



universität
wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Das Wirkungsspektrum der Trilogos-PsyQ-Methode
auf die Komponenten der Gesundheit,
den Kohärenzsinn und die Stressverarbeitung“

verfasst von / submitted by

Eva Höck

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2015 / Vienna, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Germain Weber

DANKSAGUNG

Bedanken möchte ich mich bei jenen Menschen, die mich während der Diplomarbeitsphase durch Anregungen, Hilfeleistungen und Rückmeldungen unterstützt haben.

Dieser Dank gilt besonders meinen Eltern, die mir während der Durchführung der vorliegenden Arbeit mit motivierenden Worten, Unterstützung und Geduld beistanden.

Auch meinem Bruder Martin danke ich für die aufbauenden Worte in der Zeit der Durchführung der Studie.

Herrn Univ.-Prof. Dr. Germain Weber danke ich für die Vergabe des Themas, für die Betreuung und dass die Idee dieser Arbeit zur Vorgehensweise, Durchführung und Evaluation der Interventionsstudie angenommen wurde.

Ebenfalls gilt mein Dank auch Frau Linda Vera Roethlisberger für die moralische Unterstützung und den Glauben an die vorliegende Studie.

Auch danke ich Ninja, Julia und Paul, die mir mit motivierenden Worten zur Seite standen und allen weiteren Personen für ihre Unterstützung in dieser Zeit.

Herrn Univ.-Prof. Dr. Reinhold Jagsch danke ich für die Bereitstellung eines Fragebogens für die psychologische Untersuchung und auch bei Herrn Univ.-Prof. Mag. DDr. Human Unterrainer möchte ich mich in diesem Sinne bedanken.

Nicht zuletzt gilt mein Dank allen TeilnehmerInnen, die sich an der Intervention und der Durchführung beider psychologischen Erhebungen beteiligten.

INHALTSVERZEICHNIS

EINFÜHRUNG ZUM LEHRGANG <i>Im Kontakt mit der inneren Stimme</i>	9
I THEORETISCHE GRUNDLAGEN	11
1 EINLEITUNG	12
2 DAS KONSTRUKT GESUNDHEIT	13
2.1 Definitionen von Gesundheit	13
2.2 Bezugssysteme und Dimensionen der Gesundheit	15
2.3 Gesundheitsförderung und Prävention	17
3 GESUNDHEITSMODELLE	17
3.1 Definitionen zu Salutogenese und zum Kohärenzgefühl	18
3.2 Das Salutogenese-Modell	18
3.3 Studien	23
3.4 Die Abgrenzung der Salutogenese zu weiteren Ressourcenmodellen	24
3.4.1 Hardiness	25
3.4.2 Resilienz	25
3.4.3 Das Anforderungs-Ressourcen-Modell der Gesundheit	26
4 STRESS UND COPING	27
4.1 Definitionen von Stress und Coping	27
4.2 Das transaktionale Stressmodell von Lazarus	27
4.3 Entspannungstechniken als Coping-Strategie	30
4.4 Studien	31
5 DAS BIOPSYCHOSOZIALE MODELL	33
6 DIE SPIRITUELLE DIMENSION DES BIOPSYCHOSOZIALEN MODELLS ...	35
6.1 Definitionen von Spiritualität, Religion und religiös-spirituellen Befinden	35
6.2 Spirituelle Gesundheit	36
6.3 Spiritualität und Religion	37
6.4 Messinstrumente für Spiritualität	38
6.5 Studien	39
7 SELBSTVERWIRKLICHUNG UND SPIRITUELLE INDIVIDUATION	42

II EMPIRISCHER TEIL	47
8 ZIELSETZUNG	48
9