogrefe.

Pietschnig, J., Gittler, G., Stieger, S., Forster, M., Gadek, N., Gartus, A., Kocsis-Bogar, K., Kubicek, B., Lüftenegger, M., Olsen, J., Prem, R., Ruiz, N., Serfas, B. G. & Voracek, M. (2018). Indirect (implicit) and direct (explicit) self-esteem measures are virtually unrelated: A meta-analysis of the initial preference task. *PLoS one*, 13(9), e0202873. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202873>

Pisanti, R., Lombardo, C., Lucidi, F., Lazzari, D. & Bertini, M. (2008). Development and validation of a brief Occupational Coping Self-Efficacy Questionnaire for Nurses. *Journal of advanced nursing*, 62(2), 238-247. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04582.x>

Powell, M. J., Froggatt, K. & Giga, S. (2020). Resilience in inpatient palliative care nursing: a qualitative systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 10(1), 79-90. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001693>

Prosser, S. J., Metzger, M. & Gulbransen, K. (2017). Don't Just Survive, Thrive: Understanding How Acute Psychiatric Nurses Develop Resilience. *Archives of*

Psychiatric Nursing, 31(2), 171-176.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.010>

Prystav, G. (1981). Psychologische Copingforschung: Konzeptbildungen, Operationalisierungen und Messinstrumente. *Diagnostica*, 27(3), 189-214.

R Core Team. (2020). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>.

Rainbow, J. G. & Steege, L. M. (2017). Presenteeism in nursing: An evolutionary concept analysis. *Nursing Outlook*, 65(5), 615-623.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.03.005>

Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilende Kraft*. Klett-Cotta.

Reed, D. J. (2016). Coping with occupational stress: the role of optimism and coping flexibility. *Psychology research and behavior management*, 9, 71-79.

<https://doi.org/10.2147/PRBM.S97595>

Rees, C. S., Heritage, B., Osseiran-Moisson, R., Chamberlain, D., Cusack, L., Anderson, J., Terry, V., Rogers, C., Hemsworth, D., Cross, W. & Hegney, D. G. (2016). Can We Predict Burnout among Student Nurses? An Exploration of the ICWR-1 Model of Individual Psychological Resilience [Original Research]. *Frontiers in psychology*, 7(1072). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01072>

- Ren, Y., Zhou, Y., Wang, S., Luo, T., Huang, M. & Zeng, Y. (2018). Exploratory study on resilience and its influencing factors among hospital nurses in Guangzhou, China. *International journal of nursing sciences*, 5(1), 57-62.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.11.001>
- Richards, K. (2013). Self-care is a lifelong journey. *Nursing Economics*, 31(4), 198.
- Richards, K., Campenni, C. & Muse-Burke, J. (2011). Self-care and Well-being in Mental Health Professionals: The Mediating Effects of Self-awareness and Mindfulness. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(3), 247-264.
<https://doi.org/10.17744/mehc.32.3.0n31v88304423806>
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jclp.10020>
- Rizo-Baezea, M., Mendiola - Infante, S. V., Sepehri, A., Palazón - Bru, A., Gil - Guillén, V. F. & Cortés - Castell, E. (2018). Burnout syndrome in nurses working in palliative care units: An analysis of associated factors. *Journal of nursing management*, 26(1), 19-25. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jonm.12506>
- Robertson, I. T., Cooper, C. L., Sarkar, M. & Curran, T. (2015). Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: A systematic review. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 88(3), 533-562.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/joop.12120>

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton university Press.

Rosenthal, S. A., Hooley, J. M., Montoya, R. M., van der Linden, S. L. & Steshenko, Y. (2020). The Narcissistic Grandiosity Scale: A Measure to Distinguish Narcissistic Grandiosity From High Self-Esteem. *Assessment*, 27(3), 487-507.
<https://doi.org/10.1177/1073191119858410>

Ross, A., Touchton-Leonard, K., Perez, A., Wehrlen, L., Kazmi, N. & Gibbons, S. (2019). Factors that influence health-promoting self-care in registered nurses: Barriers and facilitators. *Advances in Nursing Science*, 42(4), 358-373.
<https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000274>

Ross, C. A., Berry, N. S., Smye, V. & Goldner, E. M. (2018). A critical review of knowledge on nurses with problematic substance use: The need to move from individual blame to awareness of structural factors. *Nursing inquiry*, 25(2), e12215.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nin.12215>

Rougier, N. P., Noelle, D. C., Braver, T. S., Cohen, J. D. & O'Reilly, R. C. (2005). Prefrontal cortex and flexible cognitive control: Rules without symbols. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102(20), 7338-7343.
<https://doi.org/10.1073/pnas.0502455102>

Rudolf, G. (2014). *Psychodynamische Psychotherapie: Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*. Schattauer.

Ruggeri, K., Eduardo, G.-G., Áine, M., Sandra, M. & Felicia, H. (2020). Well-being is more than happiness and life satisfaction: A multidimensional analysis of 21 countries.

Health and quality of life outcomes, 18(1), 192.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12955-020-01423-y>

Russo, C., Calo, O., Harrison, G., Mahoney, K. & Zavotsky, K. E. (2018). Resilience and Coping After Hospital Mergers. *Clinical nurse specialist*, 32(2), 97-102.

<https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000358>

Rutten, B. P., Hammels, C., Geschwind, N., Menne - Lothmann, C., Pishva, E., Schruers, K.,

Van Den Hove, D., Kenis, G., van Os, J. & Wichers, M. (2013). Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(1), 3-20.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/acps.12095>

Rutter, M. (1985). Resilience in the Face of Adversity: Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598-611.

<https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>

Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and psychopathology*,

24(2), 335-344. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000028>

Salyers, M. P., Bonfils, K. A., Luther, L., Firmin, R. L., White, D. A., Adams, E. L. &

Rollins, A. L. (2017). The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: a meta-analysis. *Journal of general internal medicine*, 32(4),

475-482. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11606-016-3886-9>

- Sandler, J., Dare, C. & Holder, A. (2001). *Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie* (8. Aufl.). Klett-Cotta.
- Sarubin, N., Gutt, D., Giegling, I., Bühner, M., Hilbert, S., Krähenmann, O., Wolf, M., Jobst, A., Sabaß, L. & Rujescu, D. (2015). Erste Analyse der psychometrischen Eigenschaften und Struktur der deutschsprachigen 10- und 25-Item Version der Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23(2), 112-122. <https://doi.org/https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000142>
- Scheffer, M., Bolhuis, J. E., Borsboom, D., Buchman, T. G., Gijzel, S. M. W., Goulson, D., Kammenga, J. E., Kemp, B., van de Leemput, I. A., Levin, S., Martin, C. M., Melis, R. J. F., van Nes, E. H., Romero, L. M. & Olde Rikkert, M. G. M. (2018). Quantifying resilience of humans and other animals. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(47), 11883-11890. <https://doi.org/10.1073/pnas.1810630115>
- Scherer, K. R. (2005). What are emotions? And how can they be measured? *Social Science Information*, 44(4), 695-729. <https://doi.org/10.1177/0539018405058216>
- Schluter, P., Turner, C., Huntington, A., Bain, C. & McClure, R. J. (2011). Work/life balance and health: the Nurses and Midwives e - cohort study. *International Nursing Review*, 58(1), 28-36. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.011>

Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Zhang, X. C. & Margraf, J. (2019). Self-Efficacy as a Mechanism Linking Daily Stress to Mental Health in Students: A Three-Wave Cross-Lagged Study. *Psychological Reports, 122*(6), 2074-2095.

<https://doi.org/10.1177/0033294118787496>

Schultz-Venrath, U. & Felsberger, H. (2016). *Mentalisieren in Gruppen: Mentalisieren in Klinik und Praxis*. Klett-Cotta.

Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Hogrefe.

Schüßler, G. (2002). Konflikt. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (2. Aufl., S. 385-389). Kohlhammer.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen*. Freie Universität Berlin.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen, Zeitschrift für Pädagogik Beiheft 44*, 28-53.

Schwarzer, R. & Warner, L. M. (2013). Perceived self-efficacy and its relationship to resilience. In *Resilience in children, adolescents, and adults* (S. 139-150). Springer.

- Semmer, N. K. & Mohr, G. (2001). Arbeit und Gesundheit: Konzepte und Ergebnisse der arbeitspsychologischen Stressforschung. *Psychologische Rundschau*, 52(3), 150-158.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1026//0033-3042.52.3.150>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of clinical psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Slatyer, S., Craigie, M., Heritage, B., Davis, S. & Rees, C. (2018). Evaluating the effectiveness of a brief mindful self-care and resiliency (MSCR) intervention for nurses: A controlled trial. *Mindfulness*, 9, 534-546.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s12671-017-0795-x>
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine*, 15, 194-200.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
- Sölva, M., Baumann, U. & Lettner, K. (1995). Wohlbefinden: Definitionen, Operationalisierungen, empirische Befunde. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 4, 292-309.

- Sood, A., Prasad, K., Schroeder, D. & Varkey, P. (2011). Stress management and resilience training among Department of Medicine faculty: a pilot randomized clinical trial. *Journal of general internal medicine*, 26(8), 858-861. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1640-x>
- Sood, A., Sharma, V., Schroeder, D. R. & Gorman, B. (2014). Stress Management and Resiliency Training (SMART) Program among Department of Radiology Faculty: A Pilot Randomized Clinical Trial. *EXPLORE*, 10(6), 358-363. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.explore.2014.08.002>
- Southwick, S. M. & Charney, D. S. (2018). *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges*. Cambridge University Press.
- Sowislo, J. F. & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, 139(1), 213-240. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/a0028931>
- Stahl, S. (2015). *Das Kind in dir muss Heimat finden: der Schlüssel zur Lösung (fast) aller Probleme*. Kailash.
- Stainton, A., Chisholm, K., Kaiser, N., Rosen, M., Upthegrove, R., Ruhrmann, S. & Wood, S. J. (2019). Resilience as a multimodal dynamic process. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(4), 725-732. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/eip.12726>

- Steinhardt, M. & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American college health, 56*(4), 445-453.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3200/JACH.56.44.445-454>
- Stern, D. N. (2012). *Veränderungsprozesse: Ein integratives Paradigma*. Brandes & Apsel.
- Subic-Wrana, C., Thomas, W., Huber, M. & Köhle, K. (2001). Levels of emotional awareness scale (LEAS). *Psychotherapeut, 46*(3), 176-181.
- Suleiman-Martos, N., Gomez-Urquiza, J. L., Aguayo-Estremera, R., Cañadas-De La Fuente, G. A., De La Fuente-Solana, E. I. & Albendín-García, L. (2020). The effect of mindfulness training on burnout syndrome in nursing: A systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing, 76*(5), 1124-1140.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.14318>
- Sumer, N., Karanci, A. N., Berument, S. K. & Gunes, H. (2005). Personal resources, coping self-efficacy, and quake exposure as predictors of psychological distress following the 1999 earthquake in Turkey. *Journal of Traumatic Stress, 18*(4), 331-342.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jts.20032>
- Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K. & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience, 16*(4), 213-225.
<https://doi.org/10.1038/nrn3916>

Taubner, S. (2015). *Konzept Mentalisieren: Eine Einführung in Forschung und Praxis*.

Psychosozial-Verlag.

Uexküll, T. v. & Wesiack, W. (1988). *Theorie der Humanmedizin: Grundlagen ärztlichen*

Denkens und Handelns. Urban und Schwarzenberg.

Vahey, D., Aiken, L., Sloane, D., Clarke, S. & Vargas-Chanes, D. (2004). Nurse Burnout and Patient Satisfaction. *Medical care*, 42, II57-66.

<https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5a>

Van Bogaert, P., Timmermans, O., Weeks, S. M., van Heusden, D., Wouters, K. & Franck, E.

(2014). Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events—A cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, 51(8), 1123-1134.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.009>

Van, H. L., Schoevers, R. A. & Dekker, J. (2008). Predicting the Outcome of Antidepressants and Psychotherapy for Depression: A Qualitative, Systematic Review. *Harvard*

Review of Psychiatry, 16(4), 225-234. <https://doi.org/10.1080/10673220802277938>

Vancouver, J. B., Gullekson, N. L., Morse, B. J. & Warren, M. A. (2014). Finding a

Between-Person Negative Effect of Self-Efficacy on Performance: Not Just a Within-Person Effect Anymore. *Human Performance*, 27(3), 243-261.

<https://doi.org/10.1080/08959285.2014.913593>

- Vanhove, A. J., Herian, M. N., Perez, A. L. U., Harms, P. D. & Lester, P. B. (2016). Can resilience be developed at work? A meta-analytic review of resilience-building programme effectiveness. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 89(2), 278-307. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/joop.12123>
- Wagnild, G. M. & Young, H. M. (1993). Development and psychometric. *Journal of nursing measurement*, 1(2), 165-17847.
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2. Aufl.). Routledge.
- Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063-1070. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Wenzel, A., Dobson, K. S. & Hays, P. A. (2016). *Cognitive behavioral therapy techniques and strategies*. American Psychological Association.
- Werneburg, B. L., Jenkins, S. M., Friend, J. L., Berkland, B. E., Clark, M. M., Rosedahl, J. K., Preston, H. R., Daniels, D. C., Riley, B. A., Olsen, K. D. & Sood, A. (2018). Improving Resiliency in Healthcare Employees. *American Journal of Health Behavior*, 42(1), 39-50. <https://doi.org/10.5993/AJHB.42.1.4>

- Werner, E. E. (1995). Resilience in development. *Current directions in psychological science*, 4(3), 81-84.
- Whittemore, R. & Grey, M. (2002). The Systematic Development of Nursing Interventions. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(2), 115-120.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2002.00115.x>
- Willmott, S., Boardman, J., Henshaw, C. & Jones, P. (2008). The predictive power and psychometric properties of the General Health Questionnaire (GHQ-28). *Journal of Mental Health*, 17(4), 435-442. <https://doi.org/10.1080/09638230701528485>
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in clinical gerontology*, 21(2), 152-169. <https://doi.org/10.1017/S0959259810000420>
- Wöller, W. & Kruse, J. (2018). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Basisbuch und Praxisleitfaden* (5. Aufl.). Schattauer Verlag.
- World Health Organisation. (2020). *Nursing and Midwifery: Fact Sheet*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>
- Wylie, R. C. (1979). *The self-concept* (2. Aufl.). University of Nebraska Press.
- Yang, Y.-K. (2011). A study on burnout, emotional labor, and self-efficacy in nurses. *Journal of Korean academy of nursing administration*, 17(4), 423-431.
<https://doi.org/10.11111/jkana.2011.17.4.423>

- Yehuda, R. & Flory, J. D. (2007). Differentiating biological correlates of risk, PTSD, and resilience following trauma exposure. *Journal of Traumatic Stress, 20*(4), 435-447.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jts.20260>
- Yu, F., Raphael, D., Mackay, L., Smith, M. & King, A. (2019). Personal and work-related factors associated with nurse resilience: a systematic review. *International journal of nursing studies, 93*, 129-140.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.014>
- Zarbo, C., Tasca, G. A., Cattafi, F. & Compare, A. (2016). Integrative Psychotherapy Works. *Frontiers in psychology, 6*(2021). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02021>
- Zeigler-Hill, V. (2006). Discrepancies Between Implicit and Explicit Self-Esteem: Implications for Narcissism and Self-Esteem Instability. *Journal of Personality, 74*(1), 119-144. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00371.x>
- Zhang, L., Yu, Q., Zhang, Q., Guo, Y. & Chen, J. (2020). The relationship between explicit self-esteem and subjective well-being: The moderating effect of implicit self-esteem. *The Journal of General Psychology, 147*(1), 1-17.
<https://doi.org/10.1080/00221309.2019.1609896>
- Zhou, H., Peng, J., Wang, D., Kou, L., Chen, F., Ye, M., Deng, Y., Yan, J. & Liao, S. (2017). Mediating effect of coping styles on the association between psychological capital and psychological distress among Chinese nurses: a cross-sectional study. *Journal of*

Psychiatric and Mental Health Nursing, 24(2-3), 114-122.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jpm.12350>

Ziarko, M., Mojs, E., Sikorska, D. & Samborski, W. (2020). Coping and Life Satisfaction:

Mediating Role of Ego-Resiliency in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Medical*

Principles and Practice, 29(2), 160-165. <https://doi.org/10.1159/000503708>

Anhang A

Studienaufklärungsbroschüre Studie 1

Studienaufklärungsbroschüre

„The New Growth“

Gruppenpsychotherapeutische Intervention zur Förderung von Resilienz für Mitarbeiter in der Krankenpflege

Deutsches Resilienz Zentrum
Deutsches Resilienz Zentrum (DRZ) gGmbH
Untere Zahlbacher Str. 8
55131 Mainz

Studienleitung: Prof. Dr. Klaus Lieb, Prof. Dr. Michèle Wessa
Weitere beteiligte Wissenschaftler: M. Sc. Psych. Gesche Janzarik

Lieber Mitarbeiter, liebe Mitarbeiterin,
vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Studie. Bitte lesen Sie sich diese Studienaufklärungsbroschüre sorgfältig durch. Sie enthält wichtige Informationen zu Ihrer Studienteilnahme. Sie können sich vollkommen frei entscheiden, ob Sie an dieser Studie teilnehmen möchten oder nicht. Sie können Ihre Teilnahme jederzeit beenden. Wenn Sie sich gegen eine Teilnahme entscheiden, hat dies keinerlei Nachteile für Sie. Bitten Sie die Trainingsleitung, Ihnen alles, was Sie nicht verstehen, zu erklären. Sie erhalten von uns eine Kopie dieser Aufklärungsbroschüre. Bitte bewahren Sie diese auf!

Hintergrund der Studie und Studienziele

Der Begriff „Resilienz“ steht für die psychische Widerstandsfähigkeit eines Menschen. Diese wird benötigt, um sich widrigen Lebensumständen anzupassen, persönliche Krisen erfolgreich zu bewältigen und gegebenenfalls sogar gestärkt aus ihnen hervorzugehen. Die heutige Resilienzforschung beschäftigt sich mit der Frage, wie Menschen trotz stressreicher Ereignisse ihre psychische Gesundheit aufrechterhalten oder wieder zurückgewinnen können. Basierend auf Ergebnissen aktueller Forschung in diesem Bereich bieten wir Ihnen ein Trainingsprogramm an, bei dem die Stärkung Ihrer Resilienz im Mittelpunkt steht. Das Ziel des Trainings ist es, Ihre psychische Gesundheit und Ihr Wohlbefinden zu verbessern und zu erhalten. Im Rahmen der vorliegenden Studie möchten wir das Trainingsprogramm evaluieren.

Trainingsaufbau

Entscheiden Sie sich für die Teilnahme an unserer Studie, nehmen Sie an einem Trainingsprogramm teil, welches sich aus acht aufeinander aufbauenden Trainingseinheiten zusammensetzt. Die Trainingseinheiten finden im Abstand von je einer Woche statt. Jede Einheit dauert ca. 120 min. Zusätzlich bearbeiten Sie zwischen den Einheiten kurze schriftliche Übungen in Einzelarbeit, um den Lerninhalt zu vertiefen und einen Transfer in die Praxis zu vereinfachen. Diese dauern ca. 15 min. Das Training findet in Kleingruppen von 8-10 Teilnehmern statt.

Trainingsinhalte

Sie nehmen an einem psychotherapeutischen Training zur Förderung von Resilienz teil. Die interaktiven Trainingseinheiten beinhalten Übungen im Einzel-, Partner- oder Gruppensetting. Im Rahmen der Intervention werden verschiedene psychische Fähigkeiten trainiert, die Ihnen helfen, arbeitsbezogene und private Stressoren besser zu bewältigen und so die Entstehung stressbedingter psychischer Erkrankungen zu vermeiden.

Ablauf der Studie

Im Rahmen der Studie nehmen Sie anonym zu zwei Zeitpunkten (vor und nach dem Training) an einer Fragebogenmessung teil. Dafür bekommen Sie etwa eine Woche vor Trainingsbeginn und am Ende der acht Wochen per Email einen Link zu einem online-Fragebogen zugesandt. Die Beantwortung der Fragen dauert jeweils ca. 45 Minuten. Der Fragebogen erhebt Daten zu Ihrer Resilienz, Ihrer psychischen Gesundheit sowie zu Ihrer Stressbelastung und misst deren Veränderung über die Zeit hinweg. Zudem werden Ihnen bei der ersten Messung noch Fragen zu Soziodemographie, Lebensstil und zu möglichen Vorerkrankungen gestellt. Das Trainingsprogramm ist für Sie kostenfrei, die Teilnahme an den Sitzungen wird für die Aufwandsentschädigung angerechnet.

Risiken und Nutzen

Die Teilnahme an der Studie dient Ihrem persönlichen Vorteil und birgt keine besonderen Risiken. Sollten für Sie im Rahmen des Trainingsprogramms Schwierigkeiten oder persönliche Probleme auftreten, wenden Sie sich bitte an die Trainingsleitung. Bei der Datenerhebung werden standardisierte Fragebögen aus der psychologischen Forschung verwendet, welche für Sie keine Risiken beinhalten. Ihre Teilnahme ermöglicht uns, mehr über die Wirksamkeit von Resilienzinterventionen zu erfahren und das Training noch besser den Bedürfnissen der Zielgruppe anzupassen.

Aufwandsentschädigung

Für Ihre Teilnahme an der Studie erhalten Sie keine weitere Aufwandsentschädigung.

Teilnahmevoraussetzungen

Das Angebot richtet sich an alle Mitarbeiter in der Krankenpflege. Für eine Teilnahme sollten folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Sie sind älter als 18 Jahre und verfügen über ausreichende Deutschkenntnisse in Wort und Schrift
- Bei Ihnen wurde in der Vergangenheit keine schwerwiegende psychische Erkrankung diagnostiziert (z. B. schwere Depression, Schizophrenie, Bipolare Störung, Persönlichkeitsstörung, Suchterkrankung)
- Sie befinden sich derzeit nicht in psychotherapeutischer Behandlung
- Sie nehmen derzeit keine psychopharmakologischen Medikamente ein oder halten die Medikation über den Verlauf der 8 Wochen stabil
- Sie nehmen keine illegalen Drogen zu sich und konsumieren weniger als 15 Gläser Alkohol pro Woche
- Sie leiden aktuell nicht unter einer schwerwiegenden körperlichen Erkrankung (z. B. Krebserkrankung)
- Sie haben keine körperlichen oder geistigen Einschränkungen, die einer Teilnahme entgegenstehen

Teilnehmersversicherung

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass für diese Studie keine gesonderte Probandenversicherung oder Wegeunfallversicherung abgeschlossen wurde. Probandenversicherungen können wir nur abschließen, wenn dies ausdrücklich von der Ethikkommission empfohlen wird.

Datenschutz (DS-GVO)

Sie werden als Teilnehmer in die Studie erst nach Ihrer schriftlichen Einwilligung aufgenommen. Die studienbezogenen Daten werden streng vertraulich behandelt. Studienbezogene Gesundheitsdaten werden pseudonymisiert (d. h. kodiert ohne Angabe von Namen, Anschrift, Initialen oder Ähnlichem) erhoben, auf Datenträgern gespeichert und vom Studienteam ausgewertet. Sie dienen ausschließlich Forschungszwecken. Die Weitergabe an Dritte einschließlich Publikation erfolgt ausschließlich in anonymisierter Form, d. h. sie können nicht mehr einer einzelnen Person zugeordnet werden. Die Daten können im Falle unerwünschter Ereignisse pseudonymisiert an die Ethikkommission der Ärztekammer Rheinland-Pfalz weitergegeben werden. Die Daten können bei den genannten Stellen für eine Dauer von 10 Jahren gespeichert werden. In Bezug auf personenbezogene Daten, die im Rahmen der Studie erhoben werden, gelten die in der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) am 25. Mai 2018 festgelegten Rechte (Artikel 12 ff. DSGVO). Dementsprechend können Sie gemäß Artikel 18 und 19 DSGVO, §58 BDSG-neu unter bestimmten Voraussetzungen eine Einschränkung der Verarbeitung der von Ihnen erhobenen Daten verlangen, so dass diese zwar gespeichert, aber nicht verarbeitet werden dürfen. Dies müssen Sie jedoch gesondert beim Studienleiter beantragen bzw. sich an den Datenschutzbeauftragten der Universitätsmedizin Mainz wenden (Kontaktinformationen siehe unten). Wir weisen Sie ebenfalls darauf hin, dass sie gemäß der neuen Verordnung ein Recht auf Auskunft (Artikel 15 DSGVO, §§34 und 57 BDSG-neu) haben über die im Rahmen der Studie von Ihnen erhobenen, verarbeiteten und ggf. an Dritte übermittelten personenbezogenen Daten. Ebenso haben Sie ein Recht auf Berichtigung Sie betreffender unrichtiger personenbezogener Daten (Artikel 16 und 19 DSGVO, §58 BDSG-neu). Für die Erhebung der Fragebögen verwenden wir das Online-Tool SoSci Survey und schließen mit diesem Anbieter einen Auftragsverarbeitungsvertrag zum Datenschutz (nach Artikel 28 DS-GVO).

Speicherdauer/weitere Empfänger

Die Daten werden für 10 Jahre nach Studienende aufbewahrt und dann gelöscht. Wir werden die Daten anonymisieren, wenn alle Datensätze erhoben wurden. Auf die pseudonymisierten Datensätze (also mit Probandencode, aber ohne Namen, Anschrift, usw.) können gegebenenfalls weitere Mitarbeiter des Deutschen Resilienz Zentrums gGmbH zugreifen. Weitere Empfänger der pseudonymisierten Datensätze sind gegebenenfalls die Kollaborationspartner der Studie, also die Studienbeteiligten der Universitätsmedizin Mainz und des Gemeinschaftsklinikums Mittelrhein.

Freiwilligkeit

Ihre Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie können die Teilnahme jederzeit und ohne Angabe von Gründen abbrechen. Sie brauchen in keinerlei Hinsicht irgendwelche Nachteile zu befürchten, wenn Sie sich gegen eine Teilnahme entschließen. Auch wenn Sie die Einverständniserklärung bereits unterschrieben haben, können Sie Ihr Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile zurückziehen. Sie haben das Recht, jederzeit Fragen zu stellen über mögliche oder bekannte Risiken, die bei dieser Studie auftreten können. Nutzen Sie dies bitte ausführlich (auch während der Studie), bis Sie sich völlig ausreichend informiert fühlen. Bei Rücktritt von der Studie kann auf Wunsch bereits gewonnenes Datenmaterial vernichtet werden. Sie können sich bei Ausscheiden aus der Studie entscheiden, ob Sie mit der Auswertung des Materials bzw. Ihrer Studiendaten einverstanden sind oder nicht. Sollten Sie zu einem späteren Zeitpunkt Ihre Entscheidung ändern wollen, setzen Sie sich bitte mit der Studienleitung in Verbindung. Sollten Sie Fragen zu Ihren Rechten bei der Teilnahme an dieser Studie haben, setzen Sie sich bitte mit den genannten Kontaktpersonen in Verbindung. Wir werden Sie bitten, sich auf der Einwilligungserklärung (gesondertes Formular) mit der oben beschriebenen Aufzeichnung der Daten im Rahmen der Studie einverstanden zu erklären.

Datenschutz: Kontaktdaten Prüfzentrum

Datenschutzbeauftragte der DRZ gGmbH		Datenschutz-Aufsichtsbehörde	
Name:	Dr. Sandra Zurborg	Name:	Prof. Dr. Dieter Kugelmann
Adresse:	Deutsches Resilienz Zentrum gGmbH Untere Zahlbacher Straße 8 55131 Mainz	Adresse:	Hintere Bleiche 34 55116 Mainz
Telefon:	06131/3929818	Telefon:	06131/208-24 49
E-Mail:	datenschutzbeauftragte@drz-mainz.de	E-Mail:	poststelle@datenschutz.rlp.de

Kontaktinformationen der Studienleitung und beteiligte Wissenschaftler

Studienleitung		beteiligte Wissenschaftler	
Name:	Prof. Dr. Klaus Lieb	Name:	M. sc. Psych. Gesche Janzarik
Adresse:	Deutsches Resilienz Zentrum (DRZ) gGmbH Untere Zahlbacher Str. 8 55131 Mainz	Adresse:	Deutsches Resilienz Zentrum (DRZ) gGmbH Untere Zahlbacher Str. 8 55131 Mainz
Telefon:	06131/17-7335	Telefon:	0159/01290884
E-Mail:	klaus.lieb@drz-mainz.de	E-Mail:	Gesche.janzarik@drz-mainz.de
Name:	Prof. Dr. Michèle Wessa		
Adresse:	Johannes Gutenberg-Universität Mainz Abteilung für Klinische Psychologie und Neuropsychologie Wallstraße 3, Raum 06-105		
Telefon:	06131/3939259		
E-Mail:	michele.wessa@drz-mainz.de		

Anhang B**Einwilligungserklärung Studie 1****Einwilligungserklärung****„The New Growth“****Gruppenpsychotherapeutische Intervention zur Förderung von Resilienz für
Mitarbeiter in der Krankenpflege**

Deutsches Resilienz Zentrum
Deutsches Resilienz Zentrum (DRZ) gGmbH
Untere Zahlbacher Str. 8
55131 Mainz

Studienleitung: Prof. Dr. Klaus Lieb, Prof. Dr. Michèle Wessa
Weitere beteiligte Wissenschaftler: M. Sc. Psych. Gesche Janzarik

Name der/s Teilnehmer/in: _____

E-Mail Adresse: _____

Name der/s Versuchsleiter/in:

- Hiermit erkläre ich mich bereit, an der Studie freiwillig teilzunehmen.
- Ich bestätige, dass ich die Studienaufklärungsbroschüre sorgfältig gelesen und verstanden habe.
- Ich bin darüber informiert, dass ich mich bei Rückfragen jederzeit an die Studienleitung oder zuständige Wissenschaftlerin wenden kann.
- Ich hatte ausreichend Zeit, mich für die Teilnahme zu entscheiden.
- Ich habe verstanden und bin damit einverstanden, dass meine studienbezogenen Gesundheitsdaten pseudonymisiert (d. h. kodiert ohne Angabe von Namen, Anschrift, Initialen oder Ähnlichem) für den Zweck der o. g. Studie erhoben, auf elektronische Datenträgern bis zu 10 Jahren nach Ende der Erhebungsphase gespeichert und vom Auftraggeber der Studie ausgewertet werden.
- Eine Weitergabe an Dritte einschließlich Publikation erfolgt ausschließlich in anonymisierter Form, d. h. kann nicht mehr meiner Person zugeordnet werden.
- Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie mündlich oder schriftlich zurückziehen, der Weiterverarbeitung meiner Daten widersprechen und ihre Vernichtung verlangen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.
- Ich bin einverstanden, dass die Studienergebnisse in anonymer Form, die keinen Rückschluss auf meine Person zulässt, veröffentlicht werden.
- Ich weiß, dass die Daten im Falle unerwünschter Ereignisse pseudonymisiert an die Ethikkommission der Ärztekammer Rheinland-Pfalz und die zuständige Landes- oder Bundesbehörde weitergegeben werden können. Die Daten können bei den genannten Stellen für eine Dauer von 10 Jahren gespeichert werden.
- Bei Widerruf des Einverständnisses werden die bereits erhobenen pseudonymisierten Daten gelöscht.
- Ich habe eine Kopie der Studienaufklärungsbroschüre erhalten und bin einverstanden, die Kopie der unterschriebenen Einwilligungserklärung nach Trainingsbeginn zu erhalten.

In Bezug auf personenbezogene Daten, die im Rahmen der Studie erhoben werden, gelten die in der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) am 25. Mai 2018 festgelegten Rechte (Artikel 12 ff. DSGVO). Dementsprechend können Sie gemäß Artikel 18 und 19 DSGVO, §58 BDSG-neu unter bestimmten Voraussetzungen eine Einschränkung der Verarbeitung der von Ihnen erhobenen Daten verlangen, so dass diese zwar gespeichert, aber nicht verarbeitet werden dürfen. Dies müssen Sie jedoch gesondert beim Studienleiter beantragen bzw. sich an den Datenschutzbeauftragten der Universitätsmedizin Mainz wenden (Kontaktinformationen siehe unten). Wir weisen Sie ebenfalls darauf hin, dass sie gemäß der neuen Verordnung ein Recht auf Auskunft (Artikel 15 DSGVO, §§34 und 57 BDSG-neu) haben über die im Rahmen der Studie von Ihnen erhobenen, verarbeiteten und ggf. an Dritte übermittelten personenbezogenen Daten. Ebenso haben Sie ein Recht auf Berichtigung Sie betreffender unrichtiger, personenbezogener Daten (Artikel 16 und 19 DSGVO, §58 BDSG-neu).

Ort, Datum

Unterschrift des Studienteilnehmers

Kontaktdaten der Studienleitung und beteiligte Wissenschaftler

Studienleitung		beteiligte Wissenschaftler	
Name:	Prof. Dr. Klaus Lieb	Name:	M. sc. Psych. Gesche Janzarik
Adresse:	Deutsches Resilienz Zentrum (DRZ) gGmbH Untere Zahlbacher Str. 8 55131 Mainz	Adresse:	Deutsches Resilienz Zentrum (DRZ) gGmbH Untere Zahlbacher Str. 8 55131 Mainz
Telefon:	06131/17-7335	Telefon:	0159/01290884
E-Mail:	klaus.lieb@drz-mainz.de	E-Mail:	Gesche.janzarik@drz-mainz.de
Name:	Prof. Dr. Michèle Wessa		
Adresse:	Johannes Gutenberg-Universität Mainz Abteilung für Klinische Psychologie und Neuropsychologie Wallstraße 3, Raum 06-105		
Telefon:	06131/3939259		
E-Mail:	michele.wessa@drz-mainz.de		

Anhang C

Abbildung C1

Fragebogen



A1

Fragebogen Resilienztraining	
<p>Vielen Dank für Ihre Teilnahme!</p> <p>Die Beantwortung der Fragen wird etwa 40 Minuten dauern. Geben Sie im Folgenden bitte Ihren Code an. Der Code setzt sich aus den ersten zwei Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter, den ersten zwei Buchstaben des Vornamens Ihres Vater und den ersten zwei Zahlen des Geburtstages Ihrer Mutter zusammen.</p> <p>Bitte geben Sie bei allen Befragungen den selben Code an!</p> <p>Beispiel: Ihre Mutter heißt "Anna". Ihr Vater heißt "Hans". Ihre Mutter ist am 06.10.1950 geboren.</p> <p>Daraus würde sich der Code "ANHA06" generieren.</p> <p>Bitte geben Sie hier Ihren Code (6 Ziffern) ein: _____</p>	
<p>Bitte geben Sie das heutige Datum an. Datum: _____</p>	
<p>1. Haben Sie innerhalb der letzten 8 Wochen begonnen, verschreibungspflichtige Medikamente einzunehmen oder abzusetzen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Geben Sie bitte hier die Medikamente an und wann sie begonnen haben diese einzunehmen oder abzusetzen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>2. Haben Sie in den letzten 8 Wochen eine Psychotherapie begonnen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	



A1

3. Wurde bei Ihnen innerhalb der letzten 8 Wochen eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen ärztlich/therapeutisch diagnostiziert?

Aktuell:

- Diabetes mellitus (hoher Blutzucker)
- Hypertonie (hoher Blutdruck)
- erhöhte Blutfettwerte (hohes Cholesterin)
- Herzinfarkt
- Erkrankung der Leber (Hepatitis, Zirrhose)
- Niereninsuffizienz (Nierenunterfunktion)
- Krebserkrankung
- Tumor des Gehirns
- Schädel-Hirn-Trauma (unfallbedingte Gehirnerschütterung, Gehirnprellung o.a. Gehirnverletzung)
- Schwerere Verletzungen des Gehirns
- Hirnblutung (Schlaganfall mit Einblutung)
- Hirninfarkt (Schlaganfall mit Minderdurchblutung)
- Entzündliche Erkrankung des Gehirns (z.B. Multiple Sklerose)
- Neurodegenerative Erkrankung (z.B. Parkinson Erkrankung)
- Bipolare Störung
- Organische Psychische Störungen (z.B. Demenz)
- Bekannte Intelligenzminderung (geistige Behinderung)
- Epilepsie (Fallsucht, Krampfleiden)
- Depression
- Schizophrenie
- Angststörung (Phobie, Panikstörung)
- Zwangsstörung
- Essstörung
- Suchterkrankung (Alkohol)
- Suchterkrankung (Medikamente)
Wenn ja, was?
- Suchterkrankung (Drogen)
Wenn ja, was?
- Posttraumatische Belastungsstörung
- ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndrom)
- Persönlichkeitsstörung
- sonstige: _____



A1

GHQ-28

Bitte lesen Sie den folgenden Text sorgfältig:

Wir möchten gerne von Ihnen erfahren, ob Sie **in den letzten Wochen** irgendwelche gesundheitlichen Beschwerden hatten bzw. wie Ihr gesundheitliches Befinden im Allgemeinen **in den letzten Wochen** war. Bitte beantworten Sie ALLE Fragen, indem Sie einfach die für Sie zutreffendste Antwort ankreuzen. Bitte denken Sie daran, dass wir besonders erfahren möchten, welche gesundheitlichen Beschwerden Sie derzeit haben oder **in letzter Zeit** hatten. Es geht uns nicht um die, die Sie in der Vergangenheit hatten.

Es ist sehr wichtig, dass Sie versuchen, ALLE Fragen zu beantworten.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

In letzter Zeit:

A1. Haben Sie sich wohl und körperlich gesund gefühlt?	<input type="checkbox"/> Besser als sonst	<input type="checkbox"/> Genau wie sonst	<input type="checkbox"/> Schlechter als sonst	<input type="checkbox"/> Viel schlechter als sonst
A2. Hatten sie das Gefühl, Aufmunterung zu brauchen?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
A3. Haben Sie sich erschöpft und unpässlich gefühlt?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
A4. Haben Sie sich krank gefühlt?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
A5. Haben Sie Kopfschmerzen gehabt?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
A6. Haben Sie ein Spannungs- oder Druckgefühl im Kopf gehabt?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
A7. Haben Sie unter Hitze- oder Kältevallungen gelitten?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
B1. Haben Sie wegen Sorgen weniger geschlafen?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
B2. Hatten Sie Schwierigkeiten durchzuschlafen?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
B3. Haben Sie das Gefühl gehabt, dauernd unter Druck zu stehen?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
B4. Waren Sie häufig gereizt und schlecht gelaunt?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
B5. Waren Sie ohne ersichtlichen Grund ängstlich oder gerieten Sie in Panik?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
B6. Hatten Sie das Gefühl, dass Ihnen alles über den Kopf wächst?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
B7. Waren Sie oft nervös und leicht erregbar?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
C1. Waren Sie in der Lage, aktiv und tätig zu sein?	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Genau wie sonst	<input type="checkbox"/> Weniger als sonst	<input type="checkbox"/> Viel weniger als sonst
C2. Ging Ihnen alles langsamer von der Hand?	<input type="checkbox"/> Schneller als sonst	<input type="checkbox"/> Genau wie sonst	<input type="checkbox"/> Langsamer als sonst	<input type="checkbox"/> Viel langsamer als sonst



A1

C3. Haben Sie im Großen und Ganzen den Eindruck gehabt, dass Sie gut zurechtkommen?	<input type="checkbox"/> Besser als sonst	<input type="checkbox"/> Genau wie sonst	<input type="checkbox"/> Schlechter als sonst	<input type="checkbox"/> Viel schlechter als sonst
C4. Waren Sie zufrieden mit der Art und Weise, wie Sie Ihre täglichen Aufgaben und Aktivitäten erledigt haben?	<input type="checkbox"/> Zufriedener als sonst	<input type="checkbox"/> Genau wie sonst	<input type="checkbox"/> Weniger zufrieden als sonst	<input type="checkbox"/> Viel weniger zufrieden als sonst
C5. Haben Sie sich nützlich gefühlt?	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Genau wie sonst	<input type="checkbox"/> Weniger als sonst	<input type="checkbox"/> Viel weniger als sonst
C6. Fühlten Sie sich in der Lage, Entscheidungen zu treffen?	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Genau wie sonst	<input type="checkbox"/> Weniger als sonst	<input type="checkbox"/> Viel weniger in der Lage
C7. Haben Sie Ihre alltäglichen Tätigkeiten genießen können?	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Genau wie sonst	<input type="checkbox"/> Weniger als sonst	<input type="checkbox"/> Viel weniger als sonst
D1. Empfanden Sie sich als wertlos?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
D2. Haben Sie das Gefühl gehabt, dass das Leben hoffnungslos ist?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
D3. Haben Sie das Gefühl gehabt, dass das Leben für Sie wertlos ist?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
D4. Haben Sie an die Möglichkeit gedacht, Ihrem Leben ein Ende zu setzen?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Eigentlich nicht	<input type="checkbox"/> Der Gedanke kam mir	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe darüber nachgedacht
D5. Haben Sie manchmal gedacht, dass Sie überhaupt nichts tun können, weil Sie mit den Nerven am Ende sind?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
D6. Haben Sie sich gewünscht, Sie wären tot und könnten alles hinter sich lassen?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
D7. Haben sich Ihnen immer wieder Selbstmordgedanken aufgedrängt?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Eigentlich nicht	<input type="checkbox"/> Der Gedanke kam mir	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe darüber nachgedacht



Alle Rechte vorbehalten. Ohne die schriftliche Einwilligung des Herausgebers darf dieser Fragebogen unter keinen Umständen vervielfältigt werden, auch nicht im Rahmen einer Kopierlizenz. Das Kopieren ohne Genehmigung kann rechtliche Schritte zur Folge haben.

Herausgegeben von GL Assessment Limited
The Chiswick Centre 414 Chiswick High Road, London W4 5TF, UK
Veröffentlichung dieser Ausgabe 1992.
GL Assessment ist Teil der Granada Learning Group. Code 0090002365 3(1.08)



A1

WHO-5

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr **Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen**. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten zwei Wochen...	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
1. ...war ich froh und guter Laune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BRS

Geben Sie bitte an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen jeweils zustimmen.	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	neutral	stimme eher zu	stimme vollkommen zu
1. Ich neige dazu, mich nach schwierigen Zeiten schnell zu erholen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es fällt mir schwer, stressige Situationen durchzustehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich brauche nicht viel Zeit, um mich von einem stressigen Ereignis zu erholen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es fällt mir schwer, zur Normalität zurückzukehren, wenn etwas Schlimmes passiert ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Normalerweise überstehe ich schwierige Zeiten ohne größere Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich brauche tendenziell lange, um über Rückschläge in meinem Leben hinwegzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A1

Brief Cope

Beurteilen Sie jetzt bitte, inwiefern die folgenden Aussagen auf Ihr Denken und Handeln in vergangenen unangenehmen oder schwierigen Situationen zutreffen. Bitte machen Sie für jede Aussage eine Angabe.

Inwiefern treffen die folgenden Aussagen auf Ihr Denken und Handeln in vergangenen unangenehmen oder schwierigen Situationen zu?

	überhaupt nicht	ein bisschen	ziemlich	sehr
1. Ich habe mich mit Arbeit oder anderen Sachen beschäftigt, um auf andere Gedanken zu kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe mich darauf konzentriert, etwas an meiner Situation zu verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe mir eingeredet, dass das alles nicht wahr ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe Alkohol oder andere Mittel zu mir genommen, um mich besser zu fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe aufmunternde Unterstützung von anderen erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe es aufgegeben, mich damit zu beschäftigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe aktiv gehandelt, um die Situation zu verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich wollte einfach nicht glauben, dass mir das passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich habe meinen Gefühlen freien Lauf gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich habe andere Menschen um Hilfe und Rat gebeten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Um das durchzustehen, habe ich mich mit Alkohol oder anderen Mitteln besänftigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich habe versucht, die Dinge von einer positiveren Seite zu betrachten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich habe mich selbst kritisiert und mir Vorwürfe gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich habe versucht, mir einen Plan zu überlegen, was ich tun kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jemand hat mich getröstet und mir Verständnis entgegengebracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich habe gar nicht mehr versucht, die Situation in den Griff zu kriegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich habe versucht, etwas Gutes in dem zu finden, was passiert ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich habe Witze darüber gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich habe etwas unternommen, um mich abzulenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich habe mich damit abgefunden, dass es passiert ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A1

Beurteilen Sie jetzt bitte, inwiefern die folgenden Aussagen auf Ihr Denken und Handeln in vergangenen unangenehmen oder schwierigen Situationen zutreffen. Bitte machen Sie für jede Aussage eine Angabe.

Inwiefern treffen die folgenden Aussagen auf Ihr Denken und Handeln in vergangenen unangenehmen oder schwierigen Situationen zu?

	überhaupt nicht	ein bisschen	ziemlich	sehr
21. Ich habe offen gezeigt, wie schlecht ich mich fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich habe versucht, Halt in meinem Glauben zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich habe versucht, von anderen Menschen Rat oder Hilfe einzuholen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich habe gelernt, damit zu leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich habe mir viele Gedanken darüber gemacht, was hier das Richtige wäre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ich habe mir für die Dinge, die mir widerfahren sind, selbst die Schuld gegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ich habe gebetet oder meditiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ich habe alles mit Humor genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SWLS

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden 5 Aussagen an, inwieweit Sie diesen zustimmen.

	stimme überhaupt nicht zu (1)	stimme nicht zu (2)	stimme eher nicht zu (3)	weder/ noch (4)	stimme eher zu (5)	stimme zu (6)	stimme völlig zu (7)
1. In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wenn ich mein leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A1

PSS

Die folgenden Fragen beschäftigen sich damit, wie häufig Sie sich während des letzten Monats durch Stress belastet fühlten. (Bitte kreuzen Sie pro Aussage eine Antwort an)

	nie (1)	selten (2)	manchmal (3)	häufig (4)	Sehr oft (5)
1. Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber aufgeregt, dass etwas völlig Unerwartetes eingetreten ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht beeinflussen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat nervös und „gestresst“ gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat sicher im Umgang mit persönlichen Aufgaben und Problemen gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Dinge nach Ihren Vorstellungen entwickeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit all den anstehenden Aufgaben und Problemen nicht richtig umgehen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit Ärger in Ihrem Leben klar zu kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, alles im Griff zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber geärgert, wichtige Dinge nicht beeinflussen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Probleme so aufgestaut haben, dass Sie diese nicht mehr bewältigen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A1

RSES

Lesen Sie jede Aussage aufmerksam durch und überlegen Sie, ob die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht! Für Ihre Antwort stehen Ihnen vier Antwortkategorien offen. Bitte beantworten Sie jede Aussage!

	Trifft gar nicht zu (0)	Trifft kaum zu (1)	Trifft eher zu (2)	Trifft voll zu (3)
1. Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hin und wieder denke ich, dass ich gar nichts taue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich kann vieles genauso gut wie die meisten anderen Menschen auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich fürchte, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich halte mich für einen wertvollen Menschen, jedenfalls bin ich nicht weniger wertvoll als andere auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich wünschte, ich könnte vor mir selbst mehr Achtung haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Alles in allem neige ich dazu, mich für einen Versager zu halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A1

DASS-21

Bitte lesen sie jede Aussage und kreuzen Sie an, wie sehr die Aussage **während der letzten Woche** auf sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

	Traf gar nicht auf mich zu (0)	Traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu/ manchmal (1)	Traf in beträchtlichem Maß auf mich zu/ ziemlich oft (2)	Traf sehr stark auf mich zu/ die meiste Zeit (3)
1. Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich hatte Atemprobleme (z. B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich zitterte (z. B. an den Händen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich fand alles anstrengend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A1

Bitte lesen sie jede Aussage und kreuzen Sie an, wie sehr die Aussage **während der letzten Woche** auf sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

	Traf gar nicht auf mich zu (0)	Traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu/ manchmal (1)	Traf in beträchtlichem Maß auf mich zu/ ziemlich oft (2)	Traf sehr stark auf mich zu/ die meiste Zeit (3)
15. Ich fühlte mich einer Panik nahe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich fand mich ziemlich empfindlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z. B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich empfand das Leben als sinnlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A1

SWE

Der folgende Fragebogen enthält eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Diese Feststellungen können genau auf Sie zutreffen, eher zutreffen, kaum oder nicht auf Sie zutreffen. Zur Beantwortung des Fragebogens setzen Sie ein Kreuz in das entsprechende Kästchen. Bitte beantworten Sie jede Feststellung, auch wenn Sie einmal nicht sicher sind, welche Antwort für Sie zutrifft. Kreuzen Sie dann diejenige Antwort an, die noch am ehesten auf Sie zutrifft.

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
1. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie damit umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A1

SEK-27

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen zu Ihrem Umgang mit problematischen Gefühlen in der letzten Woche. Bitte beantworten Sie die Fragen spontan, indem Sie die Antwort aussuchen und ankreuzen, die Ihnen am passendsten erscheint.

In der letzten Woche...	überhaupt nicht (0)	selten (1)	manchmal (2)	oft (3)	(fast) immer (4)
1. achtete ich auf meine Gefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. konnte ich positivere Gefühle gezielt herbeiführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. verstand ich meine emotionalen Reaktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. fühlte ich mich auch intensiven, negativen Gefühlen gewachsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. konnte ich auch negative Gefühle annehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. hätte ich klar benennen können, wie ich mich gerade fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. hatte ich eine gute körperliche Wahrnehmung meiner Gefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. machte ich, was ich mir vorgenommen hatte, auch wenn ich mich dabei unwohl oder ängstlich fühlte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. versuchte ich, mir in belastenden Situationen selber Mut zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. konnte ich meine negativen Gefühle beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. wusste ich, was meine Gefühle bedeuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. schenkte ich meinen Gefühlen Aufmerksamkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. war mir klar, was ich gerade fühlte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. merkte ich gut, wenn mein Körper auf emotional bedeutende Situationen besonders reagierte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A1

In der letzten Woche...	überhaupt nicht (0)	selten (1)	manchmal (2)	oft (3)	(fast) immer (4)
15. versuchte ich mich in belastenden Situationen selber aufzumuntern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. konnte ich trotz negativer Gefühle das machen, was ich mir vorgenommen hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. konnte ich zu meinen Gefühlen stehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. war ich mir sicher, auch intensive, unangenehme Gefühle aushalten zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. setzte ich mich mit meinen Gefühlen auseinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. war mir bewusst, warum ich mich so fühlte, wie ich mich fühlte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. war mir klar, dass ich meine Gefühle beeinflussen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. konnte ich wichtige Ziele verfolgen, auch wenn ich mich dabei manchmal unwohl oder unsicher fühlte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. akzeptierte ich meine Gefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. waren meine körperlichen Reaktionen ein gutes Signal dafür, wie ich mich fühlte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. wusste ich gut, wie es mir gerade geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. fühlte ich mich stark genug, auch belastende Gefühle aushalten zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. stand ich mir in belastenden Situationen selbst zur Seite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A1

CD-RISC

Bitte geben Sie an, inwiefern die folgenden Aussagen über den **letzten Monat** hinweg mit Ihnen übereinstimmen. Wenn eine bestimmte Situation in letzter Zeit nicht aufgetreten ist, antworten Sie so, wie Sie gefühlt hätten, wenn die Situation aufgetreten wäre.

	über- haupt nicht wahr (0)	selten wahr (1)	manch- mal wahr (2)	oft wahr (3)	fast immer wahr (4)
1. Ich bin fähig, mich anzupassen, wenn sich etwas verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe mindestens eine enge und sichere Bindung zu jemandem, die mir als Unterstützung dient, wenn ich unter Stress stehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wenn es keine klaren Lösungen für meine Probleme gibt, kann mir manchmal mein Glaube oder Gott helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich komme mit allem klar, was sich mir in den Weg stellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Erfolge aus der Vergangenheit geben mir Vertrauen, sodass ich mit neuen Herausforderungen und Schwierigkeiten zurechtkomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wenn ich mit Problemen konfrontiert bin, versuche ich, dies mit Humor zu sehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Der Umgang mit Stress kann mich stärken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich neige dazu, mich nach Krankheit, Verletzungen oder anderen Missgeschicken wieder gut zu erholen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Egal ob gut oder schlecht, ich glaube, dass die meisten Ereignisse im Leben einen Sinn haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich gebe stets mein Bestes, unabhängig davon, wie die Situation endet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Auch wenn es Hindernisse gibt, bin ich der Meinung, meine Ziele erreichen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Auch wenn die Dinge hoffnungslos scheinen, gebe ich nicht auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Während einer stressreichen Zeit oder Krise weiß ich, wohin ich mich wenden muss, um Hilfe zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wenn ich unter Druck stehe, bleibe ich fokussiert und denke klar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich bevorzuge es, die Führung zu übernehmen, wenn Probleme gelöst werden müssen, anstatt den anderen alle Entscheidungen zu überlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wenn ich versage, lasse ich mich nicht leicht entmutigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wenn es um den Umgang mit Herausforderungen des Lebens und allgemeine Schwierigkeiten geht, schätze ich mich als starke Person ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A1

Bitte geben Sie an, inwiefern die folgenden Aussagen über den **letzten Monat** hinweg mit Ihnen übereinstimmen. Wenn eine bestimmte Situation in letzter Zeit nicht aufgetreten ist, antworten Sie so, wie Sie gefühlt hätten, wenn die Situation aufgetreten wäre.

	über- haupt nicht wahr (0)	selten wahr (1)	manch- mal wahr (2)	oft wahr (3)	fast immer wahr (4)
18. Ich bin, wenn nötig, in der Lage, Entscheidungen zu fällen, die andere Menschen betreffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich bin fähig, mit unerfreulichen oder schmerzhaften Gefühlen wie Traurigkeit, Angst und Wut umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ohne zu wissen wieso, muss man im Umgang mit den Problemen im Leben manchmal mit einer gewissen Vorahnung handeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich habe ein starkes Gefühl, in meinem Leben eine Aufgabe zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Mein Leben habe ich unter Kontrolle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich mag Herausforderungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich arbeite, um meine Ziele zu erreichen und lasse mich nicht davon beirren, wenn mir Steine in den Weg geworfen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Auf das, was ich erreiche, bin ich stolz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A1

PANAS

Dieser Fragebogen enthält eine Reihe von Wörtern, die unterschiedliche Gefühle und Empfindungen beschreiben. Lesen Sie jedes Wort und tragen dann in die Skala neben jedem Wort die Intensität ein. Sie haben die Möglichkeit, zwischen fünf Abstufungen zu wählen.

Geben Sie bitte an, wie Sie sich im Verlauf der letzten 8 Wochen gefühlt haben.		Ganz wenig/ gar nicht	ein bisschen	einigermaßen	erheblich	äußerst
1.	aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	bekümmert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	interessiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	freudig erregt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	verärgert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	schuldig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	erschrocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	feindselig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	angeregt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	stolz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	gereizt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	begeistert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	beschämt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	wach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	entschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	aufmerksam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	durcheinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A1

Daily hassles checklist

Nun möchten wir Sie über mögliche **Ärgernisse oder Unannehmlichkeiten** befragen, die im **täglichen Leben** auftreten können. Die nachfolgende Liste enthält eine Sammlung an möglichen Situationen. Bitte denken Sie jetzt nur an die **vergangenen 7 Tage bis einschließlich heute**.

Bitte lesen Sie die Liste der Reihe nach durch und bewerten Sie:

- An **wie vielen Tagen** die jeweilige Situation schätzungsweise auftrat (bitte wählen Sie ‚trat nicht auf‘, falls sie die jeweilige Situation nicht erlebt haben),
- Wie **belastend** Sie die jeweilige Situation durchschnittlich erlebt haben (‚gar nicht belastend‘ bis ‚sehr belastend‘).
- Bitte denken Sie jetzt nur an die vergangenen 7 Tage bis einschließlich heute

	An wie vielen Tagen trat die Situation schätzungsweise auf?							Wie belastend haben Sie die Situation durchschnittlich erlebt?					trat nicht auf
	1	2	3	4	5	6	7	gar nicht			sehr		
1. Verlieren oder Verlegen von Gegenständen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
2. Negatives Ereignis in den Medien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
3. Negatives politisches Ereignis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gesellschaftliche Verpflichtung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
5. Unterbrechung bei einer Tätigkeit (z. B. in der Arbeit oder bei einer Freizeitbeschäftigung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wartezeit oder Verzögerung (z. B. bei Bus oder Bahn, Warten auf eine Person)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
7. Flüchtigkeitsfehler oder Fehler wegen mangelnder Aufmerksamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gerede oder Lästereien von anderen Leuten (einschließlich in sozialen Medien)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
9. Diskriminierung oder Mobbing durch eine andere Person (einschließlich in sozialen Medien)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
10. Alpträume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
11. Anfahrt/Pendeln zur Arbeit/Ausbildungsstelle/ Schule/Hochschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
12. Kleinerer Gesetzesverstoß (z. B. Bußgeld wegen Ordnungswidrigkeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
13. Unannehmlichkeit mit Behörde, Amt oder anderer Institution (z. B. Finanzamt, Bank, Firma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
14. Konflikt oder Meinungsverschiedenheit am Arbeitsplatz (z. B. mit Vorgesetzten oder Arbeitskollegen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>



A1

Bitte denken Sie jetzt nur an die <u>vergangenen 7 Tage bis einschließlich heute.</u>	An wie vielen Tagen trat die Situation schätzungsweise auf?							Wie belastend haben Sie die Situation durchschnittlich erlebt?					trat nicht auf
	1	2	3	4	5	6	7	gar nicht			sehr		
15. Konflikt oder Meinungsverschiedenheit mit nahestehenden Personen (z. B. Eltern, Geschwister, Partnerin/Partner)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
16. Konflikt oder Meinungsverschiedenheit zwischen nahestehenden Personen (z. B. zwischen den Eltern, zwischen Freunden/Freundinnen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
17. Konflikt oder Meinungsverschiedenheit mit anderen nicht-nahestehenden Personen (z. B. Busfahrer, Nachbar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
18. Konflikt oder Meinungsverschiedenheit mit Ihrem Kind/ Ihren Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
19. Problem mit der Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
20. Besorgung oder Fahrdienst für andere (z. B. Medikament für Familienmitglied besorgen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
21. Problem oder Unannehmlichkeit dadurch, dass Ihre Freunde oder Verwandten zu weit weg wohnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
22. Problem durch fehlende Unterstützung oder Hilfe durch andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
23. Problem mit Ihrem Haustier (z. B. Krankheit, unerwünschtes Verhalten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
24. Beeinträchtigung durch unsichere Umgebung (z. B. unsicheres Wohnumfeld)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
25. Beeinträchtigung durch Dreck, Verschmutzung oder Gestank (z. B. in der Wohngegend oder Wohnung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
26. Problem dadurch, dass nicht genügend Geld zur Verfügung steht (z. B. für Grundversorgung, Notfälle oder besondere Wünsche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
27. Andere schulden Ihnen Geld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
28. Sie schulden anderen Geld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>



A1

Bitte denken Sie jetzt nur an die vergangenen 7 Tage bis einschließlich heute.	An wie vielen Tagen trat die Situation schätzungsweise auf?							Wie belastend haben Sie die Situation durchschnittlich erlebt?					
	1	2	3	4	5	6	7	gar nicht				sehr	trat nicht auf
29. Hohe oder unerwartete finanzielle Belastung (z. B. Kauf teurer Produkte oder Gegenstände, Kosten für Reparatur des Autos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
30. Finanzielle Angelegenheit (z. B. Rechnungen bezahlen, Beschäftigung mit finanzieller Vorsorge im Alter)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
31. Unerwarteter oder unerwünschter Besuch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
32. Nebenwirkung von Medikamenten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
33. Eigene körperliche Beschwerde (z. B. leichtere Erkrankung oder Schmerzen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
34. Körperliche Beschwerde (z. B. leichtere Erkrankung oder Schmerzen) bei einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
35. Schlafmangel oder Schlafprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
36. Arztbesuch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
37. Zuhause anfallende Büro- oder Schreibarbeit (z. B. Formulare ausfüllen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
38. Haushaltsführung (z. B. Kochen, Putzen oder Einkaufen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
39. Vornehmen einer kleineren Reparatur (z. B. im eigenen Haus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
40. Problem mit einem technischen Gerät (z. B. Computer, Haushaltsgerät, Elektrogerät)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
41. Wartung oder Instandhaltung eines Gegenstands (z. B. des Autos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
42. Unangenehmes oder schlechtes Wetter (z. B. Regen, Hitze, Kälte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
43. Störendes Verhalten oder Fehlverhalten anderer (z. B. rücksichtslose Raucher, störende Nachbarn)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
44. Schlechtes Essen (z. B. in der Mensa oder Kantine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
45. Lärm (z. B. Straßenlärm, Fluglärm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
46. Verkehrsstau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
47. Suche nach einem Parkplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>



A1

Bitte denken Sie jetzt nur an die <u>vergangenen 7 Tage bis einschließlich heute</u> .	An wie vielen Tagen trat die Situation schätzungsweise auf?							Wie belastend haben Sie die Situation durchschnittlich erlebt?				
	1	2	3	4	5	6	7	gar nicht		sehr	trat nicht auf	
48. Problem mit einem Kommunikationsmittel (z. B. Internet, Telefon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
49. Leistungssituation in der Arbeit/Schule/Studium (z. B. Prüfung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
50. Hohe Leistungsanforderung oder hohes Arbeitspensum in der Arbeit/Schule/Studium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
51. Langweilige Tätigkeit (z. B. in der Arbeit oder im Studium)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
52. Besprechung (z. B. in der Arbeit, im Studium, im Verein)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ungeregelte oder zu lange Arbeitszeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
54. Problem mit der Planung oder Vereinbarung von Terminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
55. Zeitdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
56. Schlechte Neuigkeit (z. B. Absage auf Bewerbung, Mitteilung über schlechtes Prüfungsergebnis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
57. Problem oder Unannehmlichkeit durch Suche nach einem Ausbildungs-/Studien-/ oder Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
58. Problem oder Unannehmlichkeit durch Wohnungssuche oder Umzug	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>



A1

Haben Sie in den vergangenen 7 Tagen bis einschließlich heute noch weitere Situationen erlebt, die Sie als Ärgernis oder Unannehmlichkeit empfunden haben?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
---	--

59. Falls ja, bitten wir Sie, diese Situationen in die nachfolgenden freien Felder einzutragen.

Bitte geben Sie auch hierbei an:

- An **wie vielen Tagen** die jeweilige Situation auftrat
- Wie **belastend** Sie die jeweilige Situation durchschnittlich erlebt haben (,gar nicht belastend' bis ,sehr belastend').

Bitte denken Sie jetzt nur an die vergangenen 7 Tage bis einschließlich heute .	An wie vielen Tagen trat die Situation schätzungsweise auf?							Wie belastend haben Sie die Situation durchschnittlich erlebt?				
	1	2	3	4	5	6	7	gar nicht		sehr		
a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anzahl der Tage												
60. An wie vielen der vergangenen 7 Tage bis einschließlich heute haben Sie etwas sehr Belastendes erlebt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Waren die vergangenen 7 Tage bis einschließlich heute außergewöhnlich (z.B. besonders freudig, besonders belastend)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
---	--



A1

UE-Skala

Jede Therapie hat das Ziel zu helfen. Manchmal ist dies aber nur möglich, wenn man Nebenwirkungen und Belastungen in Kauf nimmt („Medizin muss bitter schmecken“). Das gilt für Medikamente wie Psychotherapie. Wir möchten wissen, ob unsere Gruppenpsychotherapie belastend war oder unerwünschte Wirkungen hat. Auf dem folgenden Fragebogen können Sie angeben, ob Sie sich durch die Gruppentherapie belastet fühlten und unter Nebenwirkungen gelitten haben. Das sagt nichts darüber aus, ob Ihnen die Gruppen oder der Therapeut gefallen haben oder hilfreich waren. Nebenwirkungen sind davon unabhängig. Bitte beantworten Sie zuerst folgende Fragen:

1. An wie vielen Trainingssitzungen haben Sie teilgenommen?

1 2 3 4 5 6 7 8 Sitzungen

2. Ich habe schon früher an Gruppenpsychotherapie teilgenommen:

- ja
- nein

	Trifft nicht zu (0)	Trifft etwas zu (1)	Trifft teilweise zu (2)	Trifft über- wiegend zu (3)	Trifft vollkommen zu (4)
Ich habe die Gruppentherapie hier im Haus als hilfreich erlebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe die Gruppentherapie hier im Haus als belastend erlebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Nebenwirkungen haben Sie erlebt? (Dies können sie zunächst in freier Form hier niederschreiben)



A1

1. Wenn ich an die Gruppengröße und/ oder den Raum denke...

	trifft nicht zu (0)	trifft zu, war aber wenig belastend (1)	trifft zu und war deutlich belastend (2)	trifft zu und war stark belastend (3)	trifft zu und war extrem belastend (4)
... habe ich mich eingeengt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wäre meine Abwesenheit kaum aufgefallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich beobachtet und/ oder ausgeliefert gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bin ich völlig untergegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich Angst- und/ oder Beklemmungsgefühle bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühlte ich mich gehemmt etwas zu sagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich wie auf dem Präsentierteller gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war mir Nähe zu den anderen Menschen im Raum körperlich unangenehm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wenn ich an das denke, was in der Gruppe besprochen wurde, ...

	trifft nicht zu (0)	trifft zu, war aber wenig belastend (1)	trifft zu und war deutlich belastend (2)	trifft zu und war stark belastend (3)	trifft zu und war extrem belastend (4)
... habe ich erkennen müssen, dass man gegen meine Probleme nichts machen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... weiß ich gar nicht mehr, was ich denken soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde mein Problem und meine Thematik nicht angesprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... merke ich erst, wie kompliziert alles ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A1

2. Wenn ich an das denke, was in der Gruppe besprochen wurde, ...

	trifft nicht zu (0)	trifft zu, war aber wenig belastend (1)	trifft zu und war deutlich belastend (2)	trifft zu und war stark belastend (3)	trifft zu und war extrem belastend (4)
... erfasst mich Angst, wie es weitergehen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bin ich noch auf zusätzliche Probleme gestoßen worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... geht es mir schlechter als vorher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bin ich ganz verwirrt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühle ich mich, als wäre ich zu dumm etwas zu begreifen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wenn ich an die anderen Teilnehmer der Gruppe denke ...

	trifft nicht zu (0)	trifft zu, war aber wenig belastend (1)	trifft zu und war deutlich belastend (2)	trifft zu und war stark belastend (3)	trifft zu und war extrem belastend (4)
... musste ich Kritik und/oder Beleidigungen über mich ergehen lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühlte ich mich klein und/ oder wertlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... merkte ich, dass ich da nicht hingehöre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte ich ständig das Gefühl etwas sagen zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... stand ich ständig unter Druck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kam ich nie zu Wort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde ich ausgegrenzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich gemerkt, dass meine Probleme schwerer sind als ich dachte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A1

4. Wenn ich an das Auftreten der Therapeutin / des Therapeuten denke...

	trifft nicht zu (0)	trifft zu, war aber wenig belastend (1)	trifft zu und war deutlich belastend (2)	trifft zu und war stark belastend (3)	trifft zu und war extrem belastend (4)
... kam es zu Spannungen zwischen mir und dem Therapeuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühlte ich mich kritisiert und/oder kleingemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühlte ich mich überrannt und/oder dominiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühlte ich mich ignoriert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... finde ich, dass er/sie die Gruppe gar nicht im Griff hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... finde ich, dass er/sie fachlich inkompetent ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... glaube ich, dass er/sie kränker ist als die Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte ich das Gefühl, dass sich er/sie sich lustig über mich macht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A1

5. Nach der Gruppenteilnahme

...	trifft nicht zu (0)	trifft etwas zu (1)	trifft teilweise zu (2)	trifft über- wiegend zu (3)	trifft voll- kommen zu (4)
... bin ich entschlossen, nicht mehr an weiteren Gruppensitzungen teilzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mir vorgenommen, in zukünftigen Gruppen sehr zurückhaltend und vorsichtig zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mir vorgenommen in zukünftigen Gruppen sehr viel deutlicher meine Meinung zu sagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...fühle ich mich schlechter als zuvor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... verspüre ich öfter als vorher unangenehme Symptome von Anspannung oder Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... traue ich mich noch weniger zu sagen als vorher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... traue ich mich noch weniger auf Andere zuzugehen als vorher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kann ich Therapeuten nicht mehr trauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... denke ich, dass ich im Alltag ohne Therapie nicht mehr zurechtkommen werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A1

6. Wenn ich insgesamt an die Gruppe denke, ...	trifft nicht zu (0)	trifft etwas zu (1)	trifft teilweise zu (2)	trifft über- wiegend zu (3)	trifft voll- kommen zu (4)
...dann mache ich mir Sorgen, dass Inhalte der Gruppe nach außen getragen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dann habe ich dort die Erkenntnis gewonnen, dass Gruppentherapie nichts für mich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dann weiß ich, dass ich in meinem Umfeld sicher Probleme bekomme, wenn ich das in der Gruppe Gelernte umsetze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dann mache ich mir Sorgen, dass sich die Gruppentherapie negativ auf mein weiteres Leben auswirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung C2*Mini International Neuropsychiatric Interview*

<i>NAME DES PATIENTEN:</i>	_____	<i>PROTOKOLL NUMMER:</i>	_____
<i>GEBURTSDATUM:</i>	_____	<i>Beginn des Interviews:</i>	_____
<i>NAME DES INTERVIEWERS:</i>	_____	<i>Ende des Interviews:</i>	_____
<i>DATUM DES INTERVIEWS:</i>	_____	<i>GESAMTDAUER DES INTERVIEWS:</i>	_____

M.I.N.I. 5.0.0 / **German version / DSM-IV / current**

MODULE	ZEITRAUM KRIERIEN ERFÜLLT	
A. EPISODE EINER MAJOR DEPRESSION	Aktuell (2 Wochen)+ lifetime	
A'. MDE MIT MELANCHOLISCHEM ANTEIL	Aktuell (2 Wochen)	<u>Optional</u>
B. DYSTHYMIE	Aktuell (letzte 2 Jahre)	
C. SUIZIDALITÄT	Aktuell (letzter Monat)	
D. (HYPO)MANISCHE EPISODE	Aktuell + lifetime	
E. PANIKSTÖRUNG	Lifetime + im vergangenen Monat	
F. AGORAPHOBIE	Aktuell	
G. SOZIALE PHOBIE (SOZ. ANGSTSTÖRUNG)	Aktuell (letzter Monat)	
H. ZWANGSSTÖRUNG	Aktuell (letzter Monat)	
I. POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖR	Aktuell (letzter Monat)	<u>Optional</u>
J. ALKOHOLABHÄNGIGKEIT/MISSBRAUCH	Letzte 12 Monate	
K. DROGENABHÄNGIGKEIT/MISSBRAUCH	Letzte 12 Monate	
L. PSYCHOTISCHE STÖRUNGEN	Lifetime + Aktuell	
M. ANOREXIA NERVOSA	Aktuell (letzte 3 Monate)	
N. BULIMIA NERVOSA	Aktuell (letzte 3 Monate)	
O. GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG	Aktuell (letzte 3 Monate)	
P. ANTISOZIALE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG	Lifetime	<u>Optional</u>

ALLGEMEINE HINWEISE

Das M.I.N.I. wurde konzipiert als ein kurzes strukturiertes Interview zur Erfassung der hauptsächlichsten psychiatrischen Achse-I-Störungen im DSM-IV und ICD-10. Es wurden Validierungs- und Reliabilitätsstudien durchgeführt, die das M.I.N.I. mit dem SCID-P für das DSM-III-R und mit dem CIDI (ein von der WHO entwickeltes strukturiertes Interview für nicht-professionelle Interviewer) für das ICD-10 verglichen. Die Ergebnisse dieser Studien zeigen, daß das M.I.N.I. annehmbar hohe Validierungs- und Reliabilitätswerte hat, daß es aber in einer wesentlichen kürzeren Zeit durchgeführt werden kann (Mittelwert 18.7 ±11.6 Minuten, Median 15 Minuten) als die oben angeführten Instrumente. Kliniker können es nach einer kurzen Schulung einsetzen. Nicht-professionelle Interviewer benötigen eine ausführlichere Schulung.

- **Interview :**

Um das Interview so kurz wie möglich zu halten, informieren Sie den Patienten/die Patientin, daß Sie ein klinisches Interview durchführen wollen, das strukturierter ist als üblich und sehr präzise Fragen über psychologische Probleme beinhaltet, die mit JA oder NEIN zu beantworten sind.

- **Allgemeine Gliederung :**

Das M.I.N.I. Plus ist in Module eingeteilt, die durch Buchstaben gekennzeichnet sind, von denen jeder einer diagnostischen Kategorie entspricht.

– Am Anfang jedes diagnostischen Moduls (mit Ausnahme des Moduls für psychotische Störungen) werden die Screeningfragen, die den Hauptkriterien der Störungen entsprechen, in einem grau-unterlegten Feld aufgeführt.

– Am Ende jedes Moduls kann der Kliniker in den Diagnose-Feldern ankreuzen, welche diagnostischen Kriterien zutreffen.

- **Legende:**

Sätze in "Normalschrift" sollten dem Patienten wörtlich vorgelesen werden, um die Beurteilung der diagnostischen Kriterien standardisieren zu können.

Sätze in "GROSSBUCHSTABEN" sollten dem Patienten nicht vorgelesen werden. Sie sind Anweisungen für den Interviewer und helfen bei der Bewertung der diagnostischen Algorithmen.

Sätze in "**Fettdruck**" geben den zu untersuchenden Zeitraum an. Der Interviewer soll sie so oft wie nötig vorlesen. Nur die Symptome, die innerhalb dieses Zeitrahmens vorlagen, sollten beim Bewerten der Antworten in Betracht gezogen werden.

Antworten mit "darüberstehendem Pfeil" (→) geben an, daß eines von den für die Diagnose notwendigen Kriterien nicht erfüllt ist. In diesem Fall sollte der Interviewer zum Ende des Moduls gehen und in allen Diagnose-Feldern ein NEIN ankreuzen und zum nächsten Modul übergehen.

Wenn verschiedene *Begriffe* mit einem "Schrägstrich /" getrennt aufgeführt werden, sollte der Interviewer nur die Symptome vorlesen, von denen er weiß, daß sie beim Patienten vorliegen (z.B. bei den Fragen A3).

Sätze "(in Klammern)" sind klinische Beispiele für das Symptom. Sie können dem Patienten vorgelesen werden, um die Frage klarer zu machen.

- **Anweisungen für das Rating:**

Alle Fragen müssen bearbeitet werden. Die Antwort erfolgt durch Ankreuzen von JA oder NEIN rechts von jeder Frage.

Der Kliniker sollte sicherstellen, daß jeder Aspekt der Frage vom Patienten berücksichtigt wurde (z.B. Zeitraum, Häufigkeit, Ausmaß und/oder Alternativen).

Symptome aufgrund einer möglichen organischen Erkrankung oder durch Alkohol- bzw. Drogenmißbrauch sollten im M.I.N.I. nicht mit JA beantwortet werden. Fragen zu diesen Störungen finden Sie im M.I.N.I. Plus.

Wenn Sie Fragen haben, Vorschläge machen, an einem Training teilnehmen oder sich über Aktualisierungen des M.I.N.I. informieren wollen, wenden Sie sich bitte an:

David SHEEHAN, M.D., M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL USA 33613-4788
Tel : +1 813 974 4544
Fax : +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@coml.med.usf.edu

Yves LECRUBIER, M.D. / Thierry
HERGUETA, M.A.
INSERM U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS – FRANCE
tel : +33 (0) 1 42 16 16 59
fax : +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

Gabriele STOTZ / R.DIETZ-BAUER
/ Manfred ACKENHEIL
Psychiatrische Klinik der Universität
Nussbaumstr. 7
D-80336 München
Tel. +49 89 5160-2730
Fax +49 89 5160-4741
e-mail ac@psy.med.uni-muenchen.de

M.I.N.I. 5.0.0 German Version / DSM-IV / current (September 1999)

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA)

➔ BEDEUTET: GEHEN SIE ZU DEN DIAGNOSEFELDERN, KREUZEN SIE ÜBERALL NEIN AN UND GEHEN SIE ZUM NÄCHSTEN MODUL ÜBER.

A. EPISODE EINER MAJOR DEPRESSION

A1	Fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen beinahe jeden Tag und fast während des ganzen Tages traurig, niedergeschlagen oder deprimiert?	NEIN	JA	1
A2	Hatten Sie in den letzten 2 Wochen fast ständig das Gefühl, zu nichts mehr Lust zu haben und das Interesse und die Freude an Dingen verloren zu haben, die Ihnen gewöhnlich Freude machten?	NEIN	JA	2
	➔			
	WURDEN A1 ODER A2 MIT JA BEANTWORTET?	NEIN	JA	
A3	Während der letzten zwei Wochen, als Sie sich deprimiert oder interesselos fühlten:			
a	Hat Ihr Appetit ab-, oder zugenommen und war das an fast jedem Tag der Fall? Oder haben Sie unbeabsichtigt erheblich an Gewicht zu- oder abgenommen (d.h. ± 5 % des Körpergewichts oder ± 3,5 kg bei einem Körpergewicht von 70 kg in einem Monat)? WENN EINES HIERVON ZUTRIFFT, KREUZEN SIE JA AN	NEIN	JA	3
b	Hatten Sie fast jede Nacht Schlafprobleme (Einschlafprobleme, nächtliches oder frühmorgendliches Erwachen, übermäßiges Schlafen)?	NEIN	JA	4
c	Haben Sie beinahe täglich langsamer gesprochen oder sich langsamer bewegt als gewöhnlich, oder waren Sie im Gegenteil unruhig und konnten nicht stillsitzen?	NEIN	JA	5
d	Fühlten Sie sich beinahe täglich müde oder energielos?	NEIN	JA	6
e	Fühlten Sie sich beinahe täglich wertlos oder schuldig?	NEIN	JA	7
f	Hatten Sie beinahe täglich Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder Entscheidungen zu treffen?	NEIN	JA	8
g	Haben Sie wiederholt daran gedacht, sich etwas anzutun, Selbstmord zu begehen oder haben Sie sich gewünscht, tot zu sein?	NEIN	JA	9
A4	WURDEN 3 ODER MEHR A3 FRAGEN MIT JA BEANTWORTET? (ODER 4 A3 FRAGEN, WENN A1 ODER A2 MIT NEIN BEANTWORTET WURDEN) WENN DER PATIENT DIE KRITERIEN EINER AKTUELLEN EPISODE EINER MAJOR DEPRESSION ERFÜLLT:	NEIN JA EPISODE einer MAJOR DEPRESSION AKTUELL		
A5 a	Hatten Sie während Ihres Lebens weitere Perioden von zwei Wochen oder länger, in denen Sie sich deprimiert oder interesselos fühlten, und lagen während solcher Perioden bei Ihnen die meisten der gerade angesprochenen Probleme vor?	➔		
	Lagen mindestens zwei Monate ohne Depression oder Interesseverlust zwischen Ihrer aktuellen und Ihrer letzten depressiven Episode?	NEIN	JA	10
b		NEIN	JA	11
	WURDE A5b MIT JA bantwortet?	NEIN JA EPISODE einer MAJOR DEPRESSION FRÜHER		

➔ BEDEUTET: GEHEN SIE ZU DEN DIAGNOSEFELDERN, KREUZEN SIE ÜBERALL NEIN AN UND GEHEN SIE ZUM NÄCHSTEN MODUL ÜBER.

A. EPISODE EINER MAJOR DEPRESSION MIT MELANCHOLISCHEN MERKMALEN (optional)

WENN DER PATIENT DIE KRITERIEN FÜR EINE EPISODE EINER MAJOR DEPRESSION ERFÜLLT (A4 = JA), KLÄREN SIE DIE FOLGENDEN KRITERIEN WEITER AB:

A6 a	WURDE A2 MIT JA BEANTWORTET ?	NEIN	JA	12
b	Als Ihre aktuelle depressive Episode am schlimmsten war, haben Sie da auch die Fähigkeit verloren, sich über Dinge zu freuen, die Ihnen früher Freude machten oder Sie aufheiterten? FALLS NEIN: Wenn etwas Erfreuliches passierte, fühlten Sie sich dann trotzdem, auch vorübergehend, nicht besser?	NEIN	JA	13
	Wurde entweder A6a <u>ODER</u> A6b mit JA beantwortet ?	➔	NEIN JA	

Während der letzten zwei Wochen, als Sie sich deprimiert oder interesselos fühlten:

A7 a	Haben Sie das Gefühl der Deprimiertheit anders erlebt als das Gefühl von Trauer beim Tod einer nahestehenden Person ?	NEIN	JA	14
b	Fühlten Sie sich morgens regelmäßig und beinahe täglich schlechter als abends?	NEIN	JA	15
c	Wachten Sie beinahe täglich mindestens zwei Stunden früher auf als sonst und hatten Sie dann Schwierigkeiten, wieder einzuschlafen?	NEIN	JA	16
d	Wurde A3c mit JA beantwortet (PSYCHOMOTORISCHE HEMMUNG ODER AGITIERTHEIT)?	NEIN	JA	17
e	Wurde A3a mit JA beantwortet (APPETITLOSIGKEIT ODER GEWICHTSVERLUST)?	NEIN	JA	18
f	Fühlten Sie sich übermäßig oder der Situation unangemessen stark schuldig?	NEIN	JA	19

WURDEN 3 ODER MEHR A7 FRAGEN MIT JA beantwortet ?

NEIN JA
**EPISODE EINER
MAJOR DEPRESSION
Mit Melancholischen
Merkmalen
AKTUELL**

➔ BEDEUTET: GEHEN SIE ZU DEN DIAGNOSEFELDERN, KREUZEN SIE ÜBERALL NEIN AN UND GEHEN SIE ZUM NÄCHSTEN MODUL ÜBER.

B. DYSTHYMIE

DIESEN ABSCHNITT NICHT EXPLORIEREN, WENN DER PATIENT AKTUELL DIE KRITERIEN DER EPISODE EINER MAJOR DEPRESSION ERFÜLLT

B1	Fühlten Sie sich in den vergangenen zwei Jahren überwiegend traurig, niedergeschlagen oder deprimiert?	➔ NEIN	JA	20
B2	Kam es in diesem Zeitraum vor, daß Sie sich mehr als zwei Monate gut fühlten?	NEIN	➔ JA	21
B3	Während dieser Zeit, in der Sie sich meistens deprimiert fühlten:			
a	Hat sich da Ihr Appetit merklich geändert?	NEIN	JA	22
b	Hatten Sie Schlafprobleme oder schliefen Sie zuviel?	NEIN	JA	23
c	Fühlten Sie sich müde oder energielos?	NEIN	JA	24
d	Haben Sie Ihr Selbstvertrauen verloren ?	NEIN	JA	25
e	Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder Entscheidungen zu treffen ?	NEIN	JA	26
f	Fühlten Sie sich hoffnungslos ?	NEIN	JA	27
	WURDEN 2 ODER MEHR B3 FRAGEN MIT JA BEANTWORTET?	➔ NEIN	JA	
B4	Haben Sie diese Probleme sehr belastet oder erheblich in Ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit, Ihren sozialen Beziehungen oder anderen Lebensbereichen beeinträchtigt?	➔ NEIN	JA	28

WURDE B4 MIT JA BEANTWORTET ?

NEIN JA

DYSTHYMIE

AKTUELL

→ BEDEUTET: GEHEN SIE ZU DEN DIAGNOSEFELDERN, KREUZEN SIE ÜBERALL NEIN AN UND GEHEN SIE ZUM NÄCHSTEN MODUL ÜBER.

C. SUIZIDALITÄT

Während des vergangenen Monats:

C1	Dachten Sie da, es wäre besser, tot zu sein oder wünschten Sie sich, zu sterben?	NEIN	JA	1
C2	Haben Sie versucht, sich selbst zu verletzen ?	NEIN	JA	2
C3	Dachten Sie daran, Selbstmord zu begehen?	NEIN	JA	3
C4	Machten Sie einen Plan, wie Sie sich das Leben nehmen könnten?	NEIN	JA	4
C5	Haben Sie versucht, Selbstmord zu begehen?	NEIN	JA	5

Während Ihres Lebens

C6	Haben Sie bereits schon einmal versucht, Selbstmord zu begehen ?	NEIN	JA	6
----	--	------	----	---

WURDE MINDESTENS 1 DER FRAGEN MIT **JA** beantwortet ?

FALLS JA, **SPEZIFIZIEREN** SIE DEN SCHWEREGRAD DES SUIZIDRISIKOS WIE FOLGT:

C1 oder C2 oder C6 = JA: GERING
 C3 oder (C2 + C6) = JA: MÄSSIG
 C4 oder C5 oder (C3 + C6) = JA: HOCH

NEIN JA

**SUIZIDRISIKO
 AKTUELL**

GERING
 MÄSSIG
 HOCH

→ BEDEUTET: GEHEN SIE ZU DEN DIAGNOSEFELDERN, KREUZEN SIE ÜBERALL NEIN AN UND GEHEN SIE ZUM NÄCHSTEN MODUL ÜBER.

D. MANISCHE EPISODE (Hypomanische Episode)

D1 a	Gab es bei Ihnen schon jemals eine Zeit, in der Sie sich so überschwänglich, aufgedreht und voller Energie fühlten, daß dies für Sie zu Problemen führte oder andere Leute dachten, daß Sie sich außergewöhnlich benehmen würden? WENN SIE NICHT UNTER DROGEN- ODER ALKOHOLEINFLUß STANDEN	NEIN	JA	1
	FALLS DER PATIENT NICHT GENAU VERSTEHT, WAS SIE MIT "ÜBERSCHWENGLICH" ODER "AUFGEDREHT" MEINEN, PRÄZISIEREN SIE: Mit "überschwänglich" oder "aufgedreht" meine ich: eine deutlich gehobene Stimmung, vermehrte Energie, geringeres Schlafbedürfnis, Gedankenrasen und Ideenfülle, gesteigerte Betriebsamkeit, Kreativität und Antrieb oder impulsives Verhalten?			
	FALLS JA :			
b	Fühlen Sie sich im Moment "überschwänglich", "aufgedreht" oder "voller Energie"?	NEIN	JA	2
D2 a	Gab es bei Ihnen schon jemals eine Zeit, in der Sie sich andauernd, mehrere Tage lang, so reizbar fühlten, daß Sie in verbale oder körperliche Auseinandersetzungen gerieten oder fremde Personen anschrien ?	NEIN	JA	3
	Haben Sie oder andere bemerkt, daß Sie im Vergleich zu anderen Menschen reizbarer waren oder überreagierten, selbst wenn Sie es in diesem Moment für gerechtfertigt hielten? WENN SIE NICHT UNTER DROGEN- ODER ALKOHOLEINFLUß STANDEN			
	FALLS JA :			
b	Fühlen Sie sich im Moment andauernd reizbar ?	NEIN	JA	4
	→			
	WURDE D1a ODER D2a MIT JA BEANTWORTET?	NEIN	JA	

D3 FALLS D1b ODER D2b = JA : EXPLORIEREN SIE NUR DIE **AKTUELLE** EPISODE
FALLS D1b UND D2b = NEIN : EXPLORIEREN SIE DIE **AUSGEPRÄGTESTE** FRÜHERE EPISODE

Während solcher Zeiten, als Sie sich "überschwänglich", voller Energie oder reizbar fühlten:

a	Hatten Sie das Gefühl, Dinge tun zu können, zu denen andere nicht fähig sind, oder eine besonders wichtige Person zu sein?	NEIN	JA	5
b	Brauchten Sie da weniger Schlaf (fühlten Sie sich z.B. nach nur wenigen Stunden Schlaf ausgeruht)?	NEIN	JA	6
c	Redeten Sie ununterbrochen oder so schnell, daß andere Schwierigkeiten hatten, Sie zu verstehen?	NEIN	JA	7
d	Hatten Sie das Gefühl, daß Ihnen die Gedanken durch den Kopf rasten?	NEIN	JA	8

M.I.N.I. 5.0.0 German Version / DSM-IV / current (September 1999)

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA)

➔ BEDEUTET: GEHEN SIE ZU DEN DIAGNOSEFELDERN, KREUZEN SIE ÜBERALL NEIN AN UND GEHEN SIE ZUM NÄCHSTEN MODUL ÜBER.

- | | | |
|--|----------------|----------|
| <p>e Waren Sie so zerstreut, daß Sie bereits durch eine kleine Unterbrechung den Faden verloren?</p> | <p>NEIN JA</p> | <p>9</p> |
|--|----------------|----------|
- | | | |
|--|----------------|-----------|
| <p>f Waren Sie derart aktiv oder ständig körperlich in Bewegung, daß sich andere Ithretwegen Sorgen machten?</p> | <p>NEIN JA</p> | <p>10</p> |
|--|----------------|-----------|
- | | | |
|--|----------------|-----------|
| <p>g Erschienen Ihnen bestimmte Aktivitäten derart angenehm und reizvoll, daß Sie die Risiken und Schwierigkeiten, die Ihnen daraus erwachsen würden, nicht beachteten (z.B. unüberlegte Einkäufe, rücksichtsloses Fahren oder leichtsinnige sexuelle Aktivitäten) ?</p> | <p>NEIN JA</p> | <p>11</p> |
|--|----------------|-----------|
- | | | |
|--|----------------------|--|
| <p>WURDEN 3 ODER MEHR D3 FRAGEN MIT JA BEANTWORTET ODER 4, FALLS D1a = NEIN (FRÜHERE EPISODE) ODER D1b = NEIN (AKTUELLE EPISODE) ?</p> | <p>➔
NEIN JA</p> | |
|--|----------------------|--|
- | | | |
|--|----------------|-----------|
| <p>D4 Haben diese Probleme mindestens eine Woche lang angedauert und waren sie Anlass für Schwierigkeiten zu Hause, bei der Arbeit oder in der Schule oder waren Sie wegen solcher Probleme stationär im Krankenhaus?
FALLS BEIDE BEJAHT, BEANTWORTEN SIE DIE FRAGE MIT JA</p> | <p>NEIN JA</p> | <p>12</p> |
|--|----------------|-----------|

WURDE D4 MIT NEIN BEANTWORTET ?

FALLS JA, SPEZIFIZIEREN SIE, OB "AKTUELLE EPISODE" ODER "FRÜHERE EPISODE"

NEIN	JA
HYPOMANISCHE EPISODE	
AKTUELL	<input type="checkbox"/>
FRÜHER	<input type="checkbox"/>

WURDE D4 MIT JA BEANTWORTET ?

FALLS JA; SPEZIFIZIEREN SIE, OB "AKTUELLE EPISODE" ODER "FRÜHERE EPISODE"

NEIN	JA
MANISCHE EPISODE	
AKTUELL	<input type="checkbox"/>
FRÜHER	<input type="checkbox"/>

→ BEDEUTET: GEHEN SIE ZU DEN DIAGNOSEFELDERN, KREUZEN SIE ÜBERALL NEIN AN UND GEHEN SIE ZUM NÄCHSTEN MODUL ÜBER.

E. PANIKSTÖRUNG

E1	Hatten Sie mehr als einmal Zustände oder Anfälle, bei denen Sie sich plötzlich voller Angst, beklommen oder unbehaglich fühlten, auch in Situationen, in denen die meisten Leute nicht so reagiert hätten? Erreichten diese Beschwerden innerhalb von 10 Minuten den Höhepunkt? KREUZEN SIE JA NUR DANN AN, WENN DIE BESCHWERDEN INNERHALB VON 10 MINUTEN DEN HÖHEPUNKT ERREICHTEN	NEIN	JA	1
	FALLS E1 = NEIN , BEI E5 NEIN ANKREUZEN UND ZU F1 WEITERGEHEN			
E2	Trat irgendeiner dieser Zustände oder Anfälle unerwartet und spontan auf oder war unvorhersehbar und ohne direkten Auslöser? FALLS E2 = NEIN , BEI E5 NEIN ANKREUZEN UND ZU F1 WEITERGEHEN	NEIN	JA	2
E3	Hatten Sie schon jemals nach einem derartigen Anfall einen Monat oder länger ständig Angst vor einem weiteren Anfall oder machten sich Sorgen über mögliche Folgen eines solchen Anfalls? FALLS E3 = NEIN , BEI E5 NEIN ANKREUZEN UND ZU F1 WEITERGEHEN	NEIN	JA	3
E4	Während des schlimmsten Anfalls, an den Sie sich erinnern können:			
a	Hatten Sie da Herzrasen oder starkes Herzklopfen?	NEIN	JA	4
b	Schwitzten Sie oder hatten feuchte Hände ?	NEIN	JA	5
c	Litten Sie unter Zittern oder Muskelzucken ?	NEIN	JA	6
d	Hatten Sie das Gefühl von Kurzatmigkeit oder Atemnot?	NEIN	JA	7
e	Hatten Sie Erstickungsgefühle oder einen Kloß im Hals?	NEIN	JA	8
f	Hatten Sie Schmerzen oder ein Druck,- oder Beklemmungsgefühl in der Brust?	NEIN	JA	9
g	Litten Sie unter Übelkeit oder plötzlich auftretende Magen-Darm-Beschwerden?	NEIN	JA	10
h	Fühlten Sie sich benommen, unsicher, schwindelig oder der Ohnmacht nahe?	NEIN	JA	11
i	Empfanden Sie die Dinge in Ihrer Umgebung eigenartig, unwirklich oder ungewohnt? Oder fühlten Sie sich selbst ganz oder teilweise losgelöst bzw. außerhalb Ihres Körpers?	NEIN	JA	12
j	Hatten Sie Angst, verrückt zu werden oder die Kontrolle über sich zu verlieren?	NEIN	JA	13
k	Litten Sie unter Todesangst ?	NEIN	JA	14
l	Hatten Sie Kribbeln oder Taubheitsgefühle?	NEIN	JA	15
m	Litten Sie unter Hitzewallungen oder Kälteschauern ?	NEIN	JA	16
E5	WURDEN SOWOHL E3 ALS AUCH 4 ODER MEHR E4 FRAGEN MIT JA BEANTWORTET? FALLS E5 = NEIN , WEITERGEHEN ZU E7	NEIN	JA	
			<i>Panikstörung "Lifetime"</i>	
E6	Hatten Sie im vergangenen Monat häufiger solche Anfälle (2 oder mehr) und ständig Angst vor einem weiteren Anfall? FALLS E6 = JA , WEITERGEHEN ZU F1	NEIN	JA	17
			<i>Panikstörung Aktuell</i>	
E7	WURDEN 1, 2 ODER 3 SYMPTOME IN E4 MIT JA BEANTWORTET	NEIN	JA	18
			<i>Panikattacken symptomarm Aktuell</i>	

M.I.N.I. 5.0.0 German Version / DSM-IV / current (September 1999)

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA)

➔ BEDEUTET: GEHEN SIE ZU DEN DIAGNOSEFELDERN, KREUZEN SIE ÜBERALL NEIN AN UND GEHEN SIE ZUM NÄCHSTEN MODUL ÜBER.

F. AGORAPHOBIE

F1	Fühlen Sie sich ängstlich oder unbehaglich an Orten oder in Situationen, aus denen es im Falle eines Panikanfalls oder der gerade besprochenen panikartigen Symptome schwierig wäre zu fliehen oder keine Hilfe erreichbar wäre, wie z.B. in einer Menschenmenge, einer Warteschlange, fern von zu Hause, wenn Sie allein zuhause sind oder sich auf einer Brücke, im Bus, Zug oder Auto befinden?	NEIN	JA	19
----	--	------	----	----

FALLS **F1** = **NEIN**, BEI F2 NEIN ANKREUZEN

F2	Fürchten Sie diese Orte/ Situationen so sehr, daß Sie sie vermeiden, sich darin sehr unbehaglich fühlen oder diese nur in Begleitung aufsuchen würden?	NEIN	JA	20
----	--	------	----	----

*Agoraphobie
Aktuell*

WURDE **F2** (AKTUELLE AGORAPHOBIE) **VERNEINT**
und
WURDE **E6** (AKTUELLE PANIKSTÖRUNG) **BEJAHT** ?

NEIN JA

**PANIKSTÖRUNG
ohne Agoraphobie
AKTUELL**

WURDE **F2** (AKTUELLE AGORAPHOBIE) **BEJAHT**
und
WURDE **E6** (AKTUELLE PANIKSTÖRUNG) **BEJAHT** ?

NEIN JA

**PANIKSTÖRUNG
mit Agoraphobie
AKTUELL**

WURDE **F2** (AKTUELLE AGORAPHOBIE) **BEJAHT**
und
WURDE **E5** (PANIKSTÖRUNG „LIFETIME“) **VERNEINT** ?

NEIN JA

**AGORAPHOBIE
Ohne frühere Panikstörung
AKTUELL**

➔ BEDEUTET: GEHEN SIE ZU DEN DIAGNOSEFELDERN, KREUZEN SIE ÜBERALL NEIN AN UND GEHEN SIE ZUM NÄCHSTEN MODUL ÜBER.

G. SOZIALE PHOBIE (SOZIALE ANGSTSTÖRUNG)

G1	Hatten Sie im vergangenen Monat Angst, die Aufmerksamkeit anderer auf sich zu ziehen oder war Ihnen die Vorstellung peinlich, in bestimmten sozialen Situationen bloßgestellt zu werden, z.B. vor einer Gruppe das Wort zu ergreifen, in Gegenwart anderer zu essen oder zu schreiben oder in anderen sozialen Bereichen beurteilt zu werden?	➔ NEIN	JA	1
G2	Glauben Sie, daß diese Angst übertrieben oder unsinnig ist ?	➔ NEIN	JA	2
G3	Fürchten Sie diese sozialen Situationen so sehr, daß Sie sie vermeiden oder sich darin sehr unwohl fühlen?	➔ NEIN	JA	3
G4	Fühlen Sie sich wegen dieser Angst in der Ausführung Ihrer alltäglichen Arbeiten, Ihren sozialen Aktivitäten oder in Ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt?	NEIN	JA	4

WURDE G4 BEJAHT ?

NEIN JA

SOZIALE PHOBIE
AKTUELL

➔ BEDEUTET: GEHEN SIE ZU DEN DIAGNOSEFELDERN, KREUZEN SIE ÜBERALL NEIN AN UND GEHEN SIE ZUM NÄCHSTEN MODUL ÜBER.

H. ZWANGSSTÖRUNG

H1	Haben Sie im Verlauf des vergangenen Monats unter aufdringlichen Gedanken oder Vorstellungen gelitten, die unaufhörlich wiederkamen, ohne daß Sie es wollten und die Sie als unangemessen, ängstigend oder belastend erlebten? (Z.B. der Gedanke, daß Sie schmutzig wären oder Keime an sich hätten oder Angst davor, andere zu kontaminieren oder Angst davor, einer anderen Person Schmerz oder Schaden zuzufügen, obwohl Sie dies nicht wollten oder Angst davor, irgendeinen Impuls in die Tat umzusetzen oder die Vorstellung, für alle möglichen Dinge, die schief laufen könnten, die Verantwortung zu tragen oder aufdringliche sexuelle oder religiöse Vorstellungen oder Impulse)	NEIN	JA	1
<p>NICHT ZU BERÜCKSICHTIGEN SIND ÜBERMÄSSIGE BESORGNIS ÜBER PROBLEME DES TÄGLICHEN LEBENS UND IMMER WIEDERKEHRENDE GEDANKEN IM ZUSAMMENHANG MIT ANDEREN STÖRUNGEN (EßSTÖRUNG, SEXUELLE DEVIATION, PATH. ALKOHOL,- ODER DROGENKONSUM, PATH. SPIELEN), WEIL DER PATIENT DANN AN DER AKTIVITÄT SELBST FREUDE FINDEN KÖNNTE UND IHR NUR WEGEN IHRER NEGATIVEN KONSEQUENZEN WIDERSTEHEN WÜRDE.</p>				

FALLS H1 = NEIN, WEITERGEHEN ZU H4

H2	Sind Ihnen diese Vorstellungen immer wieder in den Sinn gekommen, selbst wenn Sie versuchten, sie zu ignorieren oder sie loszuwerden?	NEIN	JA	2
----	---	------	----	---

FALLS H2 = NEIN, WEITERGEHEN ZU H4

H3	Glauben Sie, dass diese Vorstellungen Ihre eigenen Gedanken sind und dass sie Ihnen nicht von außen eingegeben wurden?	NEIN	JA	3
----	--	------	----	---

H4	Haben Sie im Verlauf des vergangenen Monats den Drang verspürt, bestimmte Dinge immer wieder zu tun, ohne dem widerstehen zu können, wie z.B. immer wieder Ihre Hände oder andere Dinge zu waschen, immer wieder bestimmte Dinge zu kontrollieren (z.B. Herd, Tür) oder zu ordnen oder Handlungen wie z.B. ständiges Zählen oder Wörterwiederholen ?	NEIN	JA	4
----	--	------	----	---

WURDE H3 ODER H4 BEJAHT ?

➔
NEIN JA

H5	Kamen Ihnen diese immer wiederkehrenden Vorstellungen/ Handlungen übertrieben oder unsinnig vor?	NEIN	JA	5
----	--	------	----	---

➔
NEIN JA

H6	Beeinträchtigen Sie diese immer wiederkehrenden Vorstellungen/ Handlungen bei Ihren alltäglichen Verrichtungen, Ihrer Arbeit, Ihren sozialen Aktivitäten oder Beziehungen oder nahmen mehr als 1 Stunde pro Tag in Anspruch?	NEIN	JA	6
----	--	------	----	---

WIRD G6 BEJAHT?

NEIN JA

ZWANGSSTÖRUNG

AKTUELL

➔ BEDEUTET: GEHEN SIE ZU DEN DIAGNOSEFELDERN, KREUZEN SIE ÜBERALL NEIN AN UND GEHEN SIE ZUM NÄCHSTEN MODUL ÜBER.

I. POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (optional)

11	Erlebten Sie jemals selbst oder wurden Sie Zeuge eines traumatischen Ereignisses, das tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine ernsthafte Verletzung für Sie oder eine andere Person beinhaltete? BEISPIELE: LEBENSBEDROHLICHER UNFALL, GEWALTTÄTIGER SEXUELLER ODER KÖRPERLICHER ANGRIF, TERRORANSCHLAG, GEISELNAHME, ENTFÜHRUNG, BEWAFFNETER RAUBÜBERFALL, BRANDKATASTROPHE, AUFFINDEN EINER LEICHE, UNERWARTETER TOD EINES ANGEHÖRIGEN, KRIEG, NATURKATASTROPHEN) War dies für Sie mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen verbunden?	➔ NEIN JA	1
12	Haben Sie das Ereignis im Verlauf des vergangenen Monats auf belastende Weise wiedererlebt (z.B. durch wiederkehrende Träume, intensiv erlebte Erinnerungen, flashbacks oder körperliche Beschwerden) ?	➔ NEIN JA	2
13	Während des vergangenen Monats : a Vermieden Sie Gedanken an das Ereignis oder vermieden Sie Situationen oder Dinge, die Sie daran erinnern? b Hatten Sie Schwierigkeiten, sich an einen wichtigen Aspekt des Ereignisses zu erinnern? c Ließ Ihr Interesse an Hobbies oder sozialen Aktivitäten nach? d Fühlten Sie sich von anderen Menschen entfremdet? e Hatten Sie den Eindruck, daß Ihre Gefühle abgestumpft sind? f Hatten Sie das Gefühl, daß Ihre Lebenserwartungen durch das Ereignis eingeschränkt werden?	NEIN JA NEIN JA NEIN JA NEIN JA NEIN JA NEIN JA ➔ NEIN JA	3 4 5 6 7 8
	WURDEN 3 OR MEHR 13 FRAGEN MIT JA BEANTWORTET ?	NEIN JA	
14	Während des vergangenen Monats : a Hatten Sie da Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen? b Waren Sie besonders reizbar oder hatten Sie Wutanfälle? c Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren? d Waren Sie unruhig oder ständig "auf dem Sprung"? e Waren Sie übermäßig schreckhaft ?	NEIN JA NEIN JA NEIN JA NEIN JA NEIN JA ➔ NEIN JA	9 10 11 12 13
	WURDEN 2 ODER MEHR 14 FRAGEN MIT JA BEANTWORTET?	NEIN JA	
15	Haben Sie diese Probleme während des vergangenen Monats bei Ihrer Arbeit oder Ihren sozialen Aktivitäten beeinträchtigt oder fühlten Sie sich hierdurch sehr belastet?	NEIN JA	14
	WURDE 15 BEJAHT ?	NEIN JA POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGS-STÖRUNG AKTUELL	

➔ BEDEUTET: GEHEN SIE ZU DEN DIAGNOSEFELDERN, KREUZEN SIE ÜBERALL NEIN AN UND GEHEN SIE ZUM NÄCHSTEN MODUL ÜBER.

J. ALKOHOLABHÄNGIGKEIT/-MISSBRAUCH

J1	Ist es während der vergangenen 12 Monate mehr als dreimal vorgekommen, daß Sie mehr als 3 alkoholische Getränke innerhalb von 3 Stunden getrunken haben?	➔ NEIN JA	1
----	--	--------------	---

J2 Während der vergangenen 12 Monate :

a	Benötigten Sie da mehr Alkohol als früher, um die gleiche Wirkung zu erzielen?	NEIN JA	2
b	Wenn Sie weniger getrunken haben, zitterten dann Ihre Hände, schwitzten Sie oder fühlten sich erregt? Kam es vor, dass Sie tranken, um derartige Beschwerden oder einen Kater zu vermeiden? <small>WENN EINES HIERVON ZUTRIFFT, KREUZEN SIE JA AN</small>	NEIN JA	3
c	Kam es vor, daß Sie mehr tranken als ursprünglich beabsichtigt?	NEIN JA	4
d	Haben Sie bereits erfolglos versucht, Ihren Alkoholkonsum einzuschränken oder gar nicht mehr zu trinken?	NEIN JA	5
e	Verbrachten Sie an den Tagen, an denen Sie tranken, sehr viel Zeit damit, sich Alkohol zu besorgen, Alkohol zu trinken oder sich von der Alkoholwirkung zu erholen?	NEIN JA	6
f	Haben Sie Ihre Aktivitäten, wie Arbeit, Freizeit oder soziale Kontakte, aufgrund Ihres Alkoholkonsums eingeschränkt?	NEIN JA	7
g	Haben Sie weiterhin getrunken, obwohl Sie wußten, daß dies bei Ihnen zu gesundheitlichen oder seelischen Problemen führte?	NEIN JA	8

WURDEN 3 ODER MEHR J2 FRAGEN MIT JA BEANTWORTET ?

NEIN JA

**ALKOHOL-
ABHÄNGIGKEIT
AKTUELL**

J3	ZEIGT DER PATIENT ALKOHOLABHÄNGIGKEIT? Während der vergangenen 12 Monate:	➔ NEIN JA	
a	Waren Sie mehrmals betrunken oder verkatert, als Sie Aufgaben zu erledigen hatten in der Schule, bei der Arbeit oder zu Hause? Hat dies zu Schwierigkeiten geführt? <small>KREUZEN SIE NUR DANN JA AN, WENN DIES PROBLEME VERURSACHT HAT</small>	NEIN JA	9

→ BEDEUTET: GEHEN SIE ZU DEN DIAGNOSEFELDERN, KREUZEN SIE ÜBERALL NEIN AN UND GEHEN SIE ZUM NÄCHSTEN MODUL ÜBER.

- | | | | | |
|---|--|------|----|----|
| b | Kam es vor, daß Sie schon einmal in irgendeiner Situation betrunken waren, in der ein Verletzungsrisiko bestand, z.B. beim Auto,- oder Motorradfahren oder Bedienen von Maschinen etc.)? | NEIN | JA | 10 |
| c | Hatten Sie wegen Ihres Trinkens irgendwelche Probleme mit dem Gesetz, z.B. eine Verhaftung oder Anzeige? | NEIN | JA | 11 |
| d | Haben Sie weiterhin Alkohol getrunken, obwohl Sie dadurch Probleme mit Ihrer Familie oder anderen Personen bekommen haben? | NEIN | JA | 12 |

WURDE 1 ODER MEHR J3 FRAGEN MIT JA BEANTWORTET?

NEIN JA

*ALKOHOL-
MISSBRAUCH
AKTUELL*

SUBSTANZ-LISTE

AMPHETAMIN	BENZIN	MORPHINE
CANNABIS	KLEBSTOFF	OPIUM
KOKAIN	GRAS	PALFIUM
CODEIN	HASCHISCH	PCP
CRACK	HEROIN	RITALIN
DILAUDID	LSD	TEMGESIC
ECSTASY	MARIJUANA	THC
AETHER	MESCALIN	TOLUEN
FREEBASE	METHADON	TRICHLORAETHYLEN

M.I.N.I.

M.I.N.I. 5.0.0 **German Version / DSM-IV / current (September 1999)**
 Y. Lecrubier, E. Weller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lepine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA)

➔ **BEDEUTET: GEHEN SIE ZU DEN DIAGNOSEFELDERN, KREUZEN SIE ÜBERALL NEIN AN UND GEHEN SIE ZUM NÄCHSTEN MODUL ÜBER.**

K. STÖRUNGEN IM ZUSAMMENHANG MIT PSYCHOTROPEN SUBSTANZEN

K1 Ich werde Ihnen jetzt eine Liste mit verschiedenen Drogen und Arzneimitteln zeigen.
 Nehmen Sie während der vergangenen 12 Monate irgendeine dieser Substanzen mehrmals ein, um "high" zu werden, sich besser zu fühlen oder Ihre Stimmung zu verändern? ➔
NEIN JA

KREUZEN SIE JEDE SUSTANZ AN, DIE EINGENOMMEN WURDE :

- Stimulantien: Amphetamine, "speed", Ritalin, Appetitzügler.
- Kokain: Crack, "speedball".
- Narkotika: Heroin, Morphine, Dilaudid, Opium, Methadon, Paracodein,
- Halluzinogene: LSD ("acid")Trips, Mescaline, Peyote, PCP ("angel dust"), Psilocybin, "Fliegenpilze", Ecstasy, MDA, oder MDMA.
- Schnüffelstoffe: Ethylchlorid, Lachgas, Pattex
- Marihuana: Haschisch, THC, "pot", "gras", "Sheet" Cannabis
- Tranquillantien: Valium, Halcion, Barbiturate, Flunitrazepam, Toxipon
- Verschiedene: Steroide, rezeptfreie Schlafmittel oder Appetitzügler. Weitere?

NENNEN SIE DIE AM HÄUFIGSTEN KONSUMIERTEN SUBSTANZEN: _____

SPEZIFIZIEREN SIE, AUF WELCHE SUBSTANZEN SICH IHRE WEITERE EXPLORATION BEZIEHT:

- JEDE EINZELNE SUBSTANZ (ODER SUBSTANZKLASSE)
- NUR DIE AM HÄUFIGSTEN KONSUMIERTE SUBSTANZ (ODER SUBSTANZKLASSE)
- BEI GEBRAUCH NUR EINER SUBSTANZ (ODER SUBSTANZKLASSE):

K2 Wenn Sie an Ihren Konsum von [NENNEN SIE DIE SUBSTANZ/ SUBSTANZKLASSE] während der vergangenen 12 Monate denken :

- | | | | |
|---|--|---------|---|
| a | Haben Sie bemerkt, daß Sie mehr [NAME DER SUBSTANZ/ SUBSTANZKLASSE] einnehmen mußten, um die gleiche Wirkung wie früher zu erzielen? | NEIN JA | 1 |
| b | Hatten Sie Entzugserscheinungen, wenn Sie versuchten, die Einnahme von [SUBSTANZ/ SUBSTANZKLASSE] einzuschränken oder ganz einzustellen (z.B. Schmerzen, Zittern, Fieber, Schwächegefühle, Übelkeit und Durchfall, Schwitzen, Herzklopfen, Schlafstörungen, Unruhe, Ängstlichkeit, Reizbarkeit und deprimierte Stimmung)?
Oder nahmen Sie irgendwelche Substanzen ein, um das Auftreten solcher Beschwerden (Entzugserscheinungen) zu vermeiden oder um sich besser zu fühlen?
WENN EINES HIERVON ZUTRIFFT, KREUZEN SIE JA AN | NEIN JA | 2 |
| c | Kam es wiederholt vor, daß Sie mehr [SUBSTANZ/ SUBSTANZKLASSE] konsumierten, als Sie ursprünglich beabsichtigten? | NEIN JA | 3 |

➔ BEDEUTET: GEHEN SIE ZU DEN DIAGNOSEFELDERN, KREUZEN SIE ÜBERALL NEIN AN UND GEHEN SIE ZUM NÄCHSTEN MODUL ÜBER.

- d Haben Sie bereits einmal erfolglos versucht, ihren Konsum von [SUBSTANZ/ SUBSTANZKLASSE] zu reduzieren oder einzustellen? NEIN JA 4
- e Verbrachten Sie an den Tagen, an denen Sie [SUBSTANZ/ SUBSTANZKLASSE] konsumierten, sehr viel Zeit (mehr als 2 Stunden) damit, diese Substanz zu besorgen, sie einzunehmen oder sich von ihrer Wirkung zu erholen? NEIN JA 5
- f Haben Sie ihre Aktivitäten wie Arbeit, Freizeit oder das Zusammensein mit Ihrer Familie oder Freunden aufgrund Ihres Substanzkonsums eingeschränkt? NEIN JA 6
- g Haben Sie weiterhin [SUBSTANZ/ SUBSTANZKLASSE] benutzt, obwohl Sie wußten, daß dies bei Ihnen zu gesundheitlichen oder seelischen Problemen führte? NEIN JA 7

WURDEN 3 ODER MEHR K2 FRAGEN MIT JA BEANTWORTET?

BENENNEN SIE DIE SUBSTANZ(EN): _____

NEIN JA

**SUBSTANZ-
ABHÄNGIGKEIT
AKTUELL**

ZEIGT DER PATIENT ABHÄNGIGKEIT VON DER (DEN) KONSUMIERTEN DROGEN?

NEIN ➔ JA

K3 Während der letzten 12 Monate:

- a Waren Sie durch die Einnahme von [SUBSTANZ/SUBSTANZKLASSE] berauscht oder fühlten sich verkatert oder high, als Sie Aufgaben zu erledigen hatten in der Schule, bei der Arbeit oder zu Hause? Hat dies zu Schwierigkeiten geführt? NEIN JA 8
KREUZEN SIE NUR DANN JA AN, WENN DIES PROBLEME VERURSACHT HAT
- b Kam es vor, daß Sie schon einmal in irgendeiner Situation von [SUBSTANZ/ SUBSTANZKLASSE] berauscht oder high waren, in der ein Verletzungsrisiko bestand, z.B. beim Auto,- oder Motorradfahren oder Bedienen von Maschinen etc.)? NEIN JA 9
- c Hatten Sie wegen Ihres Konsums von [SUBSTANZ/ SUBSTANZKLASSE] irgendwelche Probleme mit dem Gesetz, z.B. eine Verhaftung oder Anzeige? NEIN JA 10
- d Haben Sie weiterhin [SUBSTANZ/ SUBSTANZKLASSE] benutzt, obwohl Sie dadurch Probleme mit Ihrer Familie oder anderen Personen bekommen haben? NEIN JA 11

WURDE 1 ODER MEHR K3 FRAGEN MIT JA BEANTWORTET ?

BENENNEN SIE DIE SUBSTANZ(EN): _____

NEIN JA

**SUBSTANZ-
MISSBRAUCH
AKTUELL**

L. PSYCHOTISCHE STÖRUNGEN

FRAGEN SIE NACH EINEM BEISPIEL FÜR JEDE MIT JA BEANTWORTETE FRAGE. KREUZEN SIE NUR DANN JA AN, WENN DIE BEISPIELE KLAR ZEIGEN, DASS ES SICH UM EINE GEDANKEN-, ODER WAHRNEHMUNGSSTÖRUNG HANDELT ODER SICH DIE BEISPIELE NICHT MIT DER KULTURELLEN ZUGEHÖRIGKEIT DES PATIENTEN ERKLÄREN LASSEN.

BEURTEILEN SIE VOR DEM KODIEREN, OB DIE DENK- UND WAHRNEHMUNGSSTÖRUNGEN "BIZZAR" SIND.

BIZZARE WAHNVORSTELLUNGEN: DER INHALT IST OFFENSICHTLICH ABSURD, NICHT NACHVOLLZIEHBAR, UNVERSTÄNDLICH UND BASIERT NICHT AUF NORMALEN LEBENSERFAHRUNGEN

BIZZARE HALLUZINATIONEN: EINE STIMME, DIE DIE GEDANKEN UND HANDLUNGEN DER PERSON KOMMENTIERT ODER MEHRERE STIMMEN, DIE MITEINANDER SPRECHEN.

			BIZZARR
Ich werde Ihnen nun einige Fragen zu ungewöhnlichen Erlebnissen stellen, die bei manchen Menschen vorkommen können.			
L1 a	Hatten Sie jemals den Eindruck, daß jemand Sie ausspionierte, ein Komplott gegen Sie schmiedete oder daß man versuchte, Ihnen etwas anzutun? FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN.	NEIN JA	JA
b	FALLS JA : Glauben Sie das gegenwärtig auch?	NEIN JA	JA → L6a
L2 a	Hatten Sie jemals den Eindruck, dass jemand Ihre Gedanken lesen oder hören konnte oder daß Sie die Gedanken anderer lesen oder hören konnten?	NEIN JA	JA
b	FALLS JA : Glauben Sie das gegenwärtig auch?	NEIN JA	JA → L6a
L3 a	Hatten Sie jemals den Eindruck, daß eine aussenstehende Person oder Macht Ihnen Gedanken eingegeben hat, die nicht Ihre eigenen waren oder Sie beeinflusste, Dinge zu tun, die Sie normalerweise nicht tun würden? Hatten Sie jemals den Eindruck, besessen zu sein? FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN. NICHT-PSYCHOTISCHE BEISPIELE NICHT BERÜCKSICHTIGEN.	NEIN JA	JA
b	FALLS JA : Glauben Sie das gegenwärtig auch?	NEIN JA	JA → L6a
L4 a	Hatten Sie jemals den Eindruck, daß jemand über Fernsehen, Radio oder Zeitung spezielle Botschaften direkt an Sie sandte oder dass eine Ihnen unbekannt Person sich besonders für Sie interessierte?	NEIN JA	JA
b	FALLS JA : Glauben Sie das gegenwärtig auch?	NEIN JA	JA → L6a
L5 a	Haben Ihre Verwandten oder Freunde Ihnen jemals gesagt, daß sie Ihre Ideen für merkwürdig oder ungewöhnlich hielten? FRAGEN SIE NACH BEISPIELEN. KREUZEN SIE JA NUR DANN AN, WENN DIESE EINDEUTIGEN WAHNVORSTELLUNGEN IN L1 BIS L4 NICHT EXPLORIERT WURDEN, Z.B. GRÖSSENWAHN; VERARMUNGSWAHN SCHULD- ODER HYPOCHONDRISCHER WAHN.	NEIN JA	JA
b	FALLS JA : Glauben Ihre Angehörigen oder Freunde das gegenwärtig auch?	NEIN JA	JA
L6 a	Ist es Ihnen jemals passiert, daß Sie etwas hörten, was andere nicht hören konnten, z.B. Stimmen? HALLUZINATIONEN WERDEN NUR ALS " BIZZARR " EINGESTUFT, FALLS DER PATIENT DIE FOLGENDE FRAGE BEJAHT: Hörten Sie eine Stimme, die Ihre Gedanken oder Ihr Verhalten kommentierte oder hörten Sie zwei oder mehr Stimmen, die sich miteinander unterhielten?	NEIN JA	JA
b	FALLS JA : Hörten Sie derartige Dinge auch während des vergangenen Monats?	NEIN JA	JA → L8b
L7 a	Hatten Sie jemals eine Vision während Sie wach waren oder haben Sie		

M.I.N.I. 5.0.0 German Version / DSM-IV / current (September 1999)

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA)

<p>Dinge gesehen, die andere nicht sehen konnten? KREUZEN SIE NUR DANN JA AN, WENN SICH DIE VISIONEN NICHT MIT DER KULTURELLEN ZUGEHÖRIGKEIT DES PATIENTEN ERKLÄREN LASSEN</p>	<p>NEIN JA</p>	
<p>b FALLS JA : Hatten Sie derartige Visionen auch während des vergangenen Monats? <u>BEURTEILUNG DES UNTERSUCHERS :</u></p>	<p>NEIN JA</p>	
<p>L8 b ZEIGT DER PATIENT AKTUELL INKOHÄRENTES DENKEN ODER VERWORRENE SPRACHE ODER AUSGEPRÄGTE ASSOZIATIVE LOCKERUNG?</p>	<p>NEIN JA</p>	
<p>L9 b WIRKT DER PATIENT AKTUELL ZERFAHREN ODER KATATON?</p>	<p>NEIN JA</p>	
<p>L10b FÄLLT EINE NEGATIV-SYMPТОМАТИК WÄHREND DES INTERVIEWS AUF: Z.B. DEUTLICHE AFFEKTVERFLACHUNG, SPRACHVERARMUNG ODER UNFÄHIGKEIT, ZIELGERICHTETE AKTIVITÄTEN ZU BEGINNEN ODER DURCHFÜHREN?</p>	<p>NEIN JA</p>	
<p>L11 L1 BIS L10 : <ul style="list-style-type: none"> • WURDEN 1 ODER MEHR FRAGEN UNTER " b " BEANTWORTET MIT JA BIZARR? <p>ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> • WURDEN 2 ODER MEHR FRAGEN UNTER " b " BEANTWORTET MIT JA (NICHT BIZARR) ? </p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"> <p>NEIN JA</p> <p>PSYCHOTISCHE EPISODE AKTUELL</p> </td> </tr> </table>	<p>NEIN JA</p> <p>PSYCHOTISCHE EPISODE AKTUELL</p>
<p>NEIN JA</p> <p>PSYCHOTISCHE EPISODE AKTUELL</p>		
<p>L12 L1 BIS L7 : <ul style="list-style-type: none"> • WURDEN 1 ODER MEHR FRAGEN UNTER " a " BEANTWORTET MIT JA BIZARR? <p>ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> • WURDEN 2 ODER MEHR FRAGEN UNTER " a " BEANTWORTET MIT JA (NICHT BIZARR) ? (STELLEN SIE SICHER, DASS DIESE 2 SYMPTOME GLEICHZEITIG AUFTRATEN) <p>ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> • WURDE L11 BEANTWORTET MIT JA ? </p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"> <p>NEIN JA</p> <p>PSYCHOTISCHE EPISODE FRÜHER</p> </td> </tr> </table>	<p>NEIN JA</p> <p>PSYCHOTISCHE EPISODE FRÜHER</p>
<p>NEIN JA</p> <p>PSYCHOTISCHE EPISODE FRÜHER</p>		
<p>L13a FALLS L11 BEJAHT ODER MINDESTENS EIN JA BEI L1 BIS L7 ANGEKREUZT WURDE: BESTEHT BEI DEM PATIENTEN EINE EPISODE EINER MAJOR DEPRESSION (AKTUELL ODER FRÜHER) ODER EINE MANISCHE EPISODE (AKTUELL ODER FRÜHER)?</p>	<p style="text-align: center;">➔</p> <p>NEIN JA</p>	
<p>b WURDE L13A MIT JA BEANTWORTET? Sie hatten bereits berichtet, daß Sie Zeiten hatten, in denen Sie sich (deprimiert/ überschwenglich/ andauernd reizbar) fühlten. Traten diese Überzeugungen und Erfahrungen, die Sie gerade beschrieben haben (bejahte Symptome L1 bis L7), nur in solchen Zeiten auf, in denen Sie sich (deprimiert/ überschwenglich/ andauernd reizbar) fühlten?</p>	<p style="text-align: center;">➔</p> <p>NEIN JA</p>	
<p>WIRD L13b BEJAHT?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"> <p>NEIN JA</p> <p>AFFEKTIVE STÖRUNG MIT PSYCHOTISCHEN MERKMALEN AKTUELL</p> </td> </tr> </table>	<p>NEIN JA</p> <p>AFFEKTIVE STÖRUNG MIT PSYCHOTISCHEN MERKMALEN AKTUELL</p>
<p>NEIN JA</p> <p>AFFEKTIVE STÖRUNG MIT PSYCHOTISCHEN MERKMALEN AKTUELL</p>		

➔ BEDEUTET: GEHEN SIE ZU DEN DIAGNOSEFELDERN, KREUZEN SIE ÜBERALL NEIN AN UND GEHEN SIE ZUM NÄCHSTEN MODUL ÜBER.

M. ANOREXIA NERVOSA

M1 a Wie gross sind Sie?	|_|_|_|	Cm	
b Was war Ihr niedrigstes Gewicht in den vergangenen 3 Monaten?	|_|_|_|	Kg	
c LIEGT DAS GEWICHT DES PATIENTEN UNTER DEM KRITISCHEN SCHWELLENWERT? BEACHTEN SIE DIE TABELLE UNTEN	➔ NEIN JA		1

Während der vergangenen 3 Monate:

M2 Versuchten Sie da trotz Ihres niedrigen Gewichts, nicht zuzunehmen?	➔ NEIN JA		2
M3 Befürchteten Sie, zuzunehmen oder dick zu werden, obwohl Sie nur sowenig gewogen haben?	➔ NEIN JA		3
M4a Fanden Sie sich zu dick oder fanden Sie einen Teil Ihres Körpers zu dick?	NEIN JA		4
B Hing Ihr Selbstwertgefühl sehr von Ihrem Gewicht oder Ihrer Figur ab?	NEIN JA		5
C Glaubten Sie, normal- oder übergewichtig zu sein?	NEIN JA		6
M5 WURDE BEI M4 MINDESTENS EINE FRAGE BEJAHT?	➔ NEIN JA		
M6 BEI FRAUEN: Blieb während der vergangenen 3 Monate Ihre Regel aus, obwohl Sie nicht schwanger waren?	➔ NEIN JA		7

BEI FRAUEN : WURDEN M5 UND M6 BEJAHT?
BEI MÄNNERN: WURDE M5 BEJAHT?

NEIN JA
**ANOREXIA NERVOSA
AKTUELL**

TABELLE GRÖSSE / GEWICHT SCHWELLENWERTE (GRÖSSE-OHNE SCHUHE; GEWICHT-OHNE KLEIDUNG)

GRÖSSE (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
Frauen	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
Männer	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

DER KRITISCHE SCHWELLENWERT LIEGT BEI 15% UNTERHALB DES NORMALGEWICHTS ABHÄNGIG VON GRÖSSE UND GESCHLECHT DES PATIENTEN NACH DSM-IV

M.I.N.I. 5.0.0 German Version / DSM-IV / current (September 1999)

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA)

➔ BEDEUTET: GEHEN SIE ZU DEN DIAGNOSEFELDERN, KREUZEN SIE ÜBERALL NEIN AN UND GEHEN SIE ZUM NÄCHSTEN MODUL ÜBER.

N. BULIMIA NERVOSA

N1	Hatten Sie in den vergangenen drei Monaten “Freßanfälle” oder Zeiten, in denen Sie innerhalb kurzer Zeit (z.B. innerhalb von 2 Stunden) übermäßig große Mengen an Nahrung zu sich genommen haben?	➔ NEIN	JA	8
N2	Hatten Sie in den vergangenen drei Monaten mindestens zwei “Freßanfälle” pro Woche?	➔ NEIN	JA	9
N3	Hatten Sie während dieser Freßanfälle das Gefühl, keine Kontrolle über Ihr Eßverhalten zu haben?	➔ NEIN	JA	10
N4	Haben Sie irgend etwas unternommen, um nach solchen “Freßanfällen” einer Gewichtszunahme entgegenzusteuern, wie z.B. Erbrechen, Fasten, übermäßiger Sport, Einläufe oder Einnahme von Abführmitteln, Diuretika oder anderen Medikamenten?	➔ NEIN	JA	11
N5	Hängt Ihr Selbstwertgefühl sehr von Ihrem Gewicht oder Ihrer Figur ab?	➔ NEIN	JA	12
N6	SIND DIE KRITERIEN FÜR EINE ANOREXIA NERVOSA ERFÜLLT? FALLS N6 = NEIN, GEHEN SIE ZU N8	NEIN	JA	13
N7	Treten diese Freßanfälle nur auf, wenn Sie weniger wiegen als ____ kg *? * VERWENDEN SIE DEN KRITISCHEN SCHWELLENWERT AUS DER TABELLE IM ABSCHNITT ANOREXIA NERVOSA	NEIN	JA	14
N8	WURDE N5 BEJAHT UND N7 VERNEINT (ODER ÜBERSPRUNGEN)?	NEIN JA BULIMIA NERVOSA AKTUELL		
	WURDE N7 BEJAHT ?	NEIN JA ANOREXIA NERVOSA “Binge-Eating/Purging”- Typus AKTUELL		

➔ BEDEUTET: GEHEN SIE ZU DEN DIAGNOSEFELDERN, KREUZEN SIE ÜBERALL NEIN AN UND GEHEN SIE ZUM NÄCHSTEN MODUL ÜBER.

O. GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG

<p>O1 a Waren Sie in den vergangenen 6 Monaten oftmals übermäßig ängstlich und besorgt über viele verschiedene Dinge des täglichen Lebens wie z.B. Ihre finanzielle Situation, Ihre Arbeit, Familie oder Ihre Freunde?</p> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">KREUZEN SIE BEI O1a JA NUR DANN AN, WENN DIE ANGST NICHT AUF MERKMALE EINER ANDEREN STÖRUNG BESCHRÄNKT IST (Z.B. ANGST BEI PANIKATTACKEN, ANGST VOR ÖFFENTLICHEN SITUATIONEN BEI SOZIALER PHOBIE, ANGST VOR KRANKHEIT BEI ZWANGSSTÖRUNG ODER ANGST VOR GEWICHTSZUNAHME BEI EBSTÖRUNG).</p>	➔	NEIN	JA	1
<p>b Beschäftigten Sie diese Sorgen die meiste Zeit?</p>	➔	NEIN	JA	2
<p>O2 Fällt es Ihnen schwer, diese sorgenvollen Gedanken zu kontrollieren oder behindern diese Sorgen Sie in ihrer Konzentration?</p>	➔	NEIN	JA	3
<p>O3 KODIEREN SIE FÜR O3a BIS O3f NEIN FÜR SOLCHE SYMPTOME, DIE SICH AUF MERKMALE EINER VORHERGEHENDEN STÖRUNG BESCHRÄNKEN</p> <p>Als Sie sich in den vergangenen 6 Monaten ängstlich oder voller Sorge fühlten, hatten Sie da fast täglich folgende Beschwerden:</p>				
<p>a Fühlten Sie sich unruhig, aufgeregter und ständig "auf dem Sprung"?</p>		NEIN	JA	4
<p>b Fühlten Sie sich angespannt?</p>		NEIN	JA	5
<p>c Fühlten Sie sich müde, matt oder leicht erschöpfbar?</p>		NEIN	JA	6
<p>d Hatten Sie Probleme, sich zu konzentrieren oder fühlten Sie sich ganz leer im Kopf?</p>		NEIN	JA	7
<p>e Fühlten Sie sich oftmals reizbar ?</p>		NEIN	JA	8
<p>f Hatten Sie Schwierigkeiten zu schlafen (Ein,- oder Durchschlafschwierigkeiten, frühmorgendliches Erwachen oder übermäßiges Schlafen)?</p>		NEIN	JA	9

WURDEN 3 ODER MEHR O3 FRAGEN BEJAHT?

NEIN JA

**GENERALISIERTE
ANGSTSTÖRUNG
AKTUELL**

→ BEDEUTET: GEHEN SIE ZU DEN DIAGNOSEFELDERN, KREUZEN SIE ÜBERALL NEIN AN UND GEHEN SIE ZUM NÄCHSTEN MODUL ÜBER.

P. ANTISOZIALE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG (optional)

P1	Bevor Sie 15 Jahre alt waren, haben Sie da:			
a	Wiederholt Schule geschwänzt oder sind Sie trotz Verbot der Eltern über Nacht von zu Hause weggeblieben?	NEIN	JA	1
b	Wiederholt gelogen, andere "hereingelegt", betrogen oder gestohlen?	NEIN	JA	2
c	Häufig Schlägereien angezettelt oder andere schikaniert, bedroht, oder eingeschüchtert?	NEIN	JA	3
d	Absichtlich Dinge zerstört oder Feuer gelegt?	NEIN	JA	4
e	Absichtlich Tiere oder Menschen verletzt oder gequält?	NEIN	JA	5
f	Jemanden zu sexuellen Handlungen gezwungen?	NEIN	JA	6
			→	
	WURDEN 2 ODER MEHR P1 FRAGEN MIT JA BEANTWORTET?	NEIN	JA	
P2	KREUZEN SIE BEI DEN UNTENSTEHENDEN HANDLUNGEN NICHT JA AN, WENN DIESE AUSSCHLIEßLICH POLITISCH ODER RELIGIÖS BEGRÜNDET SIND			
	Haben Sie seit Ihrem 15. Lebensjahr:			
a	Wiederholt Verhaltensweisen gezeigt, die andere als unverantwortlich beurteilen würden, z.B. den finanziellen Verpflichtungen nicht nachzukommen oder keiner dauerhaften Tätigkeit nachzugehen?	NEIN	JA	7
b	Absichtlich Dinge getan, die gegen das Gesetz verstoßen, auch wenn Sie nicht dabei erwischt wurden (z.B. das Eigentum anderer zu beschädigen, Diebstähle zu begehen, Drogen zu verkaufen oder ein Kapitalverbrechen zu begehen)?	NEIN	JA	8
c	Handgreifliche Auseinandersetzungen gehabt (auch mit Ihrem Partner oder Ihren Kindern)?	NEIN	JA	9
d	Häufig gelogen oder andere Leute getäuscht, um sich einen Vorteil zu verschaffen oder einfach nur aus Spaß gelogen?	NEIN	JA	10
e	Andere Leute rücksichtslos in riskante oder gefährliche Situationen gebracht?	NEIN	JA	11
f	Ohne Gewissensbisse jemanden schlecht behandelt, verletzt oder angelogen oder gestohlen oder beschädigt?	NEIN	JA	12

WURDEN 3 ODER MEHR P2 FRAGEN BEJAHT?

**NEIN JA
ANTISOZIALE
PERSÖNLICHKEITS-
STÖRUNG
"LIFETIME"**

M.I.N.I. 5.0.0 **German Version / DSM-IV / current (September 1999)**

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA)

Anhang D Arbeitsbuch

The New Growth

Ein Weg zu mehr Widerstandsfähigkeit und Lebensfreude



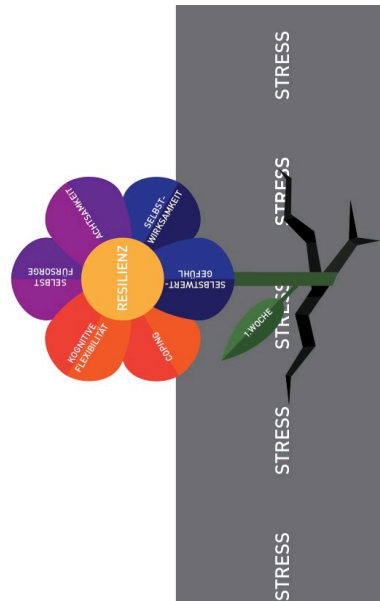
Das Arbeitsbuch von

Name:

Datum:

Woche 1

Einstieg ins Training – Resilienz kennenlernen und Probleme verstehen



Übung: Eine Reise in die Vergangenheit

Frühe Beziehungserfahrungen aus unserer Kindheit prägen unsere Persönlichkeit, unser Erleben und unsere Einstellungen bis heute. Um die Ursprünge Deines individuellen Stresserlebens noch besser zu verstehen, geht es zunächst darum, dass Du nochmal über wichtige Beziehungen aus Deiner Kindheit nachdenkst. Wähle im Folgenden die zwei Bezugspersonen aus, die Deine Kindheit im positiven wie im negativen Sinne am meisten geprägt haben. In der Regel waren das Deine Eltern/Pflegepersonen.

1. Bezugsperson: _____

Welche positiven Beziehungserfahrungen hast Du mit diesem Menschen gemacht? Füllen Dir Beispiele oder Situationen ein?

Was war schwierig an dieser Beziehung?

Wie hast Du Dich als Kind dieser Person gegenüber oft gefühlt? (z.B. klein, hilflos, geliebt usw.)

Inwiefern hattest Du das Gefühl, dass die Person Dich emotional unterstützt und für Dich da ist, wenn Du als Kind Probleme oder Ängste hattest? Setze ein Kreuz!

_____ | _____

gar nicht sehr

Übung: Probleme benennen

Wegen welcher Probleme oder Schwierigkeiten bist hier? Was belastet Dich oder setzt Dich unter Druck? Beschreibe Deine Probleme bitte möglichst konkret und in ganzen Sätzen. Bewerte auf einer Skala zwischen 1-10, wie sehr Dich das Problem belastet (1 = kaum Belastung, 10 = starke Belastung).

Problem	wahrgenommene Belastung (1-10)	
	Zu Beginn	Am Ende
1.		
2.		
3.		
4.		

In welchen Situationen hast Du von dieser Person positive Anerkennung und Zuneigung erhalten? Wann hat sie Dir Aufmerksamkeit geschenkt?

Wofür wurdest Du vielleicht verurteilt? Was wurde nicht gerne gesehen oder geduldet?

Inwiefern wirken sich die alten Beziehungserfahrungen mit dieser Person noch auf Deine Persönlichkeit im Hier und Jetzt aus? Was hat Dich geprägt?

2. Bezugsperson: _____

Welche positiven Beziehungserfahrungen hast Du mit diesem Menschen gemacht? Fallen Dir Beispiele oder Situationen ein?

Was war schwierig an dieser Beziehung?

Wie hast Du Dich als Kind dieser Person gegenüber oft gefühlt? (z.B. klein, hilflos, geliebt usw.)

Inwiefern hattest Du das Gefühl, dass die Person Dich emotional unterstützt und für Dich da ist, wenn Du als Kind Probleme oder Ängste hattest? Setze ein Kreuz!

gar nicht | sehr

In welchen Situationen hast Du von dieser Person positive Anerkennung und Zuneigung erhalten? Wann hat sie Dir Aufmerksamkeit geschenkt?

Wofür wurdest Du vielleicht verurteilt? Was wurde nicht gerne gesehen oder geduldet?

Inwiefern wirken sich die alten Beziehungserfahrungen mit dieser Person noch auf Deine Persönlichkeit im Hier und Jetzt aus? Was hat Dich geprägt?

Denke zum Schluss nochmal an Deine gesamte Herkunftsfamilie. Gibt es in Deinem heutigen Leben noch Situationen, in denen Du Dich ähnlich fühlst, wie damals als Kind? Wenn ja, welche sind das?

Wenn Du alle Fragen beantwortet konntest, bist Du Deinen persönlichen Stress-Auslösern schon sehr nah auf den Fersen. Super!

Hausaufgabe

Trainingsplan: Progressive Relaxation

Wie oft möchtest Du die Übung in der kommenden Woche durchführen: _____

Notiere hier Deinen Trainingserfolg:

Datum	Uhrzeit	Konzentration (0 = sehr schlecht; 5 = sehr gut)	Entspannung (0 = sehr schlecht; 5 = sehr gut)
		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

Abschließende Bewertung:

Als wie hilfreich bewertest Du die Übung zum Trainieren Deiner Entspannungsfähigkeit?
(0 = gar nicht hilfreich; 10 = sehr hilfreich)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Übung: Negative Denkmuster identifizieren

Negative Denkmuster: Mein Selbstwert	Trifft zu
Ich bin dumm!	
Ich genüge nicht!	
Ich sehe nicht gut genug aus!	
Ich bin nichts wert!	
Ich kann nichts!	
Ich bin zu faul!	
Meine Leistung reicht nicht aus!	
Ich bin unverletzbar!	
Ich bin langweilig!	
Ich bin ein Versager!	

Negative Denkmuster: Mein Verhalten	Trifft zu
Ich muss immer nett sein!	
Ich muss machen, was andere sagen!	
Ich darf nicht wütend werden vor anderen!	
Ich muss mich anderen anpassen!	
Ich muss stark sein!	
Streng Dich mehr an!	
Ich darf andere nicht enttäuschen!	
Ich darf nicht sein, wie ich bin!	
Ich muss funktionieren!	
Ich darf nicht fühlen!	
Ich darf keine Fehler machen!	
Ich darf nicht traurig werden vor anderen!	
Ich muss andere immer unterstützen!	
Ich darf meine Meinung nicht vertreten!	
Ich muss alles tun, damit ich gemocht werde!	
Ich darf nicht Nein sagen!	

Negative Denkmuster: Meine Beziehungen	Trifft zu
Ich falle zur Last!	
Ich bin unwichtig!	
Man versteht mich nicht!	
Man mag mich nicht!	
Ich bin unterlegen!	
Ich darf mich nicht behaupten!	
Ich bin schuldig!	
Ich kann Dir nicht vertrauen!	
Ich bin machtlos!	
Ich bin für Deine Laune verantwortlich!	

Negative Denkmuster: Meine Sicht aufs Leben	Trifft zu
Das Leben hat was gegen mich!	
Es kommt immer zu meinem Nachteil!	
Es hat eh alles keinen Sinn!	
Vertraue niemandem!	

Welche sind die Denkmuster mit der größten Macht über Dich? Wähle 2-3 aus.

Welche Gefühle lösen die Denkmuster in Dir aus?

Durch welche früheren Erfahrungen hast Du möglicherweise gelernt, so zu denken?

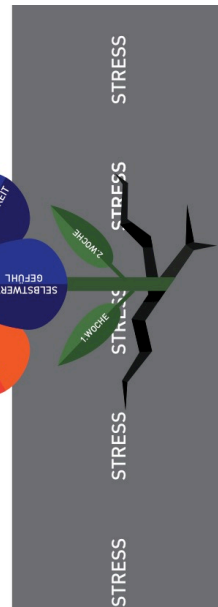
Merke:

Negative Denkmuster haben ihren Ursprung in der Kindheit und verfestigen sich im Laufe des Lebens immer mehr. Es ist normal, dass wir diese Denkmuster mit der Zeit so sehr verinnerlichen, dass wir sie voll und ganz als zu uns gehörig empfinden und von ihrer Richtigkeit überzeugt sind. Sie verankern sich in Deinem Gehirn und verzerrt Deine Wahrnehmung, Deine Bewertung und Deine Erinnerungen in eine negative Richtung. Dabei lösen sie in Dir Gefühle wie Hilflosigkeit, Angst oder Wertlosigkeit aus.

Damit das Training für Dich erfolgreich verlaufen kann und Du Deine Resilienz stärkst, ist es besonders wichtig, dass Du lernst, Deine erlernten negativen Denkmuster schnell zu erkennen.

Woche 2

Auf dem Weg zur Resilienz – altes Schutzverhalten abbauen und neue Ziele setzen



Übung: Schutzmechanismen identifizieren
 Bewerte folgende Aussagen, ob sie für Dich zutreffen oder nicht (0 = trifft nicht zu, 1 = trifft etwas zu; 2 = trifft sehr zu). Addiere im Anschluss die Werte für jede einzelnen Schutzmechanismus.

Schutzmechanismus: C	Trifft nicht zu = 0 Trifft etwas zu = 1 Trifft sehr zu = 2
Ich achte darauf, dass ich bei anderen in einem guten Licht dastehe.	
Ich gebe mich nach außen anders, als ich eigentlich bin.	
Ich versuche immer, die Erwartungen meiner Mitmenschen zu erfüllen oder zu übertreffen.	
Ich versuche, überall einen guten Eindruck zu machen.	
Ich tue manchmal so, als sei ich Herr der Lage, auch wenn ich es nicht bin.	
Mir fällt es schwer, vor anderen zu meinen Schwächen und Bedürfnissen zu stehen.	
Summe:	

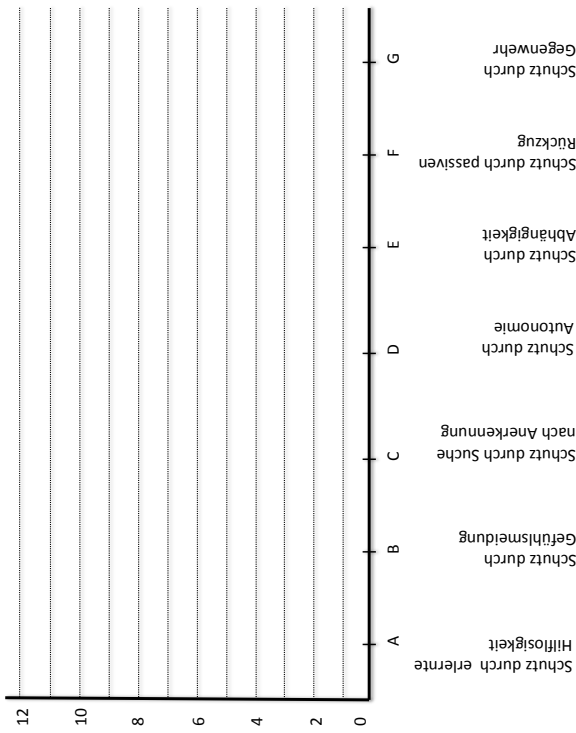
Schutzmechanismus: D	Trifft nicht zu = 0 Trifft etwas zu = 1 Trifft sehr zu = 2
Ich bin oft unsicher, ob ich anderen wirklich vertrauen kann.	
Es ist schrecklich, von anderen abhängig zu sein.	
Probleme mache ich meistens mit mir selbst aus, anstatt mich anderen anzuvertrauen.	
Ich gebe meist wenig Persönliches preis.	
Am liebsten mache ich alles selbst.	
Ich halte andere Menschen lieber auf Abstand.	
Summe:	

Schutzmechanismus: E	Trifft nicht zu = 0 Trifft etwas zu = 1 Trifft sehr zu = 2
Ich will andere nicht enttäuschen.	
Ich bin immer für andere da.	
Ich bin eher auf mich wütend, als auf andere.	

Schutzmechanismus: A	Trifft nicht zu = 0 Trifft etwas zu = 1 Trifft sehr zu = 2
Ich fühle mich meinen äußeren Umständen ausgeliefert.	
Mir fällt es schwer, Entscheidungen zu treffen und eigenverantwortlich umzusetzen.	
Ich verfallte schnell in Passivität, anstatt die Dinge aktiv anzugehen.	
Ich bin froh, wenn andere für mich entscheiden.	
Oft denke ich: „Das schaffe ich nicht.“	
Probleme halte ich eher aus oder verdränge sie, anstatt sie aktiv zu bewältigen.	
Summe:	

Schutzmechanismus: B	Trifft nicht zu = 0 Trifft etwas zu = 1 Trifft sehr zu = 2
Meinen negativen Gefühlen (z.B. Trauer, Angst) lasse ich nur selten freien Lauf.	
Anstatt mich zu fragen, was der Auslöser für meine Gefühle ist, versuche ich eher, sie zu verdrängen.	
Anstatt mich mit meinen Gefühlen auseinanderzusetzen, lenke ich mich gleich ab.	
Mir fällt es schwer, meine Gefühle zu beschreiben.	
Meistens höre ich eher auf meinen Kopf als auf mein Bauchgefühl.	
Mir fällt es schwer, meine Gefühle wahrzunehmen.	
Summe:	

Zeichne in der folgenden Abbildung die errechneten Summenwerte der verschiedenen Schutzmechanismen ein:



Was sind Deine beiden häufigsten Schutzmechanismen?

1. Schutzmechanismus: _____
2. Schutzmechanismus: _____

Ofť sage ich „Ja“, obwohl ich eigentlich „Nein“ meine.	
Ich passe mich anderen an, um nicht alleine dazustehen.	
Ich habe Sorge, dass sich andere von mir distanzieren.	
Summe:	

Schutzmechanismus: F	Trifft nicht zu = 0 Trifft etwas zu = 1 Trifft sehr zu = 2
Auch wenn ich innerlich wütend bin, bleibe ich vordergründig freundlich.	
Anstatt anderen einen Gefallen abzuschlagen, erfinde ich lieber Ausreden, warum ich diesen nicht erfüllen kann.	
Ich hasse es, kontrolliert oder bevormundet zu werden, äußere es aber nicht.	
Statt mich zu streiten, ziehe ich mich eher schweigend zurück.	
Ich komme schnell in Situationen, in denen mich die Erwartungshaltung anderer Menschen unter Druck setzt.	
Auch wenn ich innerlich aggressiv bin, leugne ich bei anderen dieses Gefühl.	
Summe:	

Schutzmechanismus: G	Trifft nicht zu = 0 Trifft etwas zu = 1 Trifft sehr zu = 2
Ich muss unbedingt die Oberhand behalten.	
Mir fällt es schwer, meine Wut runterzuschlucken.	
Ich fordere immer meine Rechte ein und setze mich durch.	
Wenn sich jemand respektlos mir gegenüber verhält, fahre ich aus der Haut.	
Wenn mir etwas nicht passt, kann ich dominant werden.	
Ich neige zu impulsiven Reaktionen, wenn ich mich in meinem Recht beschneiden fühle.	
Summe:	

Übung: Zielsetzung
 Du hast in den letzten beiden Wochen erkannt, in welchen Bereichen Deine Schwierigkeiten liegen und mit welchen Schutzmechanismen Du ihnen aus dem Weg gehst. Um Dein Schutzverhalten mit der Zeit ablegen zu können, steht in den kommenden Wochen die Stärkung Deiner Resilienz, also Deiner psychischen Widerstandsfähigkeit, im Vordergrund. Damit dies gelingt, solltest Du **konkrete** und **realistische Ziele** für das Training definieren. Was möchtest Du im Verlauf des Trainings für Dich erreichen bzw. verändern? Benenne für jeden der folgenden Resilienzbereiche ein oder zwei Ziele.

1. Ziele im Bereich kognitive Flexibilität & Coping:
 Deine Ziele in diesem Bereich sollen sich darauf beziehen, wie Du zukünftig mit belastenden Situationen und Problemen umgehen möchtest.

Ziel 1: _____

Ziel 2: _____

Diesen Kasten erst in der 8. Woche ausfüllen!
 In welchem Ausmaß konntest Du in diesem Bereich eine Verbesserung erreichen? Setze ein Kreuz!

0 _____ 10
 Ziel gar nicht erreicht Ziel voll erreicht

Woran hast du gemerkt, dass Du Deinen Zielen in diesem Bereich ein Stück näher gekommen bist?

2. Ziele im Bereich Selbstwirksamkeit & Selbstwertgefühl:
 Deine Ziele in diesem Bereich sollen sich drauf beziehen, welches positive Selbstbild Du zukünftig von Deiner Persönlichkeit und Deinen Fähigkeiten haben möchtest.

Ziel 1: _____

Ziel 2: _____

Diesen Kasten erst in der 8. Woche ausfüllen!
 In welchem Ausmaß konntest Du in diesem Bereich eine Verbesserung erreichen? Setze ein Kreuz!

0 _____ 10
 Ziel gar nicht erreicht Ziel voll erreicht

Woran hast du gemerkt, dass Du Deinen Zielen in diesem Bereich ein Stück näher gekommen bist?

3. Ziele im Bereich Selbstfürsorge & Achtsamkeit:
 Deine Ziele in diesem Bereich sollen sich darauf beziehen, wie Du zukünftig mit Deinen Bedürfnissen, Wünschen und Gefühlen umgehen möchtest.

Ziel 1: _____

Ziel 2: _____

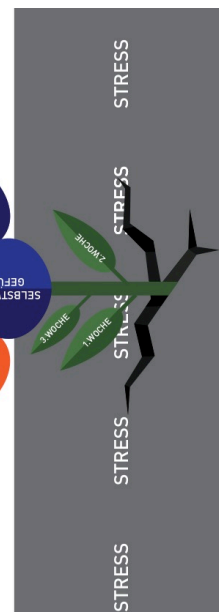
Diesen Kasten erst in der 8. Woche ausfüllen!
 In welchem Ausmaß konntest Du in diesem Bereich eine Verbesserung erreichen? Setze ein Kreuz!

0 _____ 10
 Ziel gar nicht erreicht Ziel voll erreicht

Woran hast du gemerkt, dass Du Deinen Zielen in diesem Bereich ein Stück näher gekommen bist?

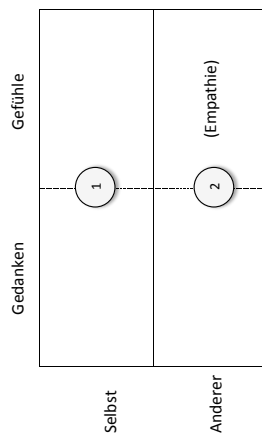
Woche 3

Resilientes Gedankenmanagement – Resilienzstrategien im Bereich kognitive Flexibilität & Coping



Resilienzstrategien im Bereich kognitive Flexibilität & Coping

1. Schärfe Deine Wahrnehmung!



Perspektive des Selbst: Wie hast Du Dich in der Position des „Selbst“ gefühlt? Wie hast Du die Situation bewertet?

Perspektive des anderen: Wie fühlt sich Dein Gegenüber? Was denkt er oder sie?

Perspektive des rationalen Beobachters: Wie analysierst Du die Situation von außen? Zu welcher Bewertung kommst du? Was würdest Du Dir selbst/Euch raten?

Finde die passenden Resilienzstrategien
 In den nächsten 3 Wochen wirst Du einige geeignete Strategien kennenlernen, die Dir helfen, Deine Resilienz zu stärken und Deine dysfunktionalen Schutzmechanismen abzubauen. Beachte, dass es sich bei Resilienz um einen individuellen Prozess handelt, der von Mensch zu Mensch unterschiedlich ist. Dementsprechend sind auch nicht alle Resilienzstrategien für jede Person gleich gut geeignet. Suche Dir die Strategien aus, die zu Dir passen. Folgende Strategien wirst Du in den nächsten Wochen kennenlernen:

Resilienzstrategien im Bereich kognitive Flexibilität & Coping:

1. *Schärfe Deine Wahrnehmung!*
2. *Akzeptiere, was Du nicht kontrollieren kannst!*
3. *Hinterfrage Deine Ursachenzuschreibung!*

Resilienzstrategien im Bereich Selbstfürsorge & Achtsamkeit:

1. *Nimm Deine Gefühle wahr!*
2. *Spüre Deine Bedürfnisse!*
3. *Habe Mitgefühl mit Dir selbst!*

Resilienzstrategien im Bereich Selbstwirksamkeit & Selbstwertgefühl:

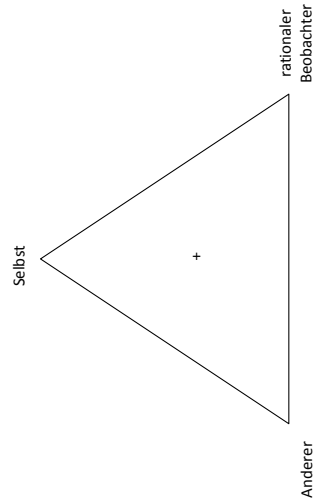
1. *Lerne aus schweren Zeiten!*
2. *Unterstütze Dich selbst!*
3. *Besinne Dich auf Deine Fähigkeiten!*

Vielleicht fallen Dir auch eigene Strategien ein, die Du bereits in Deinem Leben anwendest? Teile sie mit der Gruppe!

2. Akzeptiere, was Du nicht kontrollieren kannst!

Liegt innerhalb meines aktuellen Kontroll- und Verantwortungsbereichs	Liegt außerhalb meines aktuellen Kontroll- und Verantwortungsbereichs

Zu welcher Wahrnehmung tendierst Du in stressvollen zwischenmenschlichen Situationen? Bist Du eher bei Dir selbst und Deinen Gefühlen? Machst Du Dir eher Gedanken um das Befinden Deines Gegenübers? Oder bewertest Du die Situation eher unbeteiligt und rational? Setze ein Kreuz in das Dreieck.



Welche der drei Positionen fällt Dir schwer?

Merke:
 Menschen, die mühelos zwischen den drei Positionen wechseln können, sind in der Regel psychisch ausgeglichener und beziehungsfähig. Sie können bei sich bleiben und sich abgrenzen. Sie sind in der Lage, sich in ihr Gegenüber einzufühlen und dessen Bedürfnisse wahrzunehmen. Sie können aber auch die Gesamtsituation von außen rational analysieren und bewahren einen klaren Kopf.

Spüre besonders in schwierigen Situationen in Dich hinein und gehe die drei folgenden Fragen der Reihe nach durch.

1. Was fühle ich gerade? Wie geht es mir? Was brauche ich?
2. Wie geht es meinem Gegenüber mit mir? Wie fühlt er sich? Was denkt er? Warum verhält er sich gerade so?
3. Wie sieht die Perspektive aus Sicht des rationalen Beobachters aus? Wie würde er die Situation bewerten?

Versuche, immer wieder einen Ausgleich zwischen allen drei Perspektiven herzustellen!

Wähle aus der rechten Spalte der oberen Tabelle eine Sache aus, die Du zukünftig für Dich akzeptieren und annehmen möchtest, ohne sie zu kontrollieren.

Was kannst Du tun, damit Du Dein Vorhaben der Akzeptanz dieser Sache auch wirklich umsetzt?

Wähle aus der linken Spalte der oberen Tabelle eine Sache aus, die Du zukünftig für Dich ändern möchtest.

Was wirst Du konkret tun, damit sich die Sache in Deinem Leben verändert? Welche Schritte sind dafür notwendig?

Merke:

Resiliente Menschen haben die Bereitschaft, Situationen, die sie nicht kontrollieren und steuern können, grundlegend zu akzeptieren. Sie wissen, dass es Dinge auf der Welt gibt, die einfach passieren und die außerhalb ihres Einflussbereiches liegen. Sie gehören dazu. Sie sind nun einmal da. Die Fähigkeit der Akzeptanz erfordert das bewusste Erleben von Gefühlen, Gedanken und Erinnerungen, sowohl den positiven als auch den negativen. Lerne Akzeptanz, indem Du....

1. versuchst, die Vergangenheit als gegeben anzunehmen, ohne sie verdrängen oder schönreden zu müssen.
2. Dich in der Gegenwart zur bewussten Selbstannahme und Offenheit für Deine Gefühle entscheidest.
3. Dich allem Zukünftigen, Neuen und Unplanbaren neugierig und mutig zuwendest.

3. Hinterfrage Deine Ursachenzuschreibung!

Hinterfrage Deine Ursachenzuschreibung. Mit welcher Tendenz bewertest Du negative Ereignisse in Deinem Leben?

Siehst Du die Ursache für ein Problem eher bei Dir selbst oder in der Situation?

intern (bei mir selbst)	extern (in der Situation)
----------------------------	------------------------------

Siehst Du Probleme eher als vorübergehend oder als unveränderlich an?

stabil (unveränderlich)	variabel (vorübergehend)
----------------------------	-----------------------------

Sind Probleme für Dich eher allgegenwärtig oder auf bestimmte Situationen begrenzt?

generell (allgegenwärtig)	spezifisch (auf die Situation begrenzt)
------------------------------	--

Merke:

Welche Ursache Du einer Situation zuschreibst, hat direkte Auswirkungen auf Dein Empfinden und Deine Handlungen. Oftmals neigen Menschen mit Burnout oder Depression zu einer **negativ verzerrten Wahrnehmung** der Situation und einer **pessimistischen Ursachenzuschreibung**:

1. Sie sehen in sich selbst das Problem und nicht in den äußeren Umständen.
→ **intern**
2. Sie sehen das Problem als unveränderlich und nicht als vorübergehend.
→ **stabil**
3. Sie sehen das Problem als allgegenwärtig und nicht auf bestimmte Situationen bezogen.
→ **generell**

Achte also zukünftig auf eine situationsangemessene Ursachenzuschreibung und arbeite damit an Deiner Resilienz!

Hausaufgabe

Trainingsplan: Imaginationsübung „Problem ablegen“

Wie oft möchtest Du die Übung in der kommenden Woche durchführen: _____

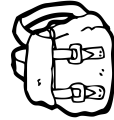
Notiere hier Deinen Trainingserfolg:

Datum	Uhrzeit	Konzentration (0 = sehr schlecht; 5 = sehr gut)	Akzeptanz (0 = sehr schlecht; 5 = sehr gut)
		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

Abschließende Bewertung:

Als wie hilfreich bewertest Du die Übung zum Trainieren Deiner Akzeptanz?
(0 = gar nicht hilfreich; 10 = sehr hilfreich)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Übung: Die drei Perspektiven der Wahrnehmung

In dieser Übung trainierst Du die drei verschiedenen Perspektiven der Wahrnehmung. Wähle aus der kommenden Woche **drei** zwischenmenschliche Situationen aus. Begebe Dich im Nachhinein imaginativ in die jeweilige Situation und versuche, Deine Gedanken und Gefühle in allen 3 Positionen achtsam wahrzunehmen.

1. Situation:

Deine Gedanken und Gefühle:

Die Gefühle und Gedanken Deines Gegenübers:

Die Bewertung des neutralen Beobachters:

2. Situation:

Deine Gedanken und Gefühle:

Die Gefühle und Gedanken Deines Gegenübers:

Die Bewertung des neutralen Beobachters:

3. Situation:

Deine Gedanken und Gefühle:

Die Gefühle und Gedanken Deines Gegenübers:

Die Bewertung des neutralen Beobachters:

Abschließende Bewertung:
 Inwiefern gelang es Dir, alle drei Perspektiven der Wahrnehmung einzunehmen?
 (0 = gar nicht; 10 = einwandfrei)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nächste Schritte:

Hast Du einen Wert von ≥ 7 angekreuzt? Dann solltest Du im nächsten Schritt versuchen, den Perspektivwechsel in der Situation selbst durchzuführen. Dafür solltest Du mit einfachen zwischenmenschlichen Situationen anfangen. Gelingt es Dir, kannst Du Dich allmählich steigern. Irgendwann sollte es Dir gelingen, selbst in schwierigen zwischenmenschlichen Situationen, wie z.B. in Konflikten, die Perspektiven zu wechseln. Keine Sorge, Übung macht den Meister! ☺

Notiere hier Deine Erfahrung:

Übung: Umdenken lernen (optional)

Finde eine schwierige Situation aus der nahen Vergangenheit, in der Deine negativen Denkmuster zum Tragen gekommen sind oder in der Du in Deine Schutzmechanismus geflüchtet bist. Versuche, die Situation mit den folgenden Fragen für Dich neu zu bewerten:

Deine ausgewählte Problemsituation:

Was denkst Du in der Situation?

Wie fühlst Du Dich?

Wie verhältst Du Dich, wenn Du so denkst du fühlst?

Liegt die Situation innerhalb Deines Kontroll- und Verantwortungsbereichs? Was steht unter Deiner Kontrolle, was nicht?

Kannst Du zu 100% sicher sein, dass die Ursachenzuschreibung richtig ist?
 Wenn nicht, welche alternativen Erklärungsmöglichkeiten gibt es noch?

Wie würdest Du die Situation aus der Beobachterposition wahrnehmen und bewerten?

Wie würde ein guter Freund/in die Situation bewerten? Was würde er/sie Dir raten?

Wie wirst Du später, in einem Monat oder in einem Jahr, über die Situation denken?

Welche positiven Aspekte bringt die Situation mit sich? Was kannst Du daraus lernen?

Wie fühlst Du Dich nach der Neubewertung der Situation?

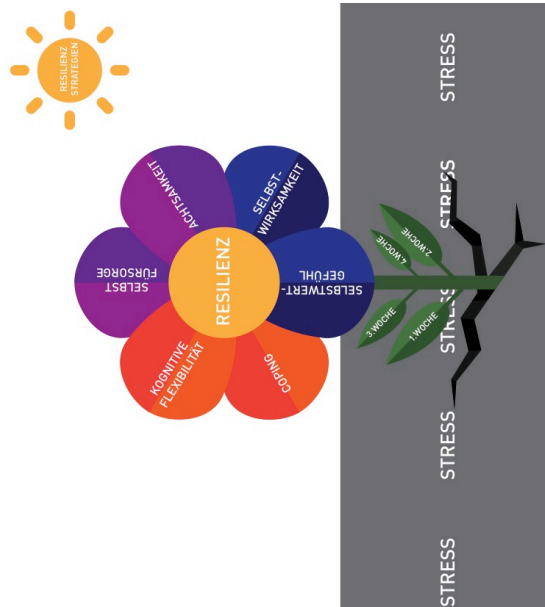
Welches alternative Verhalten würde daraus resultieren?

Reflektiere zum Schluss nochmal die Art und Weise, wie Du Situationen in Deinem Leben wahrnimmst und für Dich bewertest! Konzentriere Dich trotz negativer Umstände auf die positiven Aspekte der Situation und blickst optimistisch in die Zukunft? Oder konzentrierst Du Dich ausschließlich auf die negativen Aspekte und blickst pessimistisch in die Zukunft? Setze ein Kreuz!

positiv und optimistisch negativ und pessimistisch

Woche 4

Sich selbst ein guter Freund sein – Resilienzstrategien im Bereich Selbstfürsorge & Achtsamkeit



Wenn der angekreuzte Wert ≤ 2 (Gefühl eher unangemessen)
 Welche Erfahrungen aus der Vergangenheit könnten dafür verantwortlich sein, dass Du gelernt hast, Dich so zu fühlen?

Wie würdest Du Dich lieber fühlen (Zielgefühl)?

Was kannst Du tun, um Deinem Zielgefühl näher zu kommen?

Wenn der angekreuzte Wert ≥ 3 (Gefühl eher angemessen)
 Welches Bedürfnis steckt hinter dem Gefühl?

Was kannst Du tun, um dem Ausdruck Deines Gefühls und Deinem Bedürfnis besser gerecht zu werden?

Resilienzstrategien im Bereich Selbstfürsorge & Achtsamkeit

1. Nimm Deine Gefühle wahr!

Schätze auf einer Skala von 0 – 10 ein, wie schwer es Dir fällt, mit folgenden Gefühlen umzugehen. Wenn du Schwierigkeiten hast bei der Einschätzung, gehe danach, wie häufig Du das Gefühl empfindest.

Gefühl	0 = gar nicht schwer; 10 = sehr schwer	Gefühl	0 = gar nicht schwer; 10 = sehr schwer
Angst, Ängstlichkeit		Erschöpfung	
Einsamkeit		Leere	
Eifersucht		Nervosität	
Scham		Enge	
Wut, Ärger		Entmutigung	
Hilflosigkeit		Druck	
Unbeteiligtsein		Langeweile	
Unsicherheit		Trägheit	
Schuld/schlechtes Gewissen		Versteinerung/ Härte	
Selbstzweifel		Überforderung	

Suche Dir die zwei schwierigsten/häufigsten Gefühlen raus. Überlege Dir nun für jedes der beiden Gefühle: Welche Körperreaktionen gehen mit dem Gefühl einher (z.B. Druck auf der Brust, weiche Knie, Herzrasen...)? In welcher Situation tritt das jeweilige Gefühl typischerweise auf? Ist das Gefühl angemessen in der Situation oder eher unangemessen bzw. übertrieben?

Bedenke: Im zweiten Fall könnte es sich um ein Resultat aus Deiner Schutzmechanismen bzw. Deiner Kindheit handeln...

1. Gefühl: _____

In welchen Situationen tritt das Gefühl auf?

Welche Körperreaktionen gehen mit dem Gefühl einher? Wo spürst Du das Gefühl?

Überprüfe Dich selbst und betrachte die Situation aus einer neutralen Perspektive: Für wie angemessen hältst Du das Gefühl?



Wenn der angekreuzte Wert ≥ 3 (Gefühl eher angemessen)
 Welches Bedürfnis steckt hinter dem Gefühl?

Was kannst Du tun, um dem Ausdruck Deines Gefühls und Deinem Bedürfnis besser gerecht zu werden?

2. Gefühl: _____

In welchen Situationen tritt das Gefühl auf?

Welche Körperreaktionen gehen mit dem Gefühl einher? Wo spürst Du das Gefühl?

Überprüfe Dich selbst und betrachte die Situation aus einer neutralen Perspektive. Für wie angemessen hältst Du das Gefühl?

unangemessen für die Situation	0	1	2	3	4	5	angemessen für die Situation
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	------------------------------

Wenn der angekreuzte Wert ≤ 2 (Gefühl eher unangemessen)
 Welche Erfahrungen aus der Vergangenheit könnten dafür verantwortlich sein, dass Du gelernt hast, Dich so zu fühlen?

Wie würdest Du Dich lieber fühlen (Zielgefühl)?

Was kannst Du tun, um Deinem Zielgefühl näher zu kommen?

2. Spüre Deine Bedürfnisse!

Welche Bedürfnisse kommen in Deinem Leben häufig zu kurz?

Welche Beachtung haben Deine Eltern Deinen Bedürfnissen geschenkt?

In welchen Bereichen wirkt sich Deine Kindheit auf die Durchsetzung Deiner Bedürfnisse im Hier und Jetzt aus?

Was nimmst Du Dir vor, um Deine Selbstfürsorge zu verbessern und Deinen Bedürfnissen mehr Geltung zukommen zu lassen?

Merke:

Besonders angepasste Menschen, die sich mehr um das Befinden ihres Gegenübers sorgen, als sich um sich selbst zu kümmern, haben Schwierigkeiten, ihre eigenen Bedürfnisse und Wünsche zu spüren. Man hört sie oft sagen: „Ich weiß selbst nicht, was ich will!“. Um sich die Zuwendung ihrer Bezugspersonen so gut es geht zu bewahren, haben diese Menschen bereits in ihrer Kindheit gelernt, sich eher nach anderen auszurichten. Umso wichtiger ist es, das Gespür für die eigenen Bedürfnisse wieder zu schärfen!

Nur wer weiß, wie er sich fühlt und was er braucht, kann für sich einstehen und seine Resilienz verbessern!

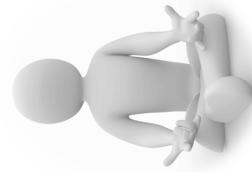
Ein Leitfaden zur Emotionsregulation:

1. *Lenke die Aufmerksamkeit bewusst auf Deinen Körper und nimm Dich selbst von Kopf bis Fuß wahr.*
2. *Nimm Dein negatives Gefühl bewusst wahr. Benenne es in Gedanken: Das ist Angst, das ist Ärger...*
3. *Frage Dich, wo Du das Gefühl im Körper spürst.*
4. *Schätze die Gefühlintensität ein (0-100).*
5. *Erforsche das Gefühl genauer: Was genau hat Dich geirrt/geirngt? Was hat jemand anderes gesagt oder getan? Woran hast Du gedacht, bevor es Dir schlecht ging?*
6. *Frage Dich, welche Bedürfnisse gerade nicht erfüllt sind, und richte Deine Handlungen nach diesen Bedürfnissen aus.*

Merke:

Gefühle jeder Art haben eine biologisch wichtige Funktion. Während angenehme Gefühle (z.B. Freude, Interesse, Geborgenheit) uns zeigen, dass es uns gerade gut geht und wichtige Bedürfnisse aktuell erfüllt sind, sind unangenehme Gefühle (z.B. Angst, Trauer, Wut) ein sicheres Zeichen dafür, dass bei uns seelisch oder körperlich gerade etwas nicht im „grünen Bereich“ ist und wichtige Bedürfnisse nicht erfüllt sind. Diese „negativen“ Gefühle signalisieren uns, dass gerade Handlungsbedarf besteht, und sollten aus diesem Grund weder gemieden noch übergangen werden! Das Prinzip der Achtsamkeit kann Dir helfen, auch in schwierigen Situationen Deine Gefühle als Wegweiser für Dein Verhalten zu nutzen, ohne Dich ihnen hilflos ausgeliefert zu fühlen.

Nutze den Leitfaden zur Emotionsregulation und erlerne einen gesunden Umgang mit Deinen Gefühlen!



Hausaufgabe

Trainingsplan: Mein sicherer Ort
 Nimm Dir in den kommenden Tagen ab und zu Zeit und begib Dich an Deinen sicheren Ort. Versuche dort, mit Deinem Resilienz Helfer Kontakt aufzunehmen. Entspanne Dich dabei. Nimm die angenehmen Gefühle anschließend mit in Deinen Alltag.
 Wie oft möchtest Du die Übung in der kommenden Woche durchführen: _____

Notiere hier Deinen Trainingserfolg:

Datum	Uhrzeit	Konzentration (0 = sehr schlecht; 5 = sehr gut)	Gefühl von innerer Sicherheit und Geborgenheit (0 = sehr schlecht; 5 = sehr gut)
		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

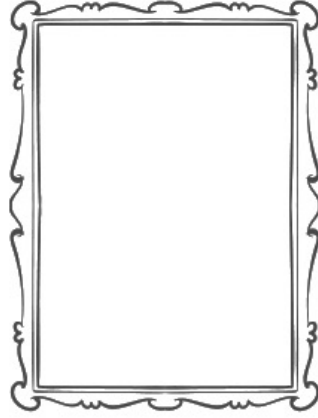
Abschließende Bewertung:
 Als wie hilfreich bewertest Du die Übung zum Trainieren Deiner Selbstfürsorge?
 (0 = gar nicht hilfreich; 10 = sehr hilfreich)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Habe Mitgefühl mit Dir selbst!

Was ist Dein Wohlfühl-Ort?

Weiches Symbol/Tier/Fabelwesen steht für Deinen Resilienz Helfer?



Welche Eigenschaften hat Dein Resilienz Helfer?

In welchen Situationen kann er Dich positiv unterstützen?

Gibt es eine Körpergeste, die Dir hilft, an Deinen sicheren Ort zurückzukehren und mit Deinem Resilienz Helfer Kontakt aufzunehmen?

Wenn ich etwas gut gemacht habe, lobe ich mich selbst dafür.	
Wenn es mir schlecht geht, mache ich mir positive Gedanken.	
Ich liebe mich.	
Ich richte mein Handeln nach meinen Bedürfnissen aus.	
Summe:	
Selbstfürsorge in Beziehungen	Trifft nicht zu = 0 Trifft etwas zu = 1 Trifft sehr zu = 2
Ich verbringe meine Zeit mit Menschen, mit denen ich gerne zu tun habe.	
Ich distanziere mich von Menschen, die mir nicht gut tun.	
In Freundschaften sorge ich dafür, dass es zu gleichen Teilen auch um meine Interessen und Bedürfnisse geht.	
In nahen Beziehungen öffne ich mich auch mit schwierigen Gefühlen (z.B. Trauer, Wut oder Angst).	
Ich spreche mit Freunden, wenn es mir schlecht geht.	
Ich wähle eine Partnerschaft, bei der mein Selbstwert erhalten bleibt.	
Summe:	
Selbstfürsorge im Alltag	Trifft nicht zu = 0 Trifft etwas zu = 1 Trifft sehr zu = 2
Ich sorge aktiv für positive Erlebnisse in meinem Alltag.	
Ich nehme mir ausreichend Zeit für meine Freizeitbeschäftigungen.	
Trotz Stress pflege ich kleine Wohlfühlrituale, die mir guttun.	
Im Alltag praktiziere Achtsamkeits- und Entspannungsübungen.	
Ich sorge für gute Erlebnisse in meinem Alltag.	
Ich frage mich, was ich tun kann, um mein Leben für mich interessant zu gestalten.	
Summe:	

Wo liegen die Stärken Deiner Selbstfürsorge?

Wo liegen die Schwächen in Deiner Selbstfürsorge?

Welchen Bereich möchtest Du verbessern? Was kannst Du dafür konkret tun? Wie möchtest Du das umsetzen?



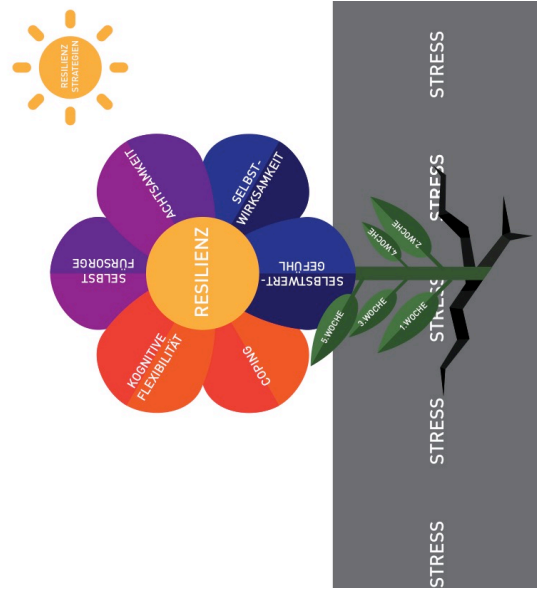
Resilienzstrategien im Bereich Selbstwirksamkeit & Selbstwertgefühl

1. *Lerne aus schweren Zeiten!*



Woche 5

Widerstandsfähig trotz schwerer Zeiten – Resilienzstrategien im Bereich Selbstwirksamkeit & Selbstwertgefühl



2. Unterstütze Dich selbst!

Was spürst Du in Deinem Körper, wenn Du in Deine „Resilienz-Pose“ gehst?

In welchen Situationen kannst Du die „Resilienz-Pose“ anwenden?

Wie lautet Dein positives Denkmuster?

Welche Gefühle löst Dein positives Denkmuster in Dir aus?
(z.B. Freude, Glück, Stolz, Durchsetzungsfähigkeit, Mut, Zufriedenheit, Interesse, Stärke, Ansehen, Selbstliebe, Gelassenheit, Leidenschaft, positiver Selbstwert...)

Welche Argumente sprechen für Dein positives Denkmuster?

„Ob du denkst, Du kannst es oder Du kannst es nicht: Du wirst auf jeden Fall recht behalten.“ (H. Ford)

Notiere hier die Ergebnisse aus der Partnerübung!

Was war schwer in Deiner Vergangenheit?

Mit welche Ressourcen und Fähigkeiten hast Du das bewältigt?

Wer oder was hat Dir dabei geholfen, die schweren Zeiten zu bewältigen?

Welche besonderen Qualitäten hast Du daraus entwickelt? Was hast Du gelernt?

Schritt 1: Problemanalyse
Bitte wähle eines Deiner Probleme aus. Wenn Dir auf Anhieb keines einfällt, kannst Du schauen, was Du Dir bei der ersten Sitzung aufgeschrieben hast.

Dein Problem in Stichworten:

In welcher Situation tritt das Problem zutage? Wer ist daran beteiligt? Was passiert genau?

Welche negativen Denkmuster liegen dem Problem zugrunde?

Wie fühlst Du Dich, wenn Du so denkst?

In welchen Schutzmechanismus flüchtest Du? Wie verhältst Du Dich?

Schritt 2: Zielanalyse
Welche positiven Gefühle würdest Du in der Situation lieber empfinden (Zielgefühl)?

Was ist Dein grundlegendes Ziel für dieses Problem? Wie würde eine Lösung idealerweise für Dich aussehen?

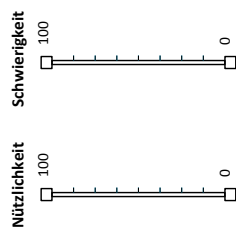
Kannst Du das Ziel in mehrere Teilziele untergliedern? Wenn ja, welche wären das?

In welcher Frage könnte Dir die Gruppe weiterhelfen? Formuliere ein Anliegen oder eine Fragestellung an die Gruppe!

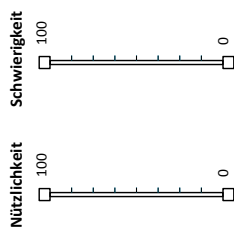
Schritt 4: Lösungsideen bewerten

Welche Lösungsideen kommen für Dich in Frage? Wähle drei aus und notiere zu jeder Idee, welche positiven/negativen Konsequenzen die Umsetzung für Dich mitbringen könnte. Bewerte anschließend, wie nützlich die Idee für Dich ist und wie schwierig Du die Umsetzung einschätzt.

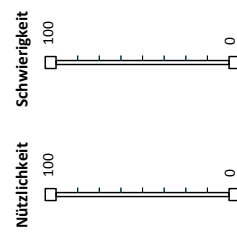
Idee:



Idee:



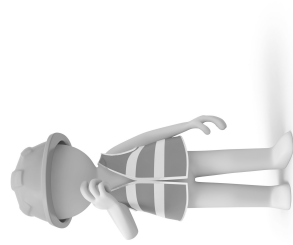
Idee:



Übung: Selbstreflexion

Was hast Du aus der Gruppenübung für Dich mitgenommen?

Horizontal lines for writing the reflection.



Hausaufgabe

Trainingsplan: Lieblingsübung (frei wählbar)

Welche Übung möchtest Du in der kommenden Woche trainieren:

Wie oft möchtest Du die Übung in der kommenden Woche durchführen: _____

Datum	Uhrzeit	Erfolg der Umsetzung (0 = sehr schlecht; 5 = sehr gut)
		0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5

Wie kannst Du diese Übung zukünftig in Deinen Alltag integrieren?

Übung: Resilienzstrategien bewerten

Bewerte die neu erlernten Resilienzstrategien nach ihrer Nützlichkeit!
(10 = sehr nützlich; 0 = gar nicht nützlich)

Resilienzstrategie	Nützlichkeit (0-10)
Schärfe Deine Wahrnehmung!	
Akzeptiere, was Du nicht kontrollieren kannst!	
Hinterfrage Deine Ursachenzuschreibung!	
Nimm Deine Gefühle wahr!	
Spüre Deine Bedürfnisse!	
Habe Mitgefühl mit Dir selbst!	
Lerne aus schweren Zeiten!	
Unterstütze Dich selbst!	
Besinne Dich auf Deine Fähigkeiten!	

Welche ist Deine Lieblingsstrategie? ☺

Wobei hilft Dir die Strategie?

Wie kannst Du es schaffen, dieser Strategie in Deinem Alltag mehr Bedeutung zukommen zu lassen?

Was erinnert Dich an die regelmäßige Durchführung Deiner Lieblingsstrategie?

Übung: Selbstbild vs. Fremdbild (Teil 1)
 Das Bild, das wir uns von uns selbst haben, weicht nicht selten von dem ab, wie andere uns wahrnehmen und was Sie in uns sehen. Die folgende Übung dient dazu, dass Du Dir Deiner Wirkung auf andere noch bewusster wirst. Du kannst außerdem den anderen Gruppenmitgliedern helfen, ihre Selbstwahrnehmung zu verbessern. Mach Dir keinen Kopf, wenn Dir bei der ein oder anderen Frage keine Antwort einfällt. Sich selbst und andere differenziert wahrzunehmen ist nämlich gar nicht so einfach...

1. Dein Selbstbild
 Was glaubst Du, welche Rolle Dir die anderen Gruppenmitglieder geben könnten? (Hier ein paar Beispiele: Experte, Berater, Seelsorger, Entertainer, Visionär, Alleinkämpfer, Gefährte, Teamplayer, Höchstleister, Leiter...). Begründe Deine Rollenvergabe!

Was glaubst du, welchen ersten Eindruck Du bei anderen hinterlässt? Wie wirkst Du auf andere? Wie fühlen sich andere in Deiner Gegenwart?

Welche Eigenschaften schätzen die anderen aus der Gruppe wohlmöglich an Dir?

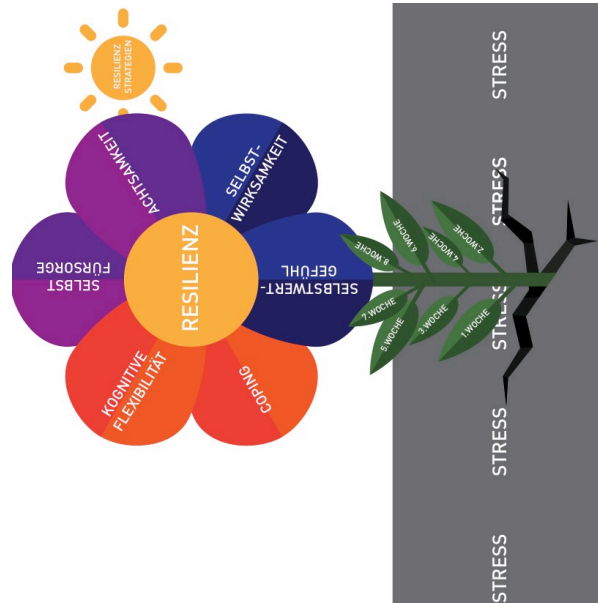
Schätze im nächsten Schritt die anderen Teilnehmer ein:

Notiere Deine Überlegungen auf dem Arbeitsblatt. Beziehe dich dabei auf folgende Fragen:

1. Überlege Dir eine Rolle, die die Person in Deinen Augen gut widerspiegelt. Welche wäre das? (Hier ein paar Beispiele: Experte, Berater, Seelsorger, Entertainer, Visionär, Alleinkämpfer, Gefährte, Teamplayer, Höchstleister, Leiter...). Begründe Deine Rollenvergabe!
2. Was war Dein erster Eindruck von der Person? Hat sich der Eindruck über die Zeit verändert? Wie fühlst Du Dich ihr gegenüber?
3. Welche Eigenschaften schätzt Du an der Person? Gibt es etwas, was Du ihr auf den Weg mitgeben möchtest?

Woche 8

Das neue Wachstum – Die eigene Entwicklung reflektieren



Übung: Zielsetzung
Wann, wo und wie oft möchtest Du Deine Lieblingsstrategie in den **kommenden drei Wochen** durchführen? Setze Dir ein realistisches und konkretes Ziel!

Was sind Deine mittelfristigen Ziele auf dem Weg zu mehr Resilienz? Setze Ziele für die **nächsten zwei bis drei Monate!**

Was sind Deine längerfristigen Ziele auf dem Weg zu mehr Resilienz? Setze Ziele für das **nächste halbe Jahr!**

Welche Gedanken oder Verhaltensweisen wirken sich hinderlich auf Deine Resilienz und die Durchführung Deiner Resilienzstrategien aus?

Was kannst Du tun, wenn Du diese Gedanken oder Verhaltensweisen bei Dir erkennst?

Was sind Deine Gründe, warum Du weiter an Deiner Resilienz arbeiten möchtest?



Anhang E

Sequenzpläne

Sequenzplan 1. Sitzung
Einstieg ins Training: Resilienz kennenlernen und Probleme verstehen

Sequenz	Sozialform	Inhalt	min	Material	Ziele
Einführung	Vortrag	Einführung ins Thema und Besprechung der Gruppenregeln und Motivationsabfrage	10	PowerPoint; Arbeitsheft; Namensschilder; Flipchart	Vertrauen fördern und ins Thema einführen
Mein Stress und wie ich darauf reagiere	Plenum	Die Teilnehmer sammeln Stressoren und Stressreaktionen am Flipchart	20	Flipchart	Stressreaktionen erkennen; verstehen, dass Stress für jeden etwas anderes bedeutet
Psychoedukation I	Vortrag	Vortrag über die Neurobiologie der Stressentstehung und die negativen Folgen von Stress	10	PowerPoint	Verstehen, wie Stress im Körper entsteht; Motivation fördern, Stress zu reduzieren
Probleme benennen	Einzel	Die Teilnehmer definieren persönliche Problembereiche und Stressauslöser	15	Arbeitsheft	Probleme eingrenzen und definieren
Entspannungsübung	Plenum	Durchführung Progressive Relaxation	30		PR einüben
Eine Reise in die Vergangenheit	Einzel	Die Teilnehmer beantworten Fragen zu ihrer Kindheit und ihren Eltern	20	Arbeitsheft	Reflektieren über alte Beziehungserfahrungen
Psychoedukation II	Vortrag	Vortrag über Bindung, frühe Beziehungserfahrungen und Zusammenhänge zur Resilienz	10	PowerPoint	Verstehen von psychodynamischen Zusammenhängen und der Bedeutung von Bindung
Besprechung der Hausaufgabe	Vortrag		5		Hausaufgabe verstehen

Sequenzplan 2. Sitzung
Auf dem Weg zur Resilienz: Altes Schutzverhalten abbauen und neue Ziele setzen

Sequenz	Sozialform	Inhalt	min	Material	Ziele
Besprechung der Hausaufgabe	Plenum	Die Teilnehmer tauschen sich über die Hausaufgabe aus	15	Arbeitsheft	Gegenseitiges Verständnis und Vertrauen fördern
Psychoedukation I	Vortrag	Vortrag über repetitive maladaptive Interaktionsmuster, implizites und explizites Beziehungswissen sowie neuronale Plastizität	15	PowerPoint	Den Einfluss verinnerlichter (negativer) Beziehungserfahrungen im Alltag erkennen
Fragebogen zu den Schutzmechanismen	Einzel	Die Teilnehmer beantworten den Fragebogen über die Schutzmechanismen im Arbeitsheft	15	Arbeitsheft	Identifizieren von Bewältigungs- bzw. Abwehrmechanismen
Schutzmechanismen beschreiben	Kleingruppe	Die Teilnehmer diskutieren über Vor- und Nachteile typischer Abwehrmechanismen	40	Flipchart	Problemverhalten hinterfragen und Alternativen herausarbeiten
Psychoedukation II	Vortrag	Vortrag über das psychodynamische Konfliktmodell der Stressentstehung	15	PowerPoint	Konfliktmodell verstehen
Entspannungsübung	Plenum	Durchführung Progressive Relaxation (Kurzversion)	15		PR einüben
Besprechung der Hausaufgabe	Vortrag		5	Arbeitsheft	Hausaufgabe verstehen

Sequenzplan 3. Sitzung
Resilientes Gedankenmanagement: Resilienzstrategien im Bereich Kognitive Flexibilität & Coping

Sequenz	Sozialform	Inhalt	min	Material	Ziele
Besprechung der Hausaufgabe	Plenum	Die Teilnehmer haben die Möglichkeit, Fragen zu den Hausaufgaben zu stellen	5	Arbeitsheft	Jeder Teilnehmer soll konkrete und passende Ziele für das Training gefunden haben
Psychoedukation I	Vortrag	Vortrag über Kognitive Flexibilität und Coping	10	PowerPoint	Resilienzfaktoren verstehen
Achtsamkeitsübung	Plenum	Die Teilnehmer nehmen imaginativ verschiedene Perspektiven der Wahrnehmung ein und sollen dabei auf ihre Gefühle achten	15		Mentalisieren einüben und die Wahrnehmung von Gefühlen trainieren
Schärfte Deine Wahrnehmung!	Einzel	TN verschriftlichen die Erkenntnisse aus der letzten Übung	15	Arbeitsheft	Eigene Stärken und Schwächen beim Mentalisieren erkennen
Psychoedukation II	Vortrag; Plenum	Vortrag über Mentalisierungsstörungen und anschließende Diskussion	15	PowerPoint	Mentalisierungsstörungen bei sich und anderen erkennen
Akzeptiere, was Du nicht kontrollieren kannst!	Einzel	Schriftliche Übung zum Trainieren von Akzeptanz und einer realistischen Einschätzung des eigenen Kontroll- und Verantwortungsbereiches	15	Arbeitsheft	Eigenen Verantwortungsbereich hinterfragen und Akzeptanz fördern
Imaginationübung	Plenum	Die Teilnehmer sollen imaginativ das eigene Problem als „Rucksack“ ablegen	10		Akzeptanz fördern und lernen, Kontrolle abzugeben
Psychoedukation III	Vortrag	Vortrag über die Attributionstheorie	10	PowerPoint	Dimensionen der Ursachenzuschreibung verstehen
Hinterfrage Deine Ursachenzuschreibung!	Plenum; Einzel	Im Plenum die Ursachenzuschreibung anhand eines Beispiels besprechen, die Teilnehmer arbeiten den eigenen Attribuierungsstil heraus	20	Flipchart; Arbeitsheft	Unterschied zwischen einer resilienzförderlichen sowie einer resilienzhinderlichen Ursachenzuschreibung erkennen
Besprechung der Hausaufgabe	Vortrag		5	Arbeitsheft	Hausaufgabe verstehen

Sequenzplan 4. Sitzung
Sich selbst ein guter Freund sein: Resilienzstrategien im Bereich Selbstfürsorge & Achtsamkeit

Sequenz	Sozialform	Inhalt	min	Material	Ziele
Besprechung der Hausaufgabe	Plenum	Die Teilnehmer haben die Möglichkeit, Fragen zu den Hausaufgaben zu stellen	10	Arbeitsheft	Besprechen von Schwierigkeiten und Förderung von Motivation
Psychoedukation I	Vortrag	Vortrag über Selbstfürsorge und Achtsamkeit	10	PowerPoint	Resilienzfaktoren verstehen
Achtsamkeitsübung	Plenum	Die Teilnehmer bekommen ein Gefühl zugeteilt und sollen dieses Gefühl im Rahmen einer Imaginationübung achtsam wahrnehmen	10		Differenziertes Wahrnehmen von Gefühlen und einhergehenden Körperreaktionen
Gefühle sammeln	Plenum	Die Teilnehmer tragen die Erkenntnisse aus der letzten Übung zusammen	15	Flipchart	Verstehen, dass hinter jedem Gefühl ein Bedürfnis steht
Nimm Deine Gefühle wahr!	Einzel	Die Teilnehmer führen schriftlich eine Emotionsanalyse durch	25	Arbeitsheft	Unterschied zwischen adaptiven und maladaptiven Gefühlen verstehen
Psychoedukation II	Vortrag	Vortrag über Bedürfnisse und Selbstfürsorge	5	PowerPoint	Überblick über verschiedene Bedürfnisse erhalten
Spüre Deine Bedürfnisse!	Kleingruppe	Die Teilnehmer diskutieren über ihre Bedürfnisse von früher und heute	25	Arbeitsheft	Erkennen, welche Bedürfnisse zu kurz kommen und warum das so ist; Strategien für die Verbesserung von Selbstfürsorge entwickeln
Habe Mitgefühl mit Dir selbst!	Plenum	Die Teilnehmer begeben sich imaginativ an ihren „Wohlfühl-Ort“	15	Arbeitsheft	Inneren Rückzugsort finden
Besprechung der Hausaufgabe	Vortrag		5	Arbeitsheft	Hausaufgabe verstehen

Sequenzplan 5. Sitzung
Widerstandsfähig trotz schwerer Zeiten: Resilienzstrategien im Bereich Selbstwirksamkeit & Selbstwertgefühl

Sequenz	Sozialform	Inhalt	min	Material	Ziele
Besprechung der Hausaufgabe	Plenum	Die Teilnehmer haben die Möglichkeit, Fragen zu den Hausaufgaben zu stellen	5	Arbeitsheft	Besprechen von Schwierigkeiten und Förderung von Motivation
Psychoedukation I	Vortrag	Vortrag über Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl	10	PowerPoint	Resilienzfaktoren verstehen
Lerne aus schweren Zeiten!	Einzel; Partnerarbeit	Die Teilnehmer zeichnen ihre Lebenslinie von Geburt bis heute und anschließende Diskussion	45	Arbeitsheft	Bewusstwerden vorhandener persönlicher Ressourcen
Unterstütze Dich selbst!	Plenum	Durchführung der Embodimentübung „Resilienzpose“	25	Arbeitsheft	Lernen, die Körperhaltung zu nutzen, um das Selbstwirksamkeitserleben in schwierigen Situationen zu stärken
Besinne Dich auf Deine Fähigkeiten!	Einzel	Die Teilnehmer kreuzen eine Liste mit Fähigkeiten an und arbeiten ihre Kernkompetenzen heraus	30	Arbeitsheft	Persönliche Stärken und Kompetenzen herausarbeiten
Besprechung der Hausaufgabe	Vortrag		5	Arbeitsheft	Hausaufgabe verstehen

Sequenzplan 6. Sitzung
Dem Problem resilient begegnen: Problemlösung mit Hilfe von Resilienzstrategien (Teil 1)

Sequenz	Sozialform	Inhalt	min	Material	Ziele
Besprechung der Hausaufgabe	Plenum	Die Teilnehmer berichten von der positiven Rückmeldung nahestehender Personen	10	Arbeitsheft	Förderung von Motivation und Selbstwertgefühl
Psychoedukation I	Vortrag	Vortrag über die sechs Schritte der Problemlösung	10	PowerPoint	Problemlöseprozess verstehen
Achtsamkeitsübung	Plenum	Die Teilnehmer versetzen sich imaginativ in eine aktuelle Problemsituation und nehmen ihre Gefühle achtsam wahr	10		Differenziertes Wahrnehmen belastender Emotionen
Partner-Interview	Partnerarbeit	Die Teilnehmer interviewen sich gegenseitig über ihre Problemsituation	60	Arbeitsblatt „Leitfaden Problemanalyse“	Problem definieren, Hintergründe und aufrechterhaltende Faktoren herausarbeiten
Achtsamkeitsübung	Plenum	Durchführung der Achtsamkeitsübung „Achtsame Atmung“	10		Fähigkeit zur Achtsamkeit verbessern
Zielanalyse	Einzel	Die Teilnehmer legen ein Zielgefühl für die Problemsituation fest und entwickeln Haupt- und Teilziele für die Problemlösung	15	Arbeitsheft	Definition von Zielen zur Problemlösung
Besprechung der Hausaufgabe	Vortrag		5	Arbeitsheft	Hausaufgabe verstehen

Sequenzplan 7. Sitzung
Vom Problem zur Lösung: Problemlösung mit Hilfe von Resilienzstrategien (Teil 2)

Sequenz	Sozialform	Inhalt	min	Material	Ziele
Wiederholung	Plenum	TN tragen ihr Wissen über die Trainingsinhalte zusammen	15	Flipchart	Wiederholung und Sicherung der Lerninhalte; Klärung offener Fragen
Psychoedukation I	Vortrag	Vortrag über die sechs Schritte der Problemlösung	10	PowerPoint	Problemlöseprozess verstehen
Die Gruppe als „Resilienzhelfer“	Plenum	Die Gruppe bearbeitet die Anliegen einzelner Teilnehmer	60		Durcharbeiten einzelner Problemstellungen; Förderung von Selbstöffnung und Katharsis
Umsetzung planen	Einzel	Die Teilnehmer planen die Umsetzung der Lösung und erstellen einen Wenn-Dann-Plan	15	Arbeitsheft	Problem definieren; Hintergründe und aufrechterhaltende Faktoren herausarbeiten
Imaginationsübung	Plenum	Die Teilnehmer versetzen sich erneut in die Problemsituation und spielen die Lösungsidee in der Fantasie durch	15		Verfestigung adaptiver Denk- und Verhaltensweisen
Besprechung der Hausaufgabe	Vortrag		5	Arbeitsheft	Hausaufgabe verstehen

Sequenzplan 7. Sitzung
Das neue Wachstum: Die eigene Entwicklung reflektieren

Sequenz	Sozialform	Inhalt	min	Material	Ziele
Dem Leben Sinn geben	Kleingruppe	Die Teilnehmer diskutieren über ein Gedicht und tauschen sich über ihre Weiterentwicklung, Ziele und Werte im Leben aus	30	Flipchart; Arbeitsheft	Sinnfindung; Abschied aus der Gruppe einleiten
Zielsetzung	Einzel	Die Teilnehmer setzen sich kurz-, mittel und langfristige Ziele im Hinblick auf die eigene Resilienz	10	Arbeitsheft	Zielsetzung um adaptive Verhaltensweisen beizubehalten; Förderung von Motivation
Selbstbild vs. Fremdbild	Plenum	Austausch über die Selbst- und Fremdwahrnehmung der Teilnehmer	70		Förderung einer differenzierteren und realitätsgerechten Selbstwahrnehmung
Verabschiedung	Plenum	Die Teilnehmer verabschieden sich und geben Feedback an die Trainerin	10	Arbeitsheft	Abschied der Teilnehmer

Anhang F

Zusätzliche Arbeitsblätter und Instruktionen

Abbildung F1

Arbeitsblätter zur Gruppenarbeit „Dysfunktionale Schutzmechanismen“

Dysfunktionale Schutzmechanismen: Gruppenarbeit

Liebe Gruppe, in der folgenden Übung sollt Ihr erarbeiten, auf welche unterschiedliche Art und Weise sich Menschen vor ihren negativen Gefühlen schützen. Lest dazu bitte den folgenden Text durch und erstellt eine Übersicht zu dem jeweiligen Schutzmechanismus. Ihr müsst Euch nicht ausschließlich auf den Text beziehen. Auch eigene Ideen und Beispiele sind willkommen! Auf Eurem Plakat sollt Ihr auf folgende Punkt Bezug nehmen:

- Um welchen Schutzmechanismus geht es?
- Welche Vorteile kann der Schutzmechanismus haben?
- Welches Gefühl soll der Schutzmechanismus meistens abhalten?
- Welche Nachteile hat der Schutzmechanismus?
- Welche förderlichen Einstellungen oder Verhaltensweisen sollte man stattdessen entwickeln?

Das Plakat könnt Ihr gestalten wie ihr möchtet. Besprecht in der Gruppe, wer das Plakat den anderen Gruppen vorstellt.

Schutzmechanismus A: Schutz durch erlernte Hilflosigkeit

Menschen, die auf diesen Schutzmechanismus zurückgreifen, haben oftmals einen Mangel an Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und rechnen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu versagen. Aus Angst, Fehler zu machen, werden Situationen, in denen unangenehme Aufgaben, Anstrengungen und Unsicherheit drohen könnten, lieber umgangen oder „auf die lange Bank geschoben“. Ihnen fällt es schwer, eigenverantwortlich zu leben und eigene Entscheidungen zu treffen. Menschen, die zu diesem Schutzverhalten neigen, fällt es schwer, für ihr eigenes Glück zu sorgen. Sie haben wenig Frustrationstoleranz und jammern eher, als das sie aktiv werden. Sie sind häufig auf der Suche nach einer führenden Person, die Verantwortung übernimmt und Entscheidungen für sie trifft (Eltern, Partner usw.). Um das Gefühl der eigenen Hilflosigkeit, Minderwertigkeit und die Versagensängste abzuwehren, verfallen sie oftmals in eine passive Haltung, zu groß ist die Angst zu Scheitern. Indem sie Verantwortung abgeben oder Problemen aus dem Weg gehen, können sie ihre negativen Gefühle kurzzeitig beruhigen. Der Schutzmechanismus kann auch Vorteile haben. Menschen mit diesem Schutzverhalten sind oftmals vorsichtig und selbstkritisch. Da Ihnen Sicherheit wichtig ist, geraten sie weniger in risikohafte Situationen als andere. Da sich aber langfristig niemand allen Anforderungen und Verantwortungen entziehen kann, sind Stressreaktionen die Folge. Menschen mit diesem Schutzmechanismus sollten ein größeres Vertrauen in die eigenen Kompetenzen entwickeln. Sie müssen lernen, dass die meisten Probleme nur gelöst werden können, wenn sie aktiv angegangen werden. Sie müssen sich trauen, Risiko einzugehen, auch wenn ihnen dabei mal ein Fehler unterlaufen sollte. Nur wer aktiv wird, kann auch die Erfahrung machen, dass schwierige Situationen mit Hilfe der eigenen Fähigkeiten bewältigt werden können. Es gilt die Devise: Jeder ist seines Glückes Schmied!

Dysfunktionale Schutzmechanismen: Gruppenarbeit

Liebe Gruppe, in der folgenden Übung sollt Ihr erarbeiten, auf welche unterschiedliche Art und Weise sich Menschen vor ihren negativen Gefühlen schützen. Lest dazu bitte den folgenden Text durch und erstellt eine Übersicht zu dem jeweiligen n. Ihr müsst Euch nicht ausschließlich auf den Text beziehen. Auch eigene Ideen und Beispiele sind willkommen! Auf Eurem Plakat sollt Ihr auf folgende Punkt bezugnehmen:

- Um welchen Schutzmechanismus geht es?
- Welche Vorteile kann der Schutzmechanismus haben?
- Welches Gefühl soll der Schutzmechanismus meistens abhalten?
- Welche Nachteile hat der Schutzmechanismus?
- Welche förderlichen Einstellungen oder Verhaltensweisen sollte man stattdessen entwickeln?

Das Plakat könnt Ihr gestalten wie ihr möchtet. Besprecht in der Gruppe, wer das Plakat den anderen Gruppen vorstellt.

Schutzmechanismus B: Schutz durch Gefühlsmeidung

Menschen, die auf diesen Schutzmechanismus zurückgreifen, neigen dazu (meist unbewusst) negative Gefühle wie Angst, Hilflosigkeit, Scham oder Bedürftigkeit aus ihrem Erleben abzuhalten. Ganz nach dem Motto: Wer nicht fühlt, der leidet nicht. Dies kann durchaus seine Vorteile haben und in manchen Situationen hilfreich sein. Vielleicht kennt ihr das von Euch auch. Ihr erzählt anderen von einem schlimmen Ereignis und lacht dabei oder spürt gar nichts. Auf diesem Weg werden schwer aushaltbare Situationen ertragbarer. Und schließlich will man ja auch nicht gleich vor anderen losheulen! Viele Menschen mit diesem Schutzverhalten neigen zur Versachlichung und suchen eher nach schnellen, rationalen Lösungen und Erklärungen, als auf ihr Gefühl zu achten. Diese Herangehensweise bringt besonders in zwischenmenschlichen Beziehungen eher wenig. Zudem zahlen sie mit dem Schutzverhalten auf Dauer einen hohen Preis. Denn nur weil die Gefühle bewusst nicht spürbar sind, wirken sie dennoch unbewusst in uns weiter und sorgen dadurch für eine Verschlimmerung der psychischen Krankheit und der eigenen Probleme. Bei manchen „Gefühlsmeidern“ entladen sich die Emotionen auch plötzlich in Form von Aggression. Gleich kochendem Wasser, das auf der heißen Herdplatte unter dem Deckel hervorschießt. Andere versuchen, ihr „inneres Gefühlschaos“ eher durch Alkohol oder Drogen in den Hintergrund zu drängen. Zudem haben manche Menschen, ohne Zugang zu eigenen Gefühlen auch Schwierigkeiten, sich empathisch in ihre Mitmenschen einzufühlen. Denn nur wer sich selbst spürt, kann auch mit anderen mitfühlen. Menschen mit diesem Schutzmechanismus müssen lernen, ihre Gefühle wieder mehr wahrzunehmen und zuzulassen. Auch mit dem Risiko, dann „schwächer“ oder „verletzbarer“ zu sein. Um sich selbst und andere besser zu verstehen, sollten sie lernen, auf ihre körperlichen Empfindungen und Gefühlsregungen zu achten und diese als wichtig anzusehen. Auch negative oder schwache Gefühle sind wertvoll und sollten zumindest registriert werden!

Dysfunktionale Schutzmechanismen: Gruppenarbeit

Liebe Gruppe, in der folgenden Übung sollt Ihr erarbeiten, auf welche unterschiedliche Art und Weise sich Menschen vor ihren negativen Gefühlen schützen. Lest dazu bitte den folgenden Text durch und erstellt eine Übersicht zu dem jeweiligen Schutzmechanismus. Ihr müsst Euch nicht ausschließlich auf den Text beziehen. Auch eigene Ideen und Beispiele sind willkommen! Auf Eurem Plakat sollt Ihr auf folgende Punkt Bezug nehmen:

- Um welchen Schutzmechanismus geht es?
- Welche Vorteile kann der Schutzmechanismus haben?
- Welches Gefühl soll der Schutzmechanismus meistens abhalten?
- Welche Nachteile hat der Schutzmechanismus?
- Welche förderlichen Einstellungen oder Verhaltensweisen sollte man stattdessen entwickeln?

Das Plakat könnt Ihr gestalten wie ihr möchtet. Besprecht in der Gruppe, wer das Plakat den anderen Gruppen vorstellt.

Schutzmechanismus C: Schutz durch Suche nach Anerkennung

Menschen mit diesem Schutzmechanismus haben das Gefühl, so wie sie sind nicht zu genügen, und verstecken ihr inneres Selbst hinter einer Fassade. Sie haben wenig Zugang zu ihren eigenen Bedürfnissen, Wünschen und Werten und streben immer wieder nach der Anerkennung von anderen. Sie haben große Angst, abgelehnt zu werden oder für andere nicht gut genug zu sein. Daher haben sie im Laufe ihres Lebens oftmals gute empathische Fähigkeiten ausgebildet, um die Bedürfnisse und Einstellungen anderer heraus zu spüren und ihr eigenes Verhalten gekonnt darauf abzustimmen. Sie werden schnell gemocht, gelten als unkompliziert und souverän. Menschen mit diesem Schutzverhalten sind oftmals sehr selbstkritisch und können sich selbst wenig wertschätzen. Dabei wenden sie unterschiedliche Strategien an, um ihren Selbstwert zu stabilisieren und sich die Zuneigung und Anerkennung ihrer Mitmenschen zu sichern. Beispielsweise haben sie an ihre beruflichen Leistungen besonders hohe Ansprüche. Auf Fehler hingewiesen zu werden oder Unsicherheiten zuzugeben bedroht sofort ihr inneres labiles Selbstwertgefühl. Hingegen fühlen sie sich bei Anerkennung und Bewunderung von außen zu Hochleistungen motiviert. Das Bedürfnis nach Anerkennung kann sich auch in anderen Bereichen wiederfinden, bspw. in Form überdurchschnittlicher sportlicher Leistungen, einem attraktiven Äußeren oder durch eine besonders unterhaltsame oder freundliche Art, welche die Anerkennung und Zuneigung der Mitmenschen sichert. Da sie tief in ihrem Inneren jedoch unsicher mit sich selbst sind, vergleichen sich diese Menschen viel mit anderen. Schnell fühlen sie sich unterlegen und glauben, nicht mithalten zu können, wenn sie den Eindruck haben, ihr Gegenüber ist kompetenter oder in irgendeiner Form „besser“ als sie. Die zentrale Sorge hinter diesem Schutzverhalten ist: So wie ich innerlich bin, bin ich nicht richtig! Wenn ich mein wahres Selbst und meine Unsicherheit zeige, werde ich nicht gemocht und abgelehnt. Auf Dauer kann diese Einstellung heftige Probleme machen und zu Überforderung und Erschöpfung führen, denn Lob und Anerkennung von anderen stabilisieren das eigene Selbstbewusstsein nur kurzzeitig. Die Wirkung lässt schnell wieder nach. Menschen mit diesem Schutzmechanismus müssen lernen, sich selbst mit ihren Fähigkeiten und Schwachstellen mehr anzunehmen und zu sich zu stehen. Sie müssen mehr auf ihre eigenen Befindlichkeiten hören und sich weniger nach anderen ausrichten. Sie sollten sich darauf einlassen, die Erfahrung zu machen, von anderen gemocht und wertgeschätzt zu werden, auch wenn sie mal nicht „perfekt“ sind. Wer sich weniger mit anderen vergleicht, sich selbst liebt und sich zeigt wie er ist, lebt entspannter und ist auf Dauer zufriedener.

Dysfunktionale Schutzmechanismen: Gruppenarbeit

Liebe Gruppe, in der folgenden Übung sollt Ihr erarbeiten, auf welche unterschiedliche Art und Weise sich Menschen vor ihren negativen Gefühlen schützen. Lest dazu bitte den folgenden Text durch und erstellt eine Übersicht zu dem jeweiligen Schutzmechanismus. Ihr müsst Euch nicht ausschließlich auf den Text beziehen. Auch eigene Ideen und Beispiele sind willkommen! Auf Eurem Plakat sollt Ihr auf folgende Punkt Bezugnehmen:

- Um welchen Schutzmechanismus geht es?
- Welche Vorteile kann der Schutzmechanismus haben?
- Welches Gefühl soll der Schutzmechanismus meistens abhalten?
- Welche Nachteile hat der Schutzmechanismus?
- Welche förderlichen Einstellungen oder Verhaltensweisen sollte man stattdessen entwickeln?

Das Plakat könnt Ihr gestalten wie ihr möchtet. Besprecht in der Gruppe, wer das Plakat den anderen Gruppen vorstellt.

Schutzmechanismus D: Schutz durch Autonomie

Menschen mit diesem Schutzmechanismus streben nach Unabhängigkeit und Eigenständigkeit. Sie haben oftmals schon früh die Erfahrung gemacht, dass sie anderen (z.B. den Eltern) nicht vertrauen können und sich nicht auf ihr Gegenüber verlassen können. Um nicht verletzt zu werden, streben sie nach Unabhängigkeit und versuchen als Selbstschutz, andere auf Distanz zu halten. Sie haben Schwierigkeiten, ihren Mitmenschen mit vollem Herzen zu vertrauen, mit ihnen über ihre Probleme zu sprechen oder sie um Hilfe zu bitten. Durch den immer wieder hergestellten Sicherheitsabstand gelingt es ihnen, die Angst, hilflos und unterlegen zu sein, abzuwehren. Sie haben die Einstellung: Wer sich nicht einlässt, kann auch nicht verletzt werden! Der Vorteil des Schutzmechanismus liegt darin, dass diese Menschen meist eigenständig und unabhängig sind. Sie haben ihr Leben unter Kontrolle und sind nur wenig angewiesen auf andere. Dabei merken sie jedoch oft nicht, dass sie ihre natürlich vorhandenen Bedürfnisse nach Anlehnung und Nähe unterdrücken. Aufgrund ihrer Bindungsängste haben diese Menschen Probleme, enge Beziehungen und Partnerschaften aufrecht zu erhalten. Ihnen fehlt es in Beziehungen zu anderen oftmals an Beständigkeit. Sie bleiben im Grunde ihres Herzens immer alleine. Nach außen hin können sie distanziert oder sogar arrogant wirken. Auf Dauer führt der übertriebene Anspruch, immer stark sein zu müssen, zur Selbstüberforderung und Erschöpfung. Da es im Leben immer wieder Situationen gibt, in denen sie auf andere angewiesen sind, sind Stress und Anspannung vorprogrammiert. Menschen mit diesem Schutzverhalten müssen lernen, dass es auch gut tun kann, sich bei anderen anzulehnen und sich helfen zu lassen. Sie müssen sich vermehrt auf die Erfahrung einlassen, dass emotionale Offenheit anderen gegenüber nicht automatisch mit persönlicher Entwertung oder Ablehnung von Seiten des Gegenübers einhergeht. Vielleicht ergibt sich ja schon in diesem Training die erste Möglichkeit, positive Erfahrungen darin zu erleben.

Dysfunktionale Schutzmechanismen: Gruppenarbeit

Liebe Gruppe, in der folgenden Übung sollt Ihr erarbeiten, auf welche unterschiedliche Art und Weise sich Menschen vor ihren negativen Gefühlen schützen. Lest dazu bitte den folgenden Text durch und erstellt eine Übersicht zu dem jeweiligen Schutzmechanismus. Ihr müsst Euch nicht ausschließlich auf den Text beziehen. Auch eigene Ideen und Beispiele sind willkommen! Auf Eurem Plakat sollt Ihr auf folgende Punkt Bezug nehmen:

- Um welchen Schutzmechanismus geht es?
- Welche Vorteile kann der Schutzmechanismus haben?
- Welches Gefühl soll der Schutzmechanismus meistens abhalten?
- Welche Nachteile hat der Schutzmechanismus?
- Welche förderlichen Einstellungen oder Verhaltensweisen sollte man stattdessen entwickeln?

Das Plakat könnt Ihr gestalten wie ihr möchtet. Besprecht in der Gruppe, wer das Plakat den anderen Gruppen vorstellt.

Schutzmechanismus E: Schutz durch Abhängigkeit

Hinter diesem Schutzmechanismus steckt der Wunsch nach Angenommensein, Zugehörigkeit und Liebe. Menschen mit diesem Schutzverhalten versuchen oftmals, sich durch Anpassung und Streben nach Harmonie, sich die Anerkennung und Zuneigung anderer Menschen zu sichern. Grundsätzlich ist das Streben nach Anerkennung ja nicht verkehrt, denn uns tut es gut, in Beziehung zu treten und Nähe mit anderen herstellen zu können. Der Schutzmechanismus hat also auch Vorteile. Diese Menschen haben oftmals ein feines Gespür für die Bedürfnisse und Erwartungen anderer. Sie zeichnen sich durch Hilfsbereitschaft und Kompromissfähigkeit aus. Wird der Schutzmechanismus jedoch übermächtig, kann es schnell zu Stress und angstauslösenden Situationen kommen. Derartige Situationen müssen um jeden Preis vermieden werden. Man macht sich selbst klein und meidet durch ständige Anpassung und Freundlichkeit jede Art von Konflikt. Mit diesem Verhalten werden meist tiefliegende Verlustängste und die Angst vor dem Alleinsein abgewehrt. Um sich die Nähe zu anderen Personen zu sichern, werden diese idealisiert und nicht realistisch wahrgenommen. Menschen mit diesem Schutzmechanismus haben oft keinen Zugang zu den eigenen Bedürfnissen und Wünschen. Oftmals wissen sie gar nicht, was sie selbst wollen, so sehr richten sie sich nach anderen aus. Dabei werden die eigenen Wutgefühle unterdrückt. Statt sich anderen gegenüber abzugrenzen und sich zu behaupten, werden Aggressionen vor allem gegen sich selbst gerichtet (quasi umgeleitet). Dies ist eine der typischen Ursachen für Depressionen. Menschen mit diesem Schutzmechanismus müssen lernen, mehr für sich selbst zu sorgen, indem sie sich anderen gegenüber abgrenzen und mehr auf ihre eigenen Bedürfnisse und Gefühle hören. Sie müssen sich klar werden, dass es zum Leben auch dazugehört, die Erwartungen anderer mal nicht zu erfüllen oder eine andere Meinung zu haben. „Nein“ zu sagen und andere wohlmöglich zu enttäuschen oder zu verärgern darf nicht immer mit Schuldgefühlen verbunden! Die Arbeit am eigenen Selbstwertgefühl und an der Selbstfürsorge sind für diese Menschen zentrale Aufgaben auf dem Weg zu mehr Resilienz!

Dysfunktionale Schutzmechanismen: Gruppenarbeit

Liebe Gruppe, in der folgenden Übung sollt Ihr erarbeiten, auf welche unterschiedliche Art und Weise sich Menschen vor ihren negativen Gefühlen schützen. Lest dazu bitte den folgenden Text durch und erstellt eine Übersicht zu dem jeweiligen Schutzmechanismus. Ihr müsst Euch nicht ausschließlich auf den Text beziehen. Auch eigene Ideen und Beispiele sind willkommen! Auf Eurem Plakat sollt Ihr auf folgende Punkte Bezug nehmen:

- Um welchen Schutzmechanismus geht es?
- Welche Vorteile kann der Schutzmechanismus haben?
- Welches Gefühl soll der Schutzmechanismus meistens abhalten?
- Welche Nachteile hat der Schutzmechanismus?
- Welche förderlichen Einstellungen oder Verhaltensweisen sollte man stattdessen entwickeln?

Das Plakat könnt Ihr gestalten wie ihr möchtet. Besprecht in der Gruppe, wer das Plakat den anderen Gruppen vorstellt.

Schutzmechanismus F: Schutz durch passiven Rückzug

Menschen, die zu diesem Schutzmechanismus neigen, haben schnell das Gefühl, bevormundet, kontrolliert oder manipuliert zu werden. Aus der Sorge heraus, fremdbestimmt zu werden, fällt es ihnen schwer, mit den Erwartungen anderer umzugehen. Sie kämpfen - oftmals unbewusst - ständig um Autonomie und Selbstbehauptung. Sie fühlen sich von dem, was andere von ihnen fordern und erwarten schnell unter Druck gesetzt. Anstatt jedoch in direkte Konfrontation zu gehen und ihr Gegenüber damit möglicherweise zu enttäuschen, suchen sie eher einen Weg über die „Hintertür“, indem sie in einen „passiven Widerstand“ verfallen. So machen sie beispielsweise eine Zusage, setzen diese aber nicht um. Trödeln oder vergessen Dinge, die von Ihnen erwartet werden. Sie ziehen sich innerlich zurück und machen „dicht“, indem sie in manchen Situationen das Gegenteil von dem machen, was von Ihnen erwartet wird. Statt mal richtig wütend zu werden, schweigen sie und entziehen sich damit der Situation. Der passive Rückzug dient dem Selbstschutz. Der Vorteil liegt darin, dass sich diese Menschen von anderen nicht unendlich „ausbeuten“ oder kontrollieren lassen. Wenn ihnen etwas zu viel wird, grenzen sie sich innerlich ab und machen ihr Ding, ohne nach außen hin aggressiv oder laut zu werden. Dabei denken sie jedoch nicht daran, dass sie mit ihrem passiven Agieren, ihre Mitmenschen auflaufen lassen und wütende Reaktionen provozieren. Menschen mit diesem Schutzverhalten sollten also versuchen, ihren Widerstand zum Ausdruck zu bringen und ihre Wut im Kontakt mit anderen zu äußern, selbst wenn sie damit einen Streit riskieren oder ihr Gegenüber enttäuschen müssen. Sie müssen lernen, dass sich die Dinge besser lösen lassen, wenn sie eine klare Position beziehen, anstatt zu mauern. Wer authentisch zu seiner abweichenden Meinung und seinem Ärger steht, tut etwas für seine Resilienz und für seine Mitmenschen!

Dysfunktionale Schutzmechanismen: Gruppenarbeit

Liebe Gruppe, in der folgenden Übung sollt Ihr erarbeiten, auf welche unterschiedliche Art und Weise sich Menschen vor ihren negativen Gefühlen schützen. Lest dazu bitte den folgenden Text durch und erstellt eine Übersicht zu dem jeweiligen Schutzmechanismus. Ihr müsst Euch nicht ausschließlich auf den Text beziehen. Auch eigene Ideen und Beispiele sind willkommen! Auf Eurem Plakat sollt Ihr auf folgende Punkt Bezugnehmen:

- Um welchen Schutzmechanismus geht es?
- Welche Vorteile kann der Schutzmechanismus haben?
- Welches Gefühl soll der Schutzmechanismus meistens abhalten?
- Welche Nachteile hat der Schutzmechanismus?
- Welche förderlichen Einstellungen oder Verhaltensweisen sollte man stattdessen entwickeln?

Das Plakat könnt Ihr gestalten wie ihr möchtet. Besprecht in der Gruppe, wer das Plakat den anderen Gruppen vorstellt.

Schutzmechanismus G: Schutz durch Gegenwehr

Menschen mit diesem Schutzmechanismus fühlen sich schnell angegriffen und gekränkt. Sie sind sehr sensibel was das Verhalten anderer angeht und interpretieren die Handlungen ihrer Mitmenschen schnell als respektlos oder sie angreifend. Um das eigene Gefühl der Unsicherheit und Unterlegenheit abzuwehren, reagieren sie in solchen Situationen oftmals impulsiv. In manchen Fällen kann es zu aggressiven „Gegenattacken“ kommen. Auch bei konstruktiver Kritik von ihren Mitmenschen fühlen sie sich sofort gekränkt und setzen sich zu wehr. Aus Meinungsverschiedenheiten kann so schnell ein heftiger Streit werden. Dieser m kann auch Vorteile haben, denn diese Menschen sind Kämpfervaturen! Sie sind durchsetzungsfähig, in der Lage sich zu schützen und ihre Rechte einzufordern. Sie lassen sich nicht die „Butter vom Brot nehmen“ (eigentlich ein Pluspunkt auf dem Weg zu mehr Resilienz!). Wenn der Schutzmechanismus jedoch übermächtig wird, stellt er ein Problem dar. Das dominante und fordernde Schutzverhalten kann zwischenmenschliche Beziehungen stark belasten. Menschen die zu diesem Schutzmechanismus neigen, nehmen oft selbst nicht wahr, dass sie übertrieben reagieren. Klar, sie fühlen sich nun mal in ihrem Recht beschnitten und angegriffen. Nach außen haben Sie daher schnell das Image des „Cholerikers“. Menschen mit diesem Schutzmechanismus müssen lernen, ihr eigenes Verhalten mehr zu reflektieren. Sie sollten sich bewusst werden, dass sie dazu neigen, schnell gekränkt zu sein und andere mit ihrem Verhalten wohlmöglich vor den Kopf zu stoßen. Es ist wichtig, ein Gefühl dafür zu bekommen, ob die eigenen Forderungen angemessen oder doch übertrieben sind. Selbstreflektion steht hier also an erster Stelle. Oft hilft es auch, mit einer dritten unbeteiligten Person über die Konfliktsituation zu sprechen und deren neutrale Meinung einzuholen, anstatt wütend „auszuteilen“. Das spart Energie und Nerven. Für sich selbst und auch für andere!

Abbildung F3*Partner-Interview „Problemanalyse“***Leitfaden: Problemanalyse****Problembeschreibung**

Auf welchen Bereich bezieht sich das Problem? In welchen Situationen zeigt sich das Problem?

Genauere Analyse einer Situation

Was passiert in der Situation? Wer ist daran beteiligt? Was denkst Du? Was fühlst Du? Gibt es ein Gefühl oder mehrere? Wie verhältst Du Dich genau? Was sagst Du? Was tust Du? Welche körperlichen Reaktionen spürst Du?

Hintergründe des Problems

Wie lange besteht das Problem schon? Welche Ideen hast, wie ist das Problem entstanden ist? Welche Bedingungen halten das Problem aufrecht? Welche Konsequenzen hat das Problem für Dein Leben? Welche Versuche hast Du bereits unternommen, um das Problem zu lösen? Warum hat es nicht funktioniert?

Abbildung F5**Instruktion zur Achtsamkeitsübung „Schärfe Deine Wahrnehmung!“****Achtsamkeitsübung: Schärfe Deine Wahrnehmung!**

(Zuerst Übung zur achtsamen Atmung)

... Du rufst Dir jetzt diese schwierige Situation noch einmal in Erinnerung. Schau Dich erstmal in Deiner Umgebung von damals genau um. Welche Geräusche, vielleicht Gerüche und andere Eindrücke nimmst Du wahr? Wie war das in dem Moment? Nimm Dir Zeit, die Situation so plastisch wie möglich vor Deinem inneren Auge lebendig werden zu lassen.

Gehe nun noch mal im Geiste durch, wer an der Situation beteiligt war. Was hat die Person oder haben die Personen gesagt und was wurde getan? Wie lief alles ab? Kannst Du Dich noch an die Mimik und Gestik Deines Gegenübers erinnern? An seinen Blick? Wie nimmst Du Dein Gegenüber wahr? Wie wirkt das, was die Person sagt oder macht, auf Dich? Mache Dir bewusst, wie es sich anfühlt, wenn Du Dich in die Situation hineinversetzt. Spüre, welches Gefühl sich bei Dir einstellt. Wie fühlt sich dieses schwierige Gefühl an? Ist es ein Gefühl oder mehrere? Welches ist am intensivsten? Kannst Du die Gefühle klar benennen? Wenn ja, ist es gut, wenn nicht, akzeptiere, dass es aktuell nicht geht, und bleibe einfach bei dem, was Du fühlen kannst.

Und schaue nun im nächsten Schritt, mit welchen körperlichen Empfindungen das Gefühl einhergeht. Was spürst Du in Deinem Körper, wenn Du an diese schwierige Situation denkst? Welche Empfindungen hast Du an der Oberfläche Deines Körpers, auf der Haut und den Organen?

Richte Deinen Fokus jetzt auf Deine Gedanken, die Dir durch den Kopf gehen, wenn Du an die schwierige Situation denkst. Schau, welche Sätze, Wörter und Bilder in Dein Bewusstsein treten. Lasse Deine Gedanken zu, dränge keinen Gedanken weg. Schau Dir den einen oder anderen Gedanken mal näher an. Ist es eine Beschreibung oder Erklärung? Vielleicht auch eine Bewertung oder Beschuldigung? Verkrampfe nicht dabei, wenn Du einen Gedanken nicht einordnen kannst, lass ihn dann einfach los, und betrachte den nächsten.

Und im nächsten Schritt wechselt Du Deinen Fokus auf Deine Bedürfnisse. Was brauchst Du in der schwierigen Situation? Was müsste passieren, damit sich das schwierige Gefühl ein Stück weit auflöst? Welche Bedürfnisse spürst Du? Versuche, Dir das, was Du brauchst, zu geben, damit es Dir in der Situation besser geht...

Und egal, in wie weit es Dir gelungen ist, einen Zugang zu Deinem eigenen Erleben und zu Deinen Bedürfnissen zu finden, gehst Du nun mit Deiner Aufmerksamkeit einen Schritt weiter, indem Du versuchst, die Perspektive Deines Gegenübers einzunehmen. Versuche Dir vorzustellen, wie es Deinem Gegenüber mit Dir geht. Wie nimmt die Person Dich wahr? Was denkt er oder sie über Dich? Wie könnte die Person sich mit Dir fühlen? Wie bewertet Dein Gegenüber die Situation?

Und egal, in wie weit es Dir gelungen ist, einen Zugang zu dem Erleben Deines Gegenübers zu finden, gehen wir nun im letzten Schritt mit der Aufmerksamkeit wieder ein Stück weiter. Stell Dir vor, die ganze Situation ereignet sich auf der Bühne eines Theaters. Du bist keiner der Schauspieler, sondern siehst die Situation aus der Perspektive eines neutralen aber wohlwollenden Beobachters, der im Zuschauerraum sitzt und die ganze Szene mit einigen Metern Abstand betrachtet. Wie interpretierst Du die Szene? Wie wirken die Personen auf der Bühne auf Dich? Wie bewertest Du das Verhalten der Personen aus dieser Perspektive? Was würdest Du den Schauspielern raten, wie sie sich verhalten sollten?

Und egal, in wie weit es Dir gelungen ist, einen Zugang zu dieser Position zu finden, nimmst Du nun allmählich Abstand aus der Situation. Sei dankbar für das, was entstanden ist. Löse Dich allmählich von Deinen Gedanken und Gefühlen. Atme einmal tief durch... balle Deine Hände zu einer Faust, lasse sie wieder los und kehre dann in Deinem eigenen Tempo wieder zurück in den Raum.

Abbildung F6

Instruktion zur Imaginationsübung „Problem ablegen“

Achtsamkeitsübung: Problem ablegen

Lehne Dich entspannt zurück und schließe Deine Augen. Richte Deine Aufmerksamkeit wie gewohnt wieder auf Deine Atmung...

... Greife Dir jetzt eines Deiner Probleme oder eine Deiner Schwierigkeiten heraus, die Du ab jetzt für Dich annehmen willst. Beschäftige Dich mit diesem Problem noch einmal ausgiebig. Denke darüber nach, wie Du es vermutlich öfter schon getan hast. Überlege, worum es geht, worin das Problem besteht, was Du schon alles versucht hast und was es so schwer macht für Dich. Spüre nach, welche Gefühle und Empfindungen mit diesem Gefühl einhergehen. Vielleicht ist es Wut ... oder Angst... oder Trauer... oder Selbstzweifel. Schau, was es mit Dir macht, wenn Du an die Schwierigkeit oder an das Problem denkst. Erlaube all Deinen Gedanken und Empfindungen, sich zu zeigen.

Und jetzt stelle Dir vor, das Problem oder die Schwierigkeit ist ein schwerer Rucksack, den Du schon eine ganze Weile mit Dir herumträgst, der Dir vielleicht auch schon viele Jahre lang zur Last fällt. Das Gewicht hängt auf Deinen Schultern, Du läufst immer weiter, aber Du merkst, dass Dir das schwere Gewicht nicht guttut. Du nimmst ihn mal auf die eine Schulter, mal auf die andere... Manchmal versuchst Du, das Gewicht auf dem Rücken zu ignorieren, aber auch das klappt nur für kurze Zeit... und immer wieder zieht Dich die schwere Last nach unten und macht das Laufen schwer....

Und irgendwann entschließt Du Dich, dass du den Problem-Rucksack nicht mehr länger herumtragen willst. Dass Du es leid bist, ihn pausenlos durch die Gegend zu schleppen. Du willst ihn nun endgültig loswerden.... Also suchst Du Dir in Gedanken einen Ort, an dem Du ihn ablegen möchtest. Vielleicht willst Du den Rucksack auch demjenigen zurückgeben, der ihn Dir aufgeladen hat. Entscheide Dich für einen Platz, an dem Du ihn endgültig ablegen möchtest...

Vielleicht löst die Vorstellung, ihn abzulegen, auch ein bisschen Angst oder Unsicherheit aus. Sei beruhigt, das ist ganz normal. Dennoch entscheidest Du Dich dafür, weil Du weißt, dass es besser für Dich ist.

Du ziehst also den Rucksack von den Schultern... Sofort spürst Du, wie der Druck nachlässt. Wie Deine Schultern leichter werden und Du Dich wieder strecken kannst. Wie du besser durchatmen kannst, es Dir leichter fällt und Du Dich freier fühlst....

Schau Dir mit etwas Abstand nun einmal den abgelegten Rucksack an.... Sage in Gedanken zu ihm ganz klar: „Ich möchte und werde Dich nicht mehr tragen“. „Entweder Du bleibst dort liegen oder jemand anderes trägt Dich“....

Und Du nimmst Dir fest vor, diesen Rucksack nicht mehr anzuziehen... das Problem, was darin verstaut ist, nicht mehr auf Deinen Schultern zu tragen und auch nicht mehr zu kontrollieren. Sage Dir ganz klar: „Ich akzeptiere es so wie es ist, ich höre auf, das Problem zu kontrollieren“. Und Du nimmst Dir fest vor, dass Du Dir diesen Rucksack nicht mehr aufziehst.

Abbildung F7

Instruktion zur Imaginationsübung „Mein Wohlfühl-Ort“

Imaginationsübung: „Mein Wohlfühl-Ort“

Ich lade Dich ein, Dich an einen Moment zu erinnern, in dem Du Dich sehr geborgen und sicher gefühlt hast. Wenn es einen solchen Moment in Deiner Erinnerung noch nie gab, kannst Du Dir vorstellen, wie Geborgenheit und Sicherheit wären, wenn Du sie erleben würdest. Dabei kannst Du Dich, wenn Du möchtest, von Bildern mit Menschen- oder Tiermüttern mit Ihren Babys anregen lassen. Spüre genau nach, wie es für Dich ist, sich geborgen zu fühlen.

Von dieser Erfahrung ausgehend wanderst Du in Deiner Vorstellung zu einem Ort, an dem alle Qualitäten, die Du mit Geborgenheit und Sicherheit in Verbindung bringst, gegeben sind. An diesem Ort sollte es keine anderen Menschen geben. Dieser Ort kann auf der Erde sein, er muss es aber nicht. Es kann ein Zimmer, eine Insel, eine Landschaft oder etwas ganz anderes sein. Vielleicht ist es ein Ort auf entfernten Sternen oder Planeten. Suche Dir einen Ort aus, an dem Du Dich zu 100% sicher und wohl fühlst.

Dort angekommen, nimmst Du Deine Umgebung mit allen Sinnen wahr. Was kannst Du sehen, hören, riechen und fühlen? Warum fühlst Du Dich hier so sicher und geborgen? Richte den Ort genau so ein, wie Du es brauchst und wie es für Dich stimmig ist... Verändere alle Dinge, die Dich stören.

Spüre, wie Du Dich ganz und gar wohlfühlst an Deinem inneren Ort.

Und nun stell Dir vor, Du bist an diesem Ort nicht allein. Es gibt zwar keine Menschen, aber vielleicht einen oder mehrere liebevolle Helfer. Dies können Phantasiewesen, Tiere oder andere Begleiter sein. Diese liebevollen Helfer sind dafür da, Dich immer zu unterstützen. Sie sehen genau, welche Bedürfnisse Du hast. Sie geben Dir genau das, was Du brauchst. Was brauchst Du gerade am meisten? Vielleicht ist es Mut, vielleicht Geborgenheit, vielleicht Klarheit, vielleicht Freiheit oder Liebe...? Welche Eigenschaften hat Dein Helfer oder haben Deine helfenden Wesen? Lasse Dir von ihnen nun das geben, was Du jetzt gerade am meisten brauchst.

Und wenn Du weißt, welche Wesen Du an dem sicheren Ort an Deiner Seite hast, bleibe noch eine Weile an dem Ort und spüre, wie Du Dich dort ganz und gar wohlfühlst.

Und wenn Du möchtest, kannst Du diesen Ort mit einer Körpergeste verbinden. Dies kann eine kleine Geste sein, die Dir zukünftig helfen soll, Deinen inneren Ort in Deiner Vorstellung leicht wiederzufinden (z.B. wenn Du die Hand zu Faust ballst oder Deine Zehen zusammen zieht oder etwas ganz anderes machst). Eine Geste, die Dir helfen wird, an Deinen inneren Ort zu kommen. Und wenn Du möchtest, kannst Du diese Geste jetzt ausführen.

Und um die Übung allmählich zu beenden, registriere jetzt, wie Du hier auf Deinem Stuhl sitzt und wie sich Dein Körper anfühlt. Atme einige Male tief ein und wieder aus. Und dann kommst Du mit Deiner Aufmerksamkeit wieder zurück in den Raum.

Abbildung F8

Instruktion zur Embodiment-Übung „Resilienzpose“

Resilienzpose

Stell Dich aufrecht hin und finde einen sicheren Stand, bei dem die Füße parallel und hüftbreit auseinander stehen. Die Knie sollen beweglich und locker bleiben, dies hilft Dir im wörtlichen und übertragenen Sinn, einen guten Stand zu haben und zu Dir zu stehen. Lass den Bauch locker, das Becken leicht nach vorne, Rücken gerade. Nimm bewusst Kontakt zum Boden auf. Versuche, Dich mit jedem Einatmen noch stärker mit dem Boden zu verwurzeln.

Nun gehst Du innerlich auf die Suche nach einer Situation, in der Du Dich ganz stark, gut und sicher gefühlt hast. Einem Moment, in dem Du voller Stolz und Selbstbewusstsein warst, einer Situation, bei der Du Deine Fähigkeiten besonders gut einsetzen konntest, oder einem ganz glücklichen Moment in Deinem Privatleben. Schau, was für Dich am besten passt, um Dich in ein Gefühl von Stärke und Sicherheit hineinzusetzen.

Versetze Dich nun ganz in diese Situation und versuche, den Moment mit allen Sinnen wahrzunehmen. Was siehst Du, wenn Du Dich umschaust? Welche Geräusche und anderen Eindrücke nimmst Du wahr? Wie fühlt sich Dein Körper an? Wo genau spürst Du die Stärke und Sicherheit in Deinem Körper? Achte auch auf Deine ruhige und tiefe Atmung.

Versuche nun, Deine Körperhaltung so anzupassen, dass Sie genau diesem Zustand entspricht, z.B. indem Du Dich noch weiter aufrichtest, die Schulter etwas zurücknimmst, die Hände in die Hüften stemmst oder auch nach oben nimmst wie ein Sieger. Versuche, eine Körperhaltung zu finden, die Dich ganz stark und sicher fühlen lässt.

Spüre Deine Füße, Beine, das Gesäß, Deinen Bauch, Rücken, die Schultern und den Kopf. Wie fühlt sich das starke und sichere Gefühl in Deinem Körper an? Behalte diese Haltung noch einige Zeit bei und lasse das Gefühl der Stärke durch Deinen Körper strömen. Versuche dabei, Dir dieses Körpergefühl und die Haltung so zu verinnerlichen, dass Du sie jederzeit wieder einnehmen kannst.

Nimm diese Stärke nun mit in Deinen Alltag. Erinnerung Dich im Laufe des Tages immer wieder an diese inneren Kräfte und finde dabei innere Ruhe und Sicherheit.

Abbildung F9

Instruktion zur Achtsamkeitsübung „Achtsamkeit und Konzentration trainieren“

Achtsamkeit und Konzentration trainieren

1. Wenn Du möchtest, kannst Du Deine Augen locker zufallen lassen. Wende Dich mit Deiner Aufmerksamkeit zunächst nur Deiner Atmung zu. Spüre ganz genau nach, wie es sich anfühlt, wenn der Atem in den Körper hinein- und dann wieder aus dem Körper herausfließt. Konzentriere Dich auf die Körperregion, in der Du Deine Atmung am besten spürst.
2. Richte nun Deine Aufmerksamkeit ein Stück weiter auf Dein Inneres. Was nimmst du wahr? Was steigt an die Oberfläche Deines Bewusstseins? Welche Gedanken, Gefühle, Körperempfindungen oder Impulse nimmst Du wahr? Nimm alles, was in Deinem Inneren geschieht, alles, was aufsteigt, achtsam zur Kenntnis. Lasse es anschließend gedanklich wieder los, sodass Neues aufsteigen kann. Es geht nur um die Wahrnehmung, nicht darum, die Dinge zu verändern. Wenn Du in Gedanken abschweifst oder Dinge in Deiner Umwelt wahrnimmst, registriere es und richte dann Deine Aufmerksamkeit einfach wieder neu aus. Tauche nicht zu tief in die Gedanken und Gefühle ein. Nimm einfach die Regungen in Deinem Inneren wahr und lasse sie dann wieder los. Wahrnehmen... kurz anschauen... wieder loslassen...
3. Wenn Du möchtest, kannst Du Deine Aufmerksamkeit auch noch ein Stück erweitern. Nimm wahr, was um dich herum geschieht. Welche Geräusche, Gerüche und andere Eindrücke nimmst du wahr? Was passiert um Dich herum? Nimm einfach alles achtsam zur Kenntnis. Nimm es wahr und lasse es dann wieder los. Wahrnehmen... und wieder loslassen...
4. Versuche nun im nächsten Schritt, die Aufmerksamkeit erneut auf Dein inneres Erleben zu fokussieren. Es geht jetzt wieder um Deine Gedanken, Gefühle, Körperempfindungen oder inneren Impulse. Registriere alles, was in Deinem Inneren geschieht, alles, was hochkommt, und lasse es dann wieder los, ohne es verändern zu wollen. Wahrnehmen... kurz anschauen... wieder loslassen... Wahrnehmen... anschauen... loslassen... wahrnehmen... anschauen... wieder loslassen...
5. Und nun fokussierst Du Deine Aufmerksamkeit wieder ein Stück mehr und kehrst zurück zu Deiner Atmung. Wenn Du in Gedanken abschweifst oder Dinge in Deiner Umwelt wahrnimmst, registriere es gleichmütig und kehre mit Deiner Aufmerksamkeit wieder zurück zu Deiner Atmung.
6. Und zuletzt machst Du dir wieder bewusst, wo Du Dich befindest. Spüre Deinen Körper, wie Du hier auf Deinem Stuhl sitzt. Wie sich Dein Körper nun anfühlt und wie es Dir nach dieser Übung geht.

Abbildung F10**Instruktion zur Imaginationsübung-Übung „Lösung ausprobieren“****Imaginationsübung: Lösung ausprobieren**

Lehne Dich entspannt zurück und schließe Deine Augen. Richte Deine Aufmerksamkeit wie gewohnt wieder auf Deine Atmung...

Du wirst Dich nun gleich erneut in Deine Resilienzpose begeben, wie Du es in letzten Wochen vielleicht das ein oder andere mal schon geübt hast. Wenn es Dir leichter fällt, kann Du Dich dabei gedanklich in eine Situation hineinversetzen, in der Du Dich ganz stark, gut und sicher gefühlt hast. Dies kann auch Dein innerer sicherer Ort sein. Schau, was für Dich am besten passt. Vielleicht kommt Dir bei der Übung auch Dein Resilienzhelfer wieder in den Kopf. Such Dir gedanklich das, was Dir hilft, Dich sicher und stark zu fühlen.

Begebe Dich jetzt in Deine Resilienzpose. Passe Deine Körperhaltung so an, dass sie genau zu diesem inneren positiven, sicheren Gefühl passt. Spüre Deine Füße, Beine, das Gesäß, den Rumpf, die Schultern und den Kopf. Wie fühlt es sich an, wenn Du in Deiner starken Position bist? Versuche, diese Haltung beizubehalten und dieses Gefühl von Stärke und Sicherheit mit in Deine schwierige Situation hineinzunehmen.

Stell Dir nun bitte vor, Du erlebst diese schwierige Situation erneut. Male Dir aus, wie es sein wird, wenn Du die Situation dieses Mal sicher und selbstbewusst löst. Wie läuft die Situation ab? Welche positiven, unterstützenden Gedanken hast Du in der Situation? Kannst Du Dein sicheres und gutes Gefühl nach wie vor spüren? Was sagst oder tust Du, um die Situation so zu lösen, so dass es sich für Dich endlich einmal gut und richtig anfühlt. Setze gedanklich Dein Vorhaben so um, wie Du es Dir vorgenommen hast. So, wie es für Dich gut ist, und so, dass Du sicher zu Dir selbst und Deinem inneren Befinden stehen kannst.

Und dabei kann es durchaus passieren, dass Dir bei der Umsetzung auch Zweifel hochkommen. Vielleicht verspürst Du eine Tendenz, wieder in Deine negativen Denkmuster zu fallen. Oder ertappst Dich dabei, in Deine alten Schutzstrategien zu rutschen. Nimm diese Zweifel ganz entspannt und akzeptierend zu Kenntnis. Sage Dir, dass diese Zweifel am Anfang ganz normal sind und dazugehören. Und wenn sich Dein negatives Denkmuster wieder meldet, sagst Du ihm ganz freundlich, „ach ja, dich kenn ich doch“ und lässt es einfach so stehen wie es ist.

Und anstatt Dir diese selbstkritischen Zweifel wieder viel zu sehr zu Herzen zu nehmen, wie Du es schon so oft gemacht hast, wendest Du Dich ganz bewusst Deinem sicheren, starken Gefühl zu. Bist Du noch in der Resilienzpose? Wenn ja, ist es gut, wenn nicht, erinnere Dich liebevoll daran. Halte Dir auch nochmal Dein positives Denkmuster vor Augen. Und falls es Dir schwer fällt, lässt Du Dich von Deinem Resilienzhelfer beraten. Was würde er oder sie Unterstützendes zu Dir sagen?

Mit diesem guten und sicheren Gefühl gehst Du nun ein letztes Mal die Situation so durch, wie Du es Dir in Deiner Lösung erarbeitet hast. Du verhältst Dich so, wie es Deinem Wunschzustand entspricht. Und obwohl Du weißt, dass Schwierigkeiten und Zweifel hochkommen können, darfst Du Dir sicher sein, dass Du Dich – kurz- oder langfristig – mit diesem Weg besser fühlen wirst.

Und nun nimmst Du wieder Abstand aus der Situation. Sei dankbar für das, was hier entstanden ist. Dankbar für Deine innere Stärke, die Du besitzt, die Dinge zu verändern.

Sage Dir nun bitte, dass Du die Übung gleich beenden wirst. Nimm nochmal Deinen Körper wahr, die Füße auf dem Boden, den Rücken, den Atem...

Balle Deine Hände zu Fäusten, strecke und räkele Dich...Atme ein paar Mal tief ein und wieder aus. Komme dann allmählich zurück in den Raum und öffne die Augen.

Anhang G**Probandenkommentare (Studie 1)****Tabelle G1**

Probandenkommentare zu den Stärken der Intervention (Studie 1)

Probandenangaben (Stärken)
<ul style="list-style-type: none">• Man hat neue Wege aufgezeigt bekommen, um mit Stress umzugehen. Man selbst wird gelassener.• Selbstreflexion. Blickwinkel wechseln, wie geht es anderen in ähnlichen Situationen.• Man hat sich mehr reflektiert. Man hat vermehrt über die Vergangenheit nachgedacht. Es wurde bewusster, was man ändern möchte. Es war eine sehr angenehme Gruppe.• Gefühle und Fähigkeiten erkennen. Selbstbild-Fremdbild, interessante Erkenntnisse. Erlernen von Resilienzstrategien. Vielen Dank für die tollen Erkenntnisse.• Kleine Gruppe. Sich bewusster werden, dass man Einfluss haben kann auf seine Gedanken und Gefühle. Das Wissen, dass ich das lange üben muss.• Die Psychologin• Viele Möglichkeiten, aus denen jeder für sich das Beste ziehen kann. Aktive Auseinandersetzung mit dem Thema und eigenen Gefühlen.

Tabelle G2

Probandenkommentare zu den Schwächen der Intervention (Studie 1)

Probandenangaben (Schwächen)
<ul style="list-style-type: none">• Es bedarf viel Training.• Es hätte noch 3-4 Wochen länger gehen können.• Problematisch war, dass sich alle Teilnehmer kannten und miteinander arbeiten. Daher war keine "offene" Kommunikation möglich. Besser wäre es, wenn sich die Teilnehmer nicht kennen würden.• Zu kurz, zu wenige Einheiten.• Mehr Einzelgespräche wären notwendig. Andere Gruppenzusammensetzung (zu viele aus einem Team)• Zu wenig Zeit, müsste nochmal stattfinden

Anhang H

Studienaufklärungsbroschüre Studie 2

Studienaufklärungsbroschüre

„The New Growth“

Gruppenpsychotherapeutische Intervention zur Förderung von Resilienz für Mitarbeiter in der Krankenpflege

Deutsches Resilienz Zentrum
Deutsches Resilienz Zentrum (DRZ) gGmbH
Untere Zahlbacher Str. 8
55131 Mainz

Studienleitung: Prof. Dr. Klaus Lieb, Prof. Dr. Michèle Wessa
Weitere beteiligte Wissenschaftler: M. Sc. Psych. Gesche Janzarik

Lieber Mitarbeiter, liebe Mitarbeiterin,
vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Studie. Bitte lesen Sie sich diese Studienaufklärungsbroschüre sorgfältig durch. Sie enthält wichtige Informationen zu Ihrer Studienteilnahme. Sie können sich vollkommen frei entscheiden, ob Sie an dieser Studie teilnehmen möchten oder nicht. Sie können Ihre Teilnahme jederzeit beenden. Wenn Sie sich gegen eine Teilnahme entscheiden, hat dies keinerlei Nachteile für Sie. Bitten Sie die Trainingsleitung, Ihnen alles, was Sie nicht verstehen, zu erklären. Sie erhalten von uns eine Kopie dieser Aufklärungsbroschüre. Bitte bewahren Sie diese auf!

Hintergrund der Studie und Studienziele

Der Begriff „Resilienz“ steht für die psychische Widerstandsfähigkeit eines Menschen. Diese wird benötigt, um sich widrigen Lebensumständen anzupassen, persönliche Krisen erfolgreich zu bewältigen und gegebenenfalls sogar gestärkt aus ihnen hervorzugehen. Die heutige Resilienzforschung beschäftigt sich mit der Frage, wie Menschen trotz stressreicher Ereignisse ihre psychische Gesundheit aufrechterhalten oder wieder zurückgewinnen können. Basierend auf Ergebnissen aktueller Forschung in diesem Bereich bieten wir Ihnen ein Trainingsprogramm an, bei dem die Stärkung Ihrer Resilienz im Mittelpunkt steht. Das Ziel des Trainings ist es, Ihre psychische Gesundheit und Ihr Wohlbefinden zu verbessern und zu erhalten. Im Rahmen der vorliegenden Studie möchten wir die Wirksamkeit des Trainingsprogramms evaluieren.

Trainingskonzept

Entscheiden Sie sich für die Teilnahme an unserer Studie, nehmen Sie an einem psychotherapeutischen Trainingsprogramm zur Förderung von Resilienz teil. Das Trainingsprogramm setzt sich aus 8 aufeinander aufbauenden Trainingseinheiten zusammen. Die Trainingseinheiten finden im Abstand von je einer Woche statt und dauern jeweils ca. 120 min. Sie beinhalten Übungen im Einzel-, Partner- oder Gruppensetting. Dabei werden verschiedene psychische Fähigkeiten trainiert, die Ihnen helfen, arbeitsbezogene und private Stressoren besser zu bewältigen und so die Entstehung stressbedingter psychischer Erkrankungen zu vermeiden. Zusätzlich bearbeiten Sie zwischen den Einheiten kurze schriftliche Übungen in Einzelarbeit, um den Lerninhalt zu vertiefen und einen Transfer in die Praxis zu vereinfachen. Diese dauern ca. 15 min. Das Training findet in Kleingruppen von 8-10 Teilnehmern statt. Das Trainingsprogramm ist für Sie kostenfrei. Die Teilnahme an den Sitzungen wird als Aufwandsentschädigung angerechnet.

Studienablauf und Datenerhebung

Wenn Sie an unserer Studie teilnehmen, werden Sie nach dem Zufallsverfahren einer von zwei Gruppen zugeordnet (Gruppe A oder Gruppe B). Beide Gruppen erhalten das gleiche Trainingsprogramm, es unterscheidet sich lediglich der Startzeitpunkt. Im Rahmen der Studie nehmen Sie außerdem zu 4

Zeitpunkten (Teilnehmer der Gruppe B) bzw. zu 5 Zeitpunkten (Teilnehmer der Gruppe A) innerhalb eines Jahres anonym an einer Fragebogenmessung teil. Die Beantwortung der Fragen dauert jeweils ca. 40 Minuten. Der Fragebogen erhebt Daten zu Ihrer Resilienz, Ihrer psychischen Gesundheit sowie zu Ihrer Stressbelastung und misst deren Veränderung über die Zeit hinweg. Zudem werden Ihnen bei der ersten Messung noch Fragen zu Soziodemographie, Lebensstil und zu möglichen Vorerkrankungen gestellt. Im Folgenden ist der Studienablauf separat für beide Gruppen dargestellt:

Gruppe A

Etwa eine Woche bevor Sie mit dem Training beginnen, findet eine ca. 2-stündige Einführungssitzung statt. Neben einer Einführung in die Trainingsinhalte bekommen Sie an diesem Termin den Studienablauf noch einmal mündlich erklärt. Natürlich werden wir auch Ihre offenen Fragen beantworten. Darüber hinaus nehmen Sie an diesem Termin an einem 10-minütigen strukturierten diagnostischen Interview teil, in dem Ihnen einige Fragen zu Ihrer psychischen Gesundheit gestellt werden. Im Rahmen der Einführungssitzung füllen Sie außerdem den ersten Fragebogen in Papierversion aus. Eine Woche später beginnen Sie mit dem 8-wöchigen Trainingsprogramm. In der letzten, also der achten Sitzung findet der gemeinsame Abschluss des Trainings statt. An diesem Termin werden Sie den zweiten Fragebogen ausfüllen. Das Trainingsprogramm haben Sie mit diesem Schritt vollständig absolviert. Um zu überprüfen, wie sich Ihre Teilnahme im Zeitverlauf auf Ihre Resilienz und Ihre psychische Gesundheit auswirkt, erfolgen noch drei weitere Fragebogenmessungen. Dafür bekommen Sie alle drei Monate per E-Mail einen Link zugesandt, von dem aus Sie auf einen online-Fragebogen zugreifen können.

Gruppe B

Sie sind Teilnehmer der Wartekontrollgruppe. Sie erhalten das gleiche Trainingsprogramm wie Gruppe A. Das Trainingsprogramm startet jedoch 8 Monate später als bei Gruppe A. Etwa 8 Monate vor Beginn des Trainingsprogramms findet eine 2-stündige Einführungssitzung statt. Neben einer Einführung in die Trainingsinhalte bekommen Sie an diesem Termin den Studienablauf noch einmal mündlich erklärt. Natürlich werden wir auch Ihre offenen Fragen beantworten. Darüber hinaus nehmen Sie an diesem Termin an einem 10-minütigen strukturierten diagnostischen Interview teil, in dem Ihnen einige Fragen zu Ihrer psychischen Gesundheit gestellt werden. Im Rahmen der Einführungssitzung füllen Sie außerdem den ersten Fragebogen in Papierversion aus. Um mögliche Veränderungen ihrer Resilienz und ihrer psychischen Gesundheit zu überprüfen, nehmen Sie im Verlauf der 8 Monate an 3 weiteren Fragebogenerhebungen teil. Dafür bekommen Sie alle drei Monate per E-Mail einen Link zugesandt, von dem aus Sie auf einen online-Fragebogen zugreifen können. Die Studie endet für Sie nach der letzten Trainingssitzung.

Risiken und Nutzen

Die Teilnahme an der Studie dient Ihrem persönlichen Vorteil und birgt keine besonderen Risiken. Sollten für Sie im Rahmen des Trainingsprogramms Schwierigkeiten oder persönliche Probleme auftreten, wenden Sie sich bitte an die Trainingsleitung. Bei der Datenerhebung werden standardisierte Fragebögen aus der psychologischen Forschung verwendet, welche für Sie keine Risiken beinhalten. Ihre Teilnahme ermöglicht uns, mehr über die Wirksamkeit von Resilienzinterventionen zu erfahren und das Training noch besser den Bedürfnissen der Zielgruppe anzupassen.

Aufwandsentschädigung

Für Ihre Teilnahme an der Studie erhalten Sie keine weitere Aufwandsentschädigung.

Teilnahmevoraussetzungen

Das Angebot richtet sich an alle Mitarbeiter in der Krankenpflege. Für eine Teilnahme sollten folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Sie sind älter als 18 Jahre und verfügen über ausreichende Deutschkenntnisse in Wort und Schrift
- Bei Ihnen wurde in der Vergangenheit keine schwerwiegende psychische Erkrankung diagnostiziert (z. B. schwere Depression, Schizophrenie, Bipolare Störung, Persönlichkeitsstörung, Suchterkrankung)
- Sie befinden sich derzeit nicht in psychotherapeutischer Behandlung
- Sie nehmen derzeit keine psychopharmakologischen Medikamente ein oder halten die Medikation über den Verlauf der 8 Wochen stabil
- Sie nehmen keine illegalen Drogen zu sich und konsumieren weniger als 15 Gläser Alkohol pro Woche
- Sie leiden aktuell nicht unter einer schwerwiegenden körperlichen Erkrankung (z. B. Krebserkrankung)
- Sie haben keine körperlichen oder geistigen Einschränkungen, die einer Teilnahme entgegenstehen

Datenschutz (DS-GVO)

Sie werden als Teilnehmer in die Studie erst nach Ihrer schriftlichen Einwilligung aufgenommen. Die studienbezogenen Daten werden streng vertraulich behandelt. Studienbezogene Gesundheitsdaten werden pseudonymisiert (d. h. kodiert ohne Angabe von Namen, Anschrift, Initialen oder Ähnlichem) erhoben, auf Datenträgern gespeichert und vom Studienteam ausgewertet. Sie dienen ausschließlich Forschungszwecken. Die Weitergabe an Dritte einschließlich Publikation erfolgt ausschließlich in anonymisierter Form, d. h. sie können nicht mehr einer einzelnen Person zugeordnet werden. Die Daten können im Falle unerwünschter Ereignisse pseudonymisiert an die Ethikkommission der Ärztekammer Rheinland-Pfalz weitergegeben werden. Die Daten können bei den genannten Stellen für eine Dauer von 10 Jahren gespeichert werden. In Bezug auf personenbezogene Daten, die im Rahmen der Studie erhoben werden, gelten die in der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) am 25. Mai 2018 festgelegten Rechte (Artikel 12 ff. DSGVO). Dementsprechend können Sie gemäß Artikel 18 und 19 DSGVO, §58 BDSG-neu unter bestimmten Voraussetzungen eine Einschränkung der Verarbeitung der von Ihnen erhobenen Daten verlangen, so dass diese zwar gespeichert, aber nicht verarbeitet werden dürfen. Dies müssen Sie jedoch gesondert beim Studienleiter beantragen bzw. sich an den Datenschutzbeauftragten des Deutschen Resilienz Zentrums wenden (Kontaktinformationen siehe unten). Wir weisen Sie ebenfalls darauf hin, dass sie gemäß der neuen Verordnung ein Recht auf Auskunft (Artikel 15 DSGVO, §§34 und 57 BDSG-neu) haben über die im Rahmen der Studie von Ihnen erhobenen, verarbeiteten und ggf. an Dritte übermittelten personenbezogenen Daten. Ebenso haben Sie ein Recht auf Berichtigung Sie betreffender unrichtiger personenbezogener Daten (Artikel 16 und 19 DSGVO, §58 BDSG-neu). Für die Erhebung der Fragebögen verwenden wir das Online-Tool SoSci Survey und schließen mit diesem Anbieter einen Auftragsverarbeitungsvertrag zum Datenschutz (nach Artikel 28 DS-GVO).

Speicherdauer/weitere Empfänger

Die pseudonymisierten Datensätze werden für 10 Jahre nach Studienende aufbewahrt und dann gelöscht. Auf die pseudonymisierten Daten (also mit Probandencode, aber ohne Namen, Anschrift, usw.) können gegebenenfalls weitere Mitarbeiter des Deutschen Resilienz Zentrums gGmbH zugreifen.

Freiwilligkeit

Ihre Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie können die Teilnahme jederzeit und ohne Angabe von Gründen abbrechen. Sie brauchen in keinerlei Hinsicht irgendwelche Nachteile zu befürchten, wenn Sie sich gegen eine Teilnahme entschließen. Auch wenn Sie die Einverständniserklärung bereits unterschrieben haben, können Sie Ihr Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile zurückziehen. Sie haben das Recht, jederzeit Fragen zu stellen über mögliche oder bekannte Risiken, die bei dieser Studie auftreten können. Nutzen Sie dies bitte ausführlich (auch während der Studie), bis Sie sich völlig ausreichend informiert fühlen. Im Falle eines Studienwiderrufs können Sie entscheiden, ob Ihre bereits erhobenen Daten gelöscht werden müssen oder in anonymisierter Form weiterverwendet werden dürfen. Sollten Sie Fragen zu Ihren Rechten bei der Teilnahme an dieser Studie haben, setzen Sie sich bitte mit den genannten Kontaktpersonen in Verbindung. Wir werden Sie bitten, sich auf der Einwilligungserklärung (gesondertes Formular) mit der oben beschriebenen Aufzeichnung der Daten im Rahmen der Studie einverstanden zu erklären.

Teilnehmerversicherung

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass für diese Studie keine gesonderte Probandenversicherung oder Wegeunfallversicherung abgeschlossen wurde.

Datenschutz: Kontaktdaten Prüfzentrum

Datenschutzbeauftragte der DRZ gGmbH		Datenschutz-Aufsichtsbehörde	
Name:	Dr. Sandra Zurborg	Name:	Prof. Dr. Dieter Kugelmann
Adresse:	Deutsches Resilienz Zentrum gGmbH Untere Zahlbacher Straße 8 55131 Mainz	Adresse:	Hintere Bleiche 34 55116 Mainz
Telefon:	06131/3929818	Telefon:	06131/208-24 49
E-Mail:	datenschutzbeauftragte@drz-mainz.de	E-Mail:	poststelle@datenschutz.rlp.de

Kontaktadressen der Studienleitung und beteiligte Wissenschaftler

Studienleitung		beteiligte Wissenschaftler	
Name:	Prof. Dr. Klaus Lieb	Name:	M. sc. Psych. Gesche Janzarik
Adresse:	Deutsches Resilienz Zentrum (DRZ) gGmbH Untere Zahlbacher Str. 8 55131 Mainz	Adresse:	Deutsches Resilienz Zentrum (DRZ) gGmbH Untere Zahlbacher Str. 8 55131 Mainz
Telefon:	06131/17-7335	Telefon:	0159/01290884
E-Mail:	klaus.lieb@drz-mainz.de	E-Mail:	Gesche.janzarik@drz-mainz.de
Name:	Prof. Dr. Michèle Wessa		
Adresse:	Johannes Gutenberg-Universität Mainz Abteilung für Klinische Psychologie und Neuropsychologie Wallstraße 3, Raum 06-105		
Telefon:	06131/3939259		
E-Mail:	michele.wessa@drz-mainz.de		

Anhang I

Einwilligungserklärung Studie 2

Einwilligungserklärung

„The New Growth“

Gruppenpsychotherapeutische Intervention zur Förderung von Resilienz für Mitarbeiter in der Krankenpflege

Deutsches Resilienz Zentrum
Deutsches Resilienz Zentrum (DRZ) gGmbH
Untere Zahlbacher Str. 8
55131 Mainz

Studienleitung: Prof. Dr. Klaus Lieb, Prof. Dr. Michèle Wessa
Weitere beteiligte Wissenschaftler: M. Sc. Psych. Gesche Janzarik

Name der/s Teilnehmer/in Druckbuchstaben: _____

- Ich bin von der Studienpsychologin Frau Gesche Janzarik über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie sowie die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text der Probandenaufklärung und dieser Einwilligungserklärung gelesen.
- Ich hatte ausreichend Zeit, Fragen zu stellen und mich zu entscheiden. Aufgetretene Fragen wurden mir vom Studienpsychologin beantwortet.
- Ich weiß, dass ich meine freiwillige Mitwirkung jederzeit beenden kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Datenschutz

Ich willige ein, dass für den Zweck der oben genannten Studie meine personenbezogenen Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, erhoben und im Deutschen Resilienz Zentrum (DRZ) aufgezeichnet werden. Diese Daten dürfen in pseudonymisierter Form (d. h. mit Probandencode versehene Daten) zur wissenschaftlichen Auswertung an die Studienleitung (Prof. Dr. Klaus Lieb, Prof. Dr. Michèle Wessa) und die Studienpsychologin (M. sc. Psych. Gesche Janzarik) weitergegeben werden. Gegebenenfalls dürfen weitere Mitarbeiter des Deutschen Resilienz Zentrums gGmbH auf die pseudonymisierten Datensätze zugreifen. Die pseudonymisierten Daten werden im Deutschen Resilienz Zentrum (DRZ) gGmbH (Untere Zahlbacher Str. 8, 55131 Mainz) für eine Dauer von 10 Jahren nach Studienende gespeichert. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen kann. Im Falle eines Studienwiderrufs kann ich entscheiden, ob meine bereits erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder in anonymisierter Form weiterverwendet werden dürfen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Studienpsychologin.

Datum u. Unterschrift des Probanden

Datum u. Unterschrift der Studienpsychologin

Kontaktdaten der Studienleitung und beteiligte Wissenschaftler

Studienleitung		beteiligte Wissenschaftler	
Name:	Prof. Dr. Klaus Lieb	Name:	M. sc. Psych. Gesche Janzarik
Adresse:	Deutsches Resilienz Zentrum (DRZ) gGmbH Untere Zahlbacher Str. 8 55131 Mainz	Adresse:	Deutsches Resilienz Zentrum (DRZ) gGmbH Untere Zahlbacher Str. 8 55131 Mainz
Telefon:	06131/17-7335	Telefon:	0159/01290884
E-Mail:	klaus.lieb@drz-mainz.de	E-Mail:	Gesche.janzarik@drz-mainz.de
Name:	Prof. Dr. Michèle Wessa		
Adresse:	Johannes Gutenberg-Universität Mainz Abteilung für Klinische Psychologie und Neuropsychologie Wallstraße 3, Raum 06-105		
Telefon:	06131/3939259		
E-Mail:	michele.wessa@drz-mainz.de		

Anhang J

Einfluss der festen Effekte auf die abhängigen Variablen und Bewertung der Modellgüte

Skala	β	t	p	η^2	Modellgüte		
					R^2 (conditional)	R^2 (marginal)	ICC
GHQ-28					.64	.34	.58
Gruppe	-4.18	-2.67	.01	.11			
Stressorload	0.10	5.29	$\leq .001$	.13			
Baselinemessung	0.39	4.15	$\leq .001$	.24			
Zeitpunkt	1.35	3.25	.001	.07			
WHO-5					.64	.32	.61
Gruppe	2.62	2.97	.004	.13			
Baselinemessung	0.54	6.05	$\leq .001$	.39			
Zeitpunkt	-.81	-3.55	$\leq .001$	.08			
BRS					.72	.42	.73
Gruppe	0.07	0.66	.51	.07			
Baselinemessung	0.72	8.11	$\leq .001$	.53			
Zeitpunkt	0.00	0.14	.89	.01			
SWLS					.81	.29	.81
Gruppe	1.69	1.82	.07	.05			
Baselinemessung	0.52	5.60	$\leq .001$	.33			
Zeitpunkt	0.09	0.59	.55	.02			
PSS-10					.48	.20	.48
Gruppe	-0.84	-1.41	.16	.03			
Baselinemessung	0.42	5.28	$\leq .001$	.33			
Zeitpunkt	0.12	-0.69	.49	.03			
RSES					.84	.68	.84
Gruppe	0.43	0.81	.42	.01			
Baselinemessung	0.87	13.60	$\leq .001$	.76			
Zeitpunkt	0.10	0.77	.44	.03			
DASS-21-D					.73	.32	.72
Gruppe	-0.99	-2.12	.04	.07			
Baselinemessung	0.48	5.89	$\leq .001$	.37			
Zeitpunkt	0.17	1.77	.08	.02			
DASS-21-A					.60	.40	.60
Gruppe	-0.54	-1.65	.10	.04			
Baselinemessung	0.63	8.55	$\leq .001$	.56			
Zeitpunkt	-0.02	-0.17	.87	.00			

Skala	β	t	p	η^2	Modellgüte		
					R^2 (conditional)	R^2 (marginal)	ICC
DASS-21-S					.62	.23	.62
Gruppe	-1.29	-2.02	.05	.06			
Baselinemessung	0.42	4.95	$\leq .001$	.29			
Zeitpunkt	0.10	0.66	.51	.02			
SWE					.77	.57	.77
Gruppe	0.84	1.49	.14	.03			
Baselinemessung	0.89	11.41	$\leq .001$	.68			
Zeitpunkt	0.10	0.67	.50	.03			
SEK-27					.78	.53	.78
Gruppe	5.41	2.44	.02	.09			
Baselinemessung	0.81	9.24	$\leq .001$	.60			
Zeitpunkt	-1.12	-2.19	.03	.03			
CD-RISC					.85	.64	.85
Gruppe	3.46	2.14	.04	.07			
Baselinemessung	0.84	12.21	$\leq .001$	.71			
Zeitpunkt	-0.16	-0.46	.64	.01			
PANAS-P					.66	.47	.65
Gruppe	2.62	2.96	.004	.13			
Baselinemessung	0.70	9.30	$\leq .001$	.61			
Zeitpunkt	-0.73	-2.74	.01	.05			
PANAS-N					.65	.34	.64
Gruppe	-1.32	-1.30	.20	.03			
Baselinemessung	0.59	7.01	$\leq .001$	.46			
Zeitpunkt	0.37	1.42	.16	.01			
Brief-COPE					.75	.52	.74
Gruppe	0.26	1.82	.07	.05			
Baselinemessung	0.74	10.19	$\leq .001$	.62			
Zeitpunkt	-0.05	-1.23	.22	.01			

Anmerkungen. GHQ-28 = Psychische Gesundheit, WHO-5 = Wohlbefinden, BRS = Resilienz, SWLS = Lebenszufriedenheit, PSS-10 = Wahrgenommene Stressbelastung, RSES = Selbstwertgefühl, DASS-21-D = Symptome von Depression, DASS-21-A = Symptome von Angst, DASS-21-S = Symptome von Stress, SWE = Selbstwirksamkeit, SEK-27 = Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen, CD-RISC = Resilienzfaktoren, PANAS-P = Positive Affektivität, PANAS-N = Negative Affektivität, Brief-COPE = Adaptives Coping.

Anhang K

Diagramme zur Auswertung

Abbildung K1

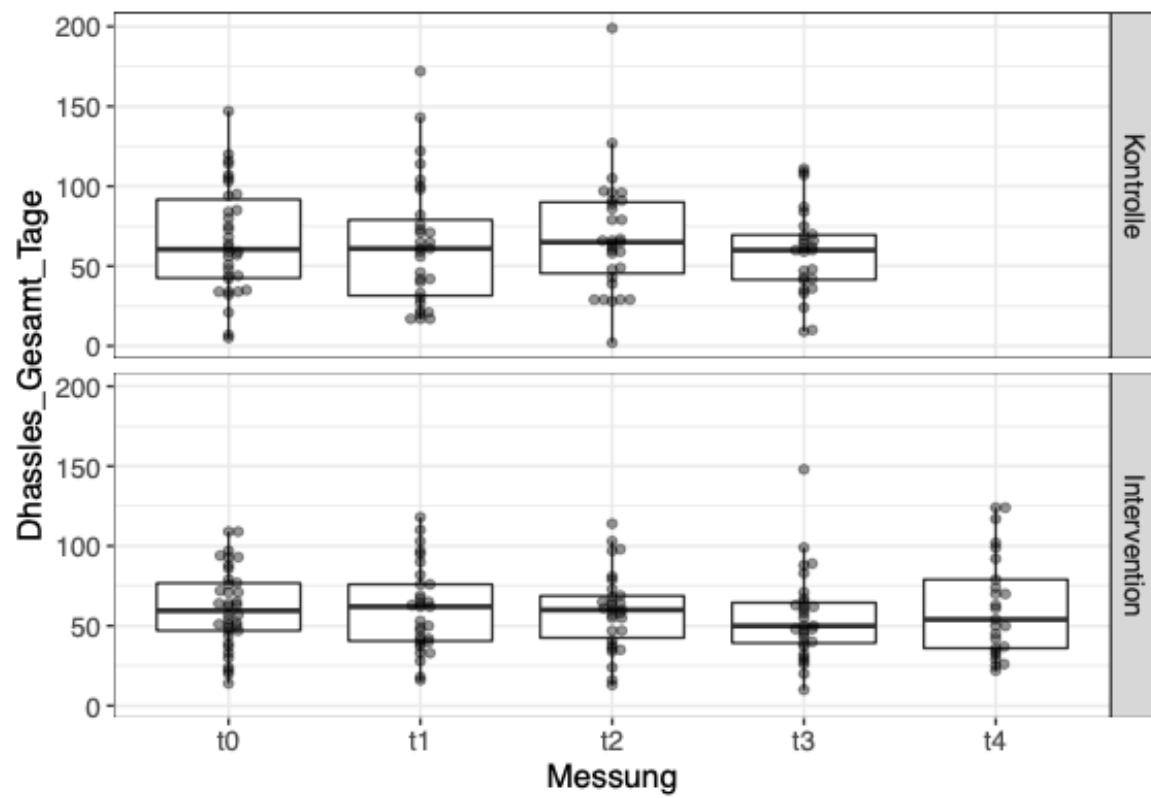
Verteilung der Stressbelastung zu den fünf Messzeitpunkten

Abbildung K2

Trendlinien für die Variable Depression (DASS-21)

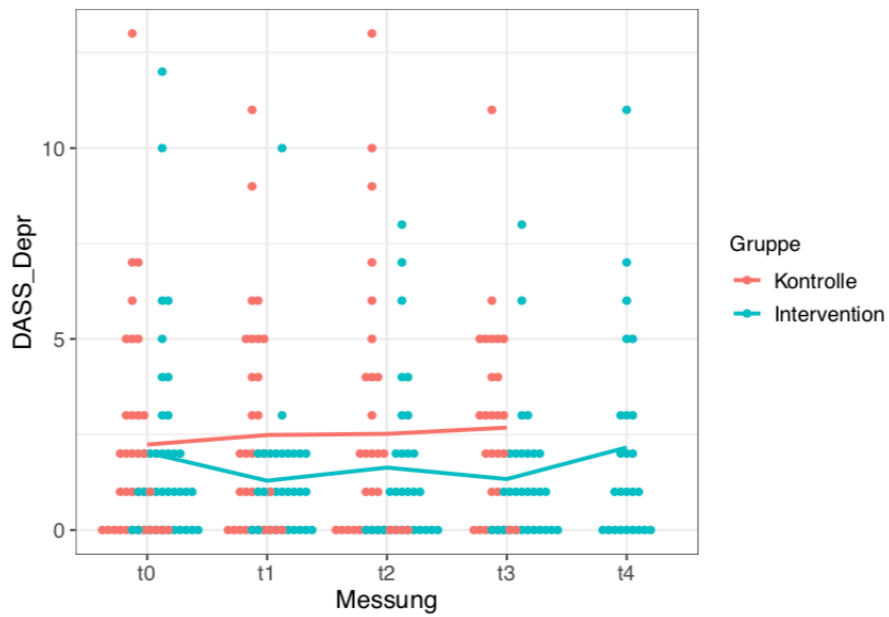


Abbildung K3

Trendlinien für die Variable Stress (DASS-21)

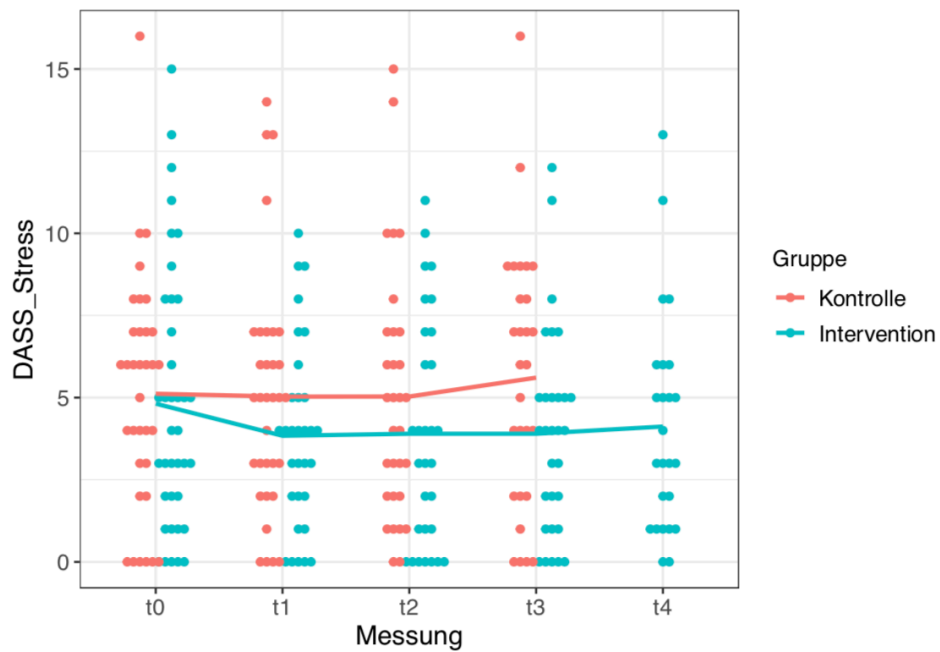


Abbildung K4

Trendlinien für die Variable Positive Affektivität (PANAS)

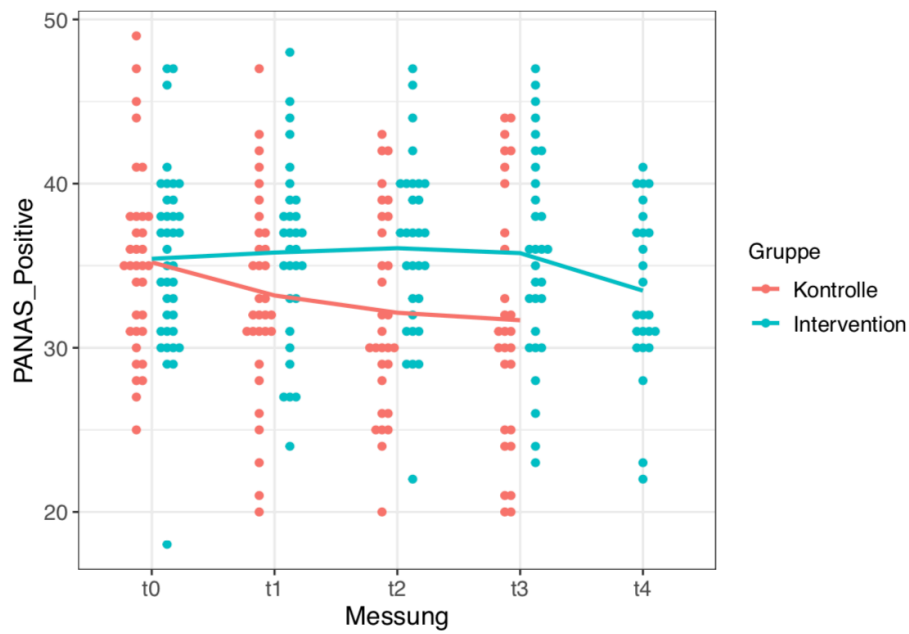


Abbildung K5

Trendlinien für die Variable Wohlbefinden (WHO-5)

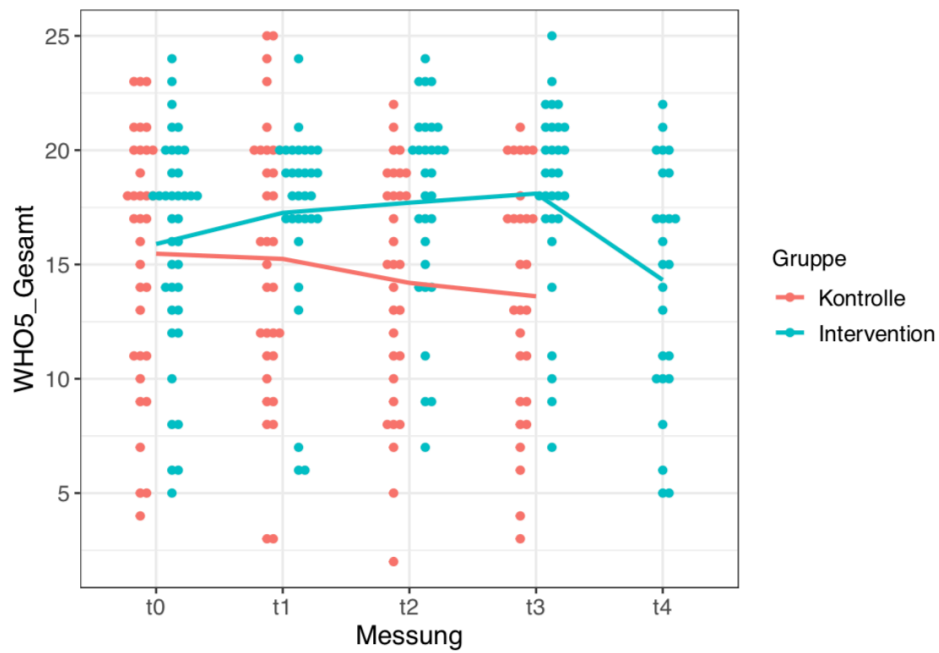


Abbildung K6

Trendlinien für die Variable emotionale Kompetenzen (SEK-27)

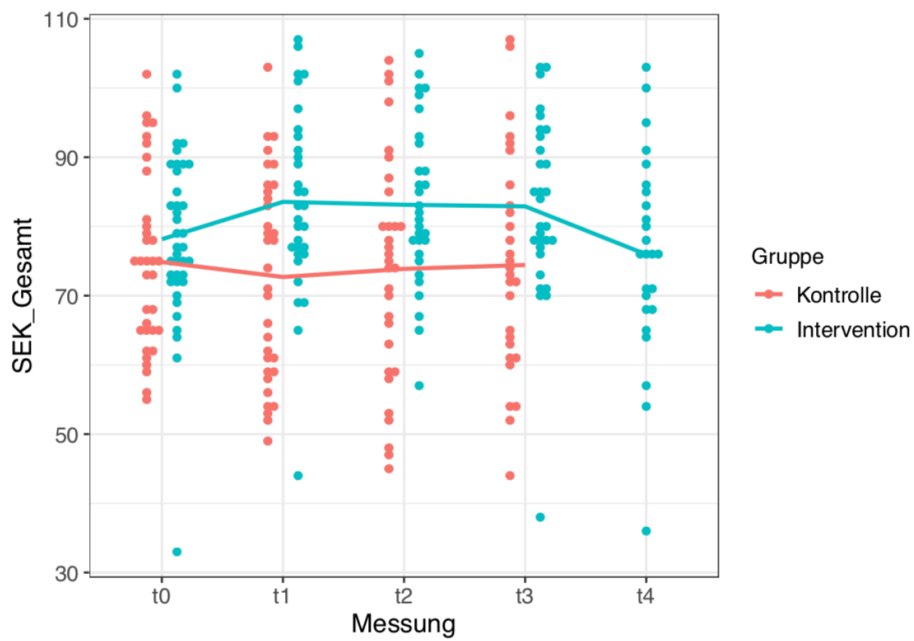


Abbildung K7

Trendlinien für die Variable Resilienzfaktoren (CD-RISC)

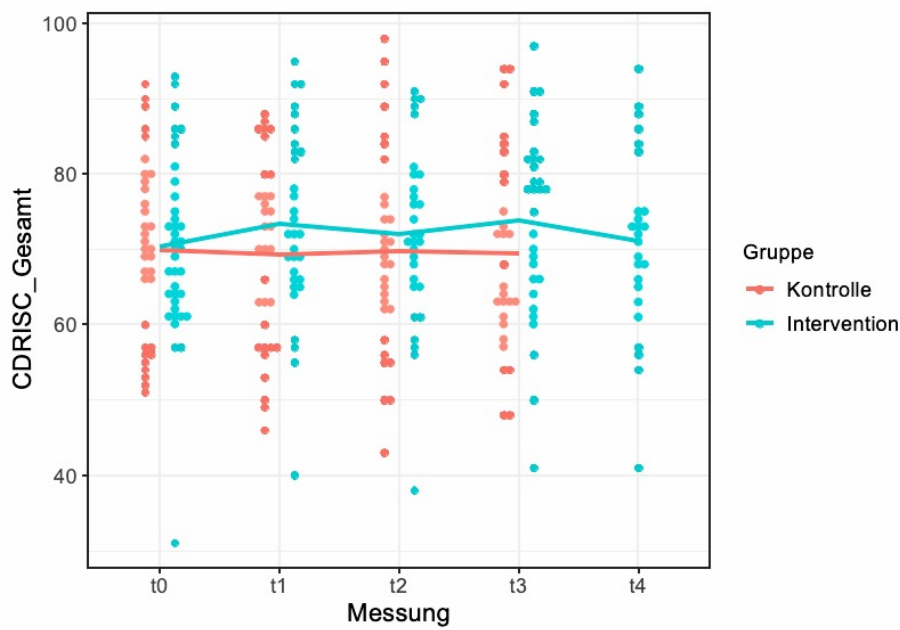


Abbildung K8

Trendlinien für die Variable Resilienz (BRS)

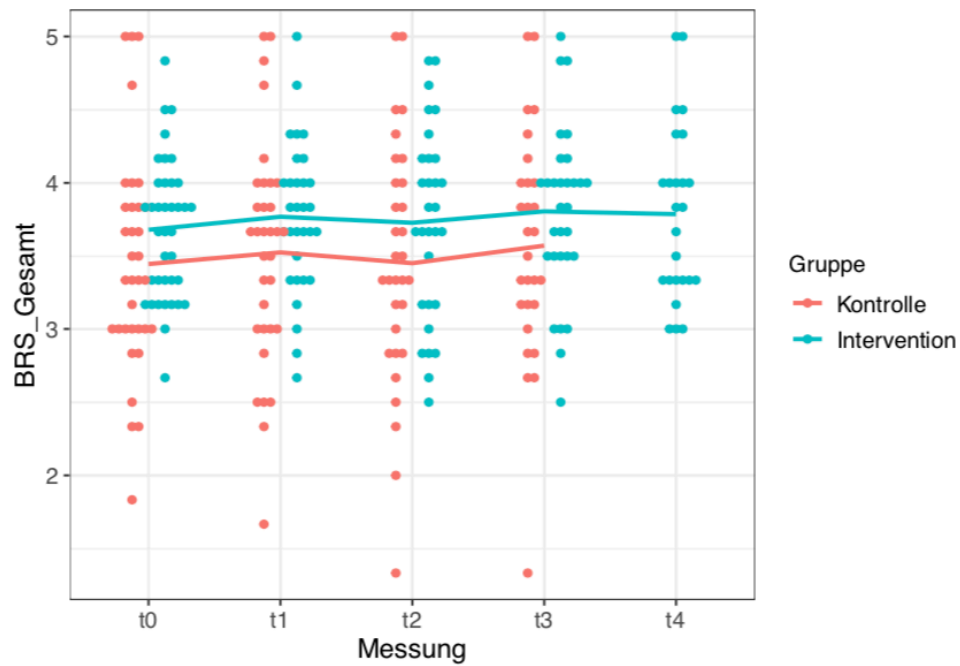


Abbildung K9

Trendlinien für die Variable Angst (DASS-21)

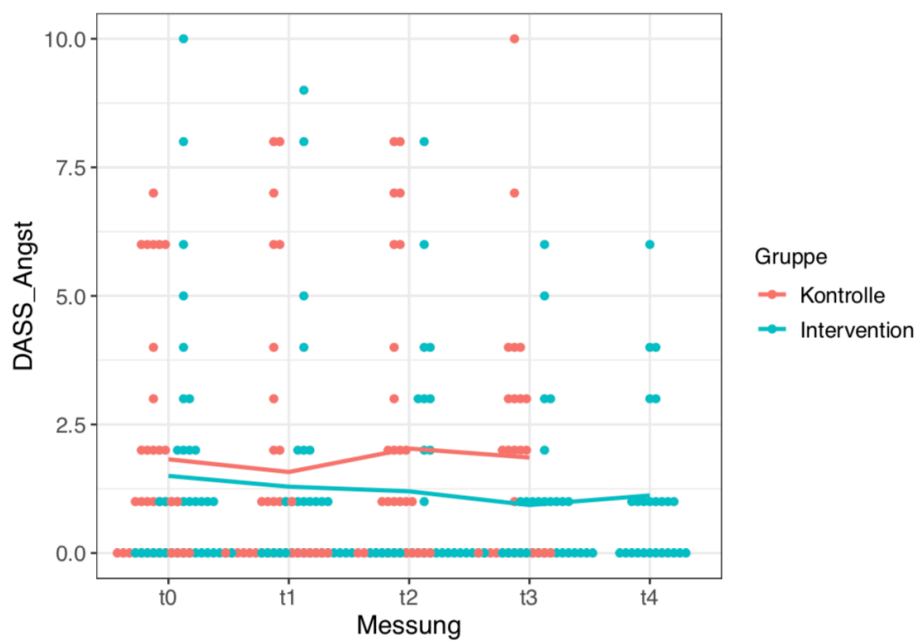


Abbildung K10

Trendlinien für die Variable Selbstwirksamkeit (SWE)

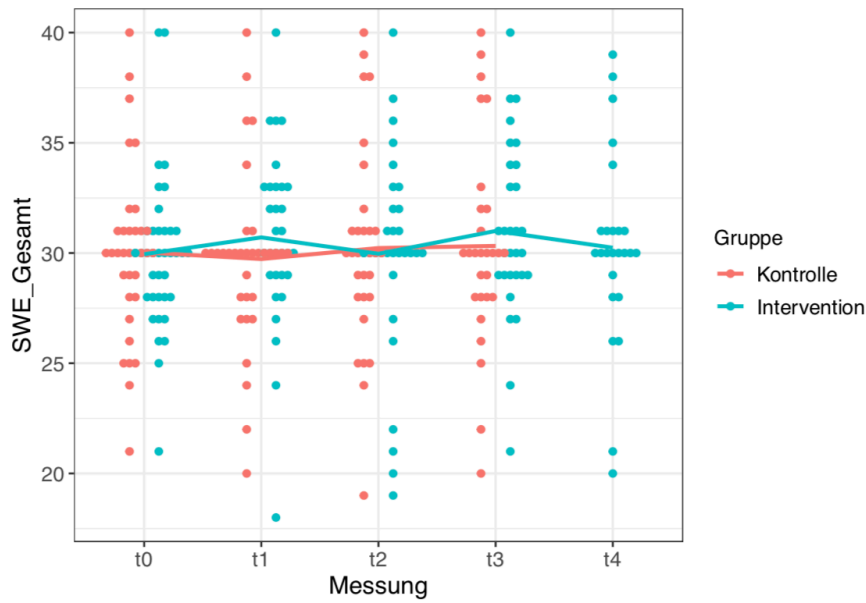


Abbildung K11

Trendlinien für die Variable Lebenszufriedenheit (SWLS)

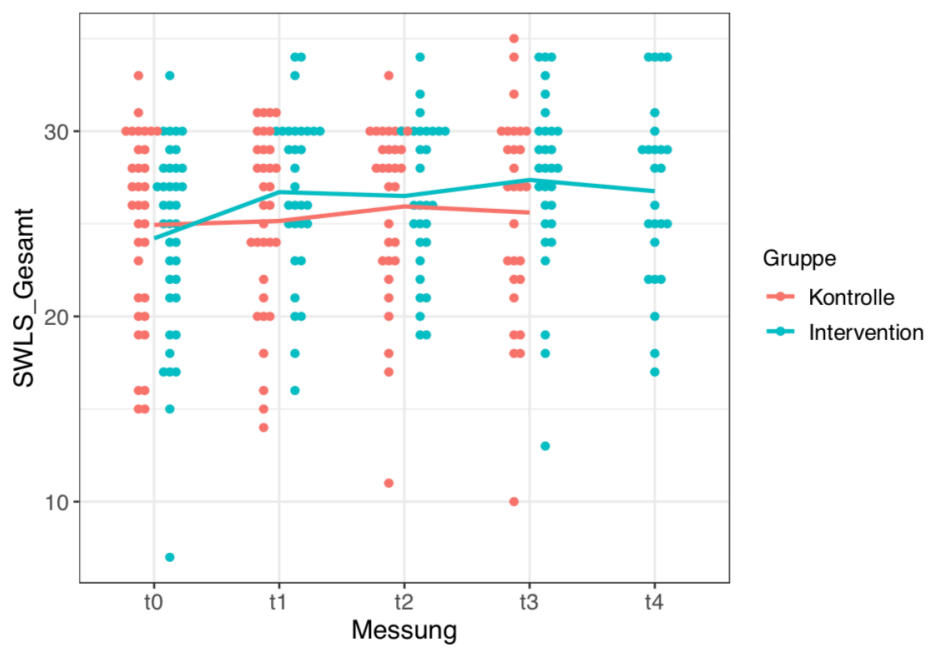


Abbildung K12

Trendlinien für die Variable Wahrgenommene Stressbelastung (PSS-10)

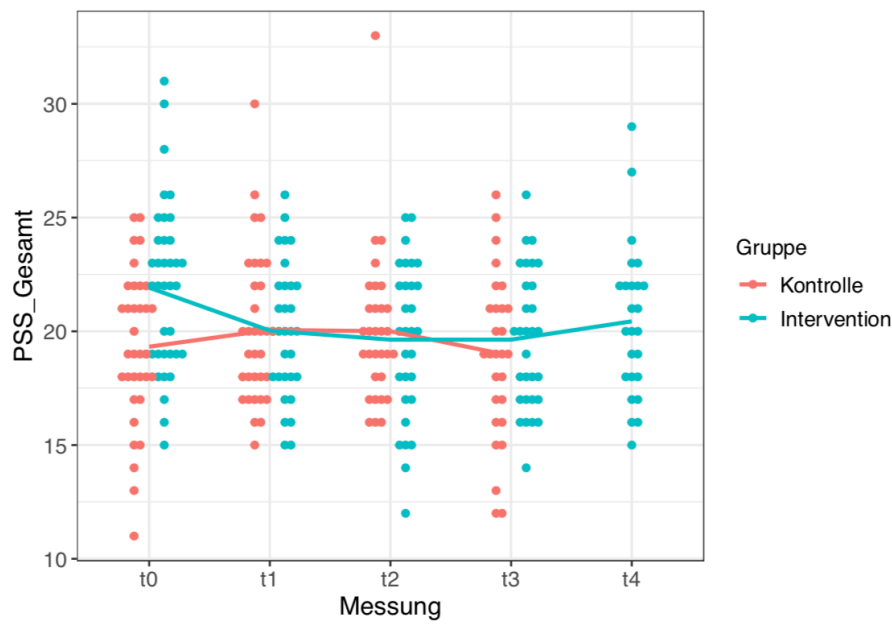


Abbildung K13

Trendlinien für die Variable Adaptive Coping (Brief-COPE)

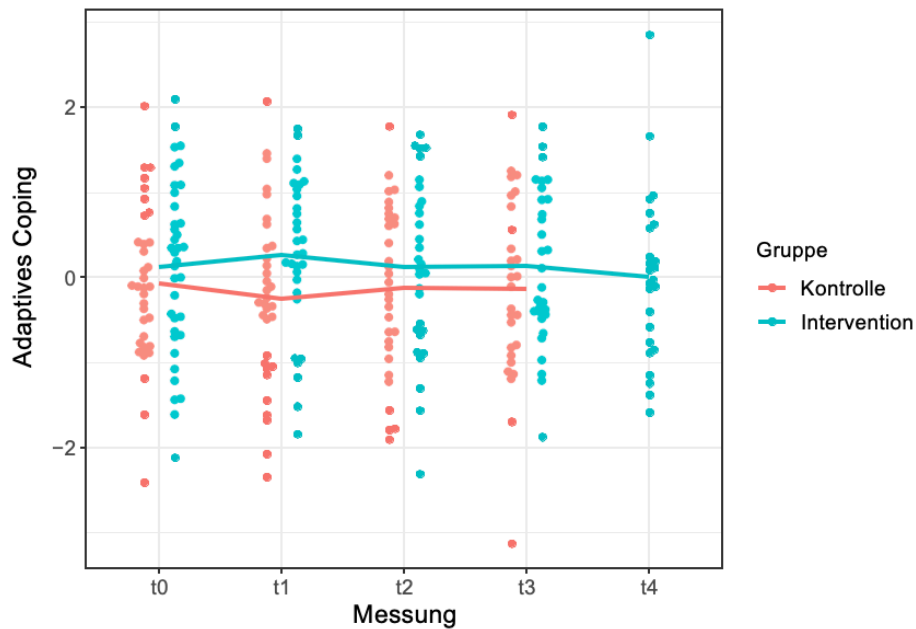


Abbildung K14

Trendlinien für die Variable Negative Affektivität (PANAS)

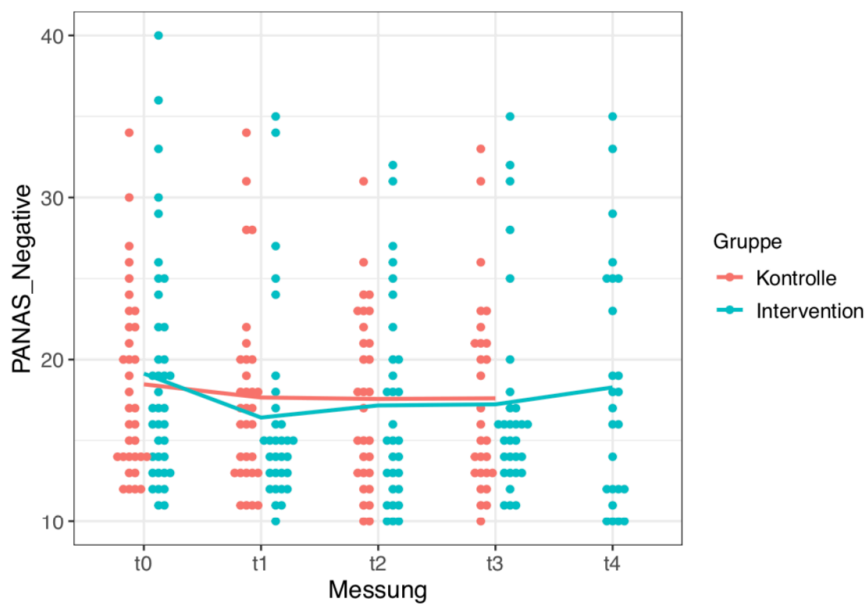
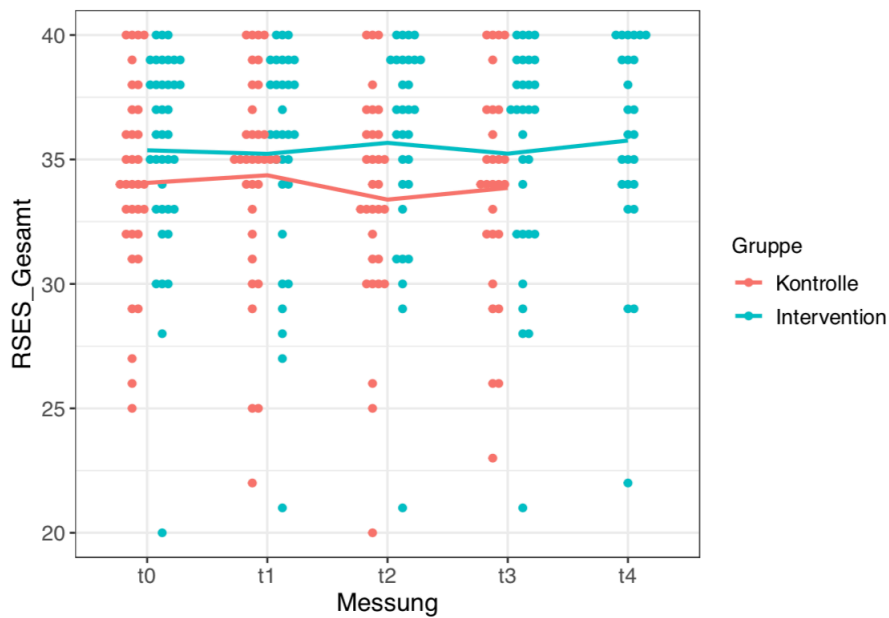


Abbildung K15

Trendlinien für die Variable Selbstwertgefühl (RSES)



Anhang L

Häufigkeiten aufgetretener Nebenwirkungen

Items UE-G-Skala	Trifft nicht zu	Trifft zu, war aber wenig belastend	Trifft zu, war deutlich belastend	Trifft zu, war stark belastend	Trifft zu, war extrem belastend
1. Wenn ich an die Gruppengröße/den Raum denke, ...					
... habe ich mich eingeengt gefühlt.	95.56%	4.44%	-	-	-
... wäre meine Abwesenheit kaum aufgefallen.	86.67%	11.11%	-	2.22%	-
... habe ich mich beobachtet und/oder ausgeliefert gefühlt.	88.89%	8.89%	2.22%	-	-
... bin ich völlig untergegangen.	97.78%	2.22%	-	-	-
... habe ich Angst- und/ oder Beklemmungsgefühle bekommen.	88.89%	8.89%	2.22%	-	-
... fühlte ich mich gehemmt etwas zu sagen.	82.22%	15.56%	-	2.22%	-
... habe ich mich wie auf dem Präsentierteller gefühlt.	86.67%	11.11%	2.22%	-	-
... war mir Nähe zu den anderen Menschen im Raum körperlich unangenehm.	93.33%	4.44%	2.22%	-	-
Raumsituation Gesamtbewertung		Mind. eine NW (Rating 1-4) 35.56%		Mind. eine schwer belastende NW (Rating 3+4) 4.44%	
2. Wenn ich an das denke, was in der Gruppe besprochen wurde, ...					
... habe ich erkennen müssen, dass man gegen meine Probleme nichts machen kann.	88.89%	8.89%	2.22%	-	-
... weiß ich gar nicht mehr, was ich denken soll.	93.33%	4.44%	2.22%	-	-
... wurde mein Problem und meine Thematik nicht angesprochen.	84.44%	15.56%	-	-	-
... merke ich erst, wie kompliziert alles ist.	53.33%	40.00%	6.67%	-	-

Items UE-G-Skala	Trifft nicht zu	Trifft zu, war aber wenig belastend	Trifft zu, war deutlich belastend	Trifft zu, war stark belastend	Trifft zu, war extrem belastend
... erfasst mich Angst, wie es weitergehen soll.	88.89%	8.89%	-	2.22%	-
... bin ich noch auf zusätzliche Probleme gestoßen worden.	46.67%	44.44%	6.67%	2.22%	-
... geht es mir schlechter als vorher.	91.11%	8.89%	-	-	-
... bin ich ganz verwirrt.	88.89%	8.89%	2.22%	-	-
... fühle ich mich, als wäre ich zu dumm etwas zu begreifen.	97.78%	-	2.22%	-	-
Trainingsinhalt Gesamtbewertung		Mind. eine NW (Rating 1-4) 68.89%		Mind. eine schwer belastende NW (Rating 3+4) 2.22%	
3. Wenn ich an die anderen Teilnehmer in der Gruppe denke, ...					
... musste ich Kritik und/oder Beleidigungen über mich ergehen lassen.	97.78%	2.22%	-	-	-
... fühlte ich mich klein und/oder wertlos.	93.33%	2.22%	4.44%	-	-
... merkte ich, dass ich da nicht hingehöre.	86.67%	8.89%	4.44%	-	-
... hatte ich ständig das Gefühl etwas sagen zu müssen.	86.67%	13.33%	-	-	-
... stand ich ständig unter Druck.	95.56%	2.22%	2.22%	-	-
... kam ich nie zu Wort.	100%	-	-	-	-
... wurde ich ausgegrenzt.	100%	-	-	-	-
... habe ich gemerkt, dass meine Probleme schwerer sind als ich dachte.	97.78%	2.22%	-	-	-
Teilnehmermerkmale Gesamtbewertung		Mind. eine NW (Rating 1-4) 51.11%		Mind. eine schwer belastende NW (Rating 3+4) 2.22%	

Items UE-G-Skala	Trifft nicht zu	Trifft zu, war aber wenig belastend	Trifft zu, war deutlich belastend	Trifft zu, war stark belastend	Trifft zu, war extrem belastend
4. Wenn ich an das Auftreten der Therapeutin/des Therapeuten denke, ...					
... kam es zu Spannungen zwischen mir und dem Therapeuten.	100%	-	-	-	-
... fühlte ich mich kritisiert und/oder kleingemacht.	97.78%	2.22%	-	-	-
... fühlte ich mich überrannt und/oder dominiert.	100%	-	-	-	-
... fühlte ich mich ignoriert.	100%	-	-	-	-
... finde ich, dass er/sie die Gruppe gar nicht im Griff hatte.	100%	-	-	-	-
... finde ich, dass er/sie fachlich inkompetent ist.	100%	-	-	-	-
... finde ich, dass er/sie kränker ist als die Patienten.	100%	-	-	-	-
... hatte ich das Gefühl, dass sich er/sie sich lustig über mich macht.	100%	-	-	-	-
Therapeutenmerkmale Gesamtbewertung		Mind. eine NW (Rating 1-4) 2.22%		Mind. eine schwer belastende NW (Rating 3+4) -	
5. Nach der Gruppenteilnahme, ...					
... bin ich entschlossen, nicht mehr an weiteren Gruppensitzungen teilzunehmen.	84.44%	11.11%	2.22%	2.22%	-
... habe ich mir vorgenommen, in zukünftigen Gruppen sehr zurückhaltend und vorsichtig zu sein.	100%	-	-	-	-
... habe ich mir vorgenommen in zukünftigen Gruppen sehr viel deutlicher meine Meinung zu sagen.	71.11%	15.56%	8.89%	2.22%	2.22%
... fühle ich mich schlechter als zuvor.	93.33%	4.44%	2.22%	-	-

Items UE-G-Skala	Trifft nicht zu	Trifft zu, war aber wenig belastend	Trifft zu, war deutlich belastend	Trifft zu, war stark belastend	Trifft zu, war extrem belastend
... verspüre ich öfter als vorher unangenehme Symptome von Anspannung oder Angst.	88.89%	11.11%	-	-	-
... traue ich mich noch weniger zu sagen als vorher.	100%	-	-	-	-
... traue ich mich noch weniger auf Andere zuzugehen als vorher.	100%	-	-	-	-
... kann ich Therapeuten nicht mehr trauen.	100%	-	-	-	-
... denke ich, dass ich im Alltag ohne Therapie nicht mehr zurechtkommen werde.	93.33%	6.67%	-	-	-
Nachwirkungen Gesamtbewertung		Mind. eine NW (Rating 1-4) 48.89%		Mind. eine schwer belastende NW (Rating 3+4) 6.67%	
6. Wenn ich insgesamt an die Gruppe denke, ...					
... dann mache ich mir Sorgen, dass Inhalte der Gruppe nach außen getragen werden.	91.11%	6.67%	2.22%	-	-
... dann habe ich dort die Erkenntnis gewonnen, dass Gruppentherapie nichts für mich ist.	88.89%	8.89%	-	2.22%	-
... dann weiß ich, dass ich dann weiß ich, dass ich in meinem Umfeld sicher Probleme bekomme, wenn ich das in der Gruppe Gelernte umsetze.	95.56%	4.44%	-	-	-
... dann mache ich mir Sorgen, dass sich die Gruppentherapie negativ auf mein weiteres Leben auswirkt.	100%	-	-	-	-
Globalerleben Gesamtbewertung		Mind. eine NW (Rating 1-4) 20.00%		Mind. eine schwer belastende NW (Rating 3+4) 2.22%	

Anhang M**Übersicht über die frei formulierten Probandenkommentare**

Probandenangaben

- „In der Anfangszeit Einschlafstörungen und Unkonzentriertheit“
- „Viele Emotionen, Zusammenhänge zwischen Kindheit und meinem Verhalten heute sind mir klar geworden“
- „Einige Ereignisse nochmal durchdacht oder davon geträumt, viel geweint“
- „Da die Gruppentermine teilweise sehr emotional waren, fühlte ich mich an etwa zwei Tagen erschöpft, müde und emotional aufgewühlt“
- „Manche Situationen empfand ich etwas unangenehm, da ich keine Probleme empfunden habe, wo andere welche gesehen haben. Manche Stunde hat mich demotiviert und niedergeschlagen. Andererseits empfand ich einiges sehr aufmunternd und habe was Selbstbewusstsein anbelangt vieles umsetzen können.“
- „Wir haben ja viel über unsere Kindheit/Jugend gesprochen und tatsächlich habe ich da 2 dunkle Punkte entdeckt, die ich über Jahre gut für mich "eingemauert" habe. Wobei diese vieles in meinen Reaktionen erklären, wie ich erkannt habe. Aus diesem Grund bin ich natürlich einerseits neugierig noch weitere Zusammenhänge zu erfahren, andererseits scheut sich das kleine Kind in mir auch davor - aber der Kurs ist ja leider eh vorbei...Ich werde dennoch einige Zeit darüber nachdenken.“
- „Trauer“
- „Ich habe nur positive Erfahrungen gesammelt“
- „Es gab für mich nur positive Nebenwirkungen. Ich bin entspannt und psychisch gestärkt aus diesem Seminar gegangen“
- „Die ganze Vergangenheit ist wieder aufgewacht“
- „Ich habe mir Gedanken gemacht, ob es mir gut geht, ob ich bereits ernsthafte Beschwerden habe. Ich bin schockiert gewesen, dass ich manche Gefühle kaum kannte. Fühlte mich beim Hinterfragen verunsichert. Setzte mich mehr mit meiner Vergangenheit auseinander.“

Probandenangaben

- „Wiederentdeckung "alter Dämonen" aus der Kindheit. Viel darüber nachgedacht.“
 - „Ich habe über mich selbst geschmunzelt. Fühlte mich zufriedener und im Einklang mit mir. Hat mir gutgetan, mich etwas zu öffnen.“
 - „Ich fühle mich freier und spontaner.“
 - „Es war sehr emotional, was ich aber nicht als Belastung empfunden habe.“
 - „Ich habe mir mehr Gedanken über mich und meine Umwelt gemacht.“
 - „Ich habe nicht damit gerechnet, wie viele Teilnehmer ihren Gefühlen freien Lauf beim Training gelassen haben. Das hat mich sehr verwundert und überrascht. Damit meine ich, dass ich auch überrascht darüber war, dass einige in Tränen ausgebrochen sind. Ich dachte eher, dass viele nicht die wahren Gefühle zeigen werden.“
 - „Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit, Vergangenheit und Zeit.“
 - „Ich habe für mich viele neue Ansätze zur Steigerung meiner Resilienz kennen gelernt. Die kann ich mit denen, mit denen ich schon arbeite (JSJ, TRE, Gyrotonic, Meditation), ergänzen. Es war gut mit anderen zu sprechen und zu sehen, dass vermutlich jeder so seine Verletzung und Themen hat. Ich habe mich noch mal intensiv mit mir auseinandergesetzt. Dabei habe ich einiges neu an mir entdeckt, manchmal war das sehr schmerzhaft und unangenehm.“
 - „Positiv und konnte vieles reflektieren.“
 - „Ich war eher skeptisch, da ich der Meinung war, resilient zu sein; wurde aber eines Besseren belehrt und hatte keine negativen Nebenwirkungen. Die Gruppentherapie war sehr hilfreich beim selbst reflektieren.“
-

Erklärung zur Dissertation**gemäß § 6 Absatz 2 g) und gemäß § 6 Absatz 2 h) der Promotionsordnung der****Fachbereiche 02, 05, 06, 07, 09 und 10 vom 04. April 2016**

Name: Janzarik

Vorname: Gesche Henrike

Hiermit erkläre ich, dass ich die eingereichte Dissertation selbständig, ohne fremde Hilfe verfasst und mit keinen anderen als den darin angegebenen Hilfsmitteln angefertigt habe, dass die wörtlichen oder dem Inhalt nach aus fremden Arbeiten entnommenen Stellen, Zeichnungen, Skizzen, bildlichen Darstellungen und dergleichen als solche genau kenntlich gemacht sind.

Von der Ordnung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis in Forschung und Lehre und von der Verfahrensordnung zum Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten habe ich Kenntnis genommen. Ich habe keine Hilfe von kommerziellen Promotionsberatern in Anspruch genommen.

Datum

Unterschrift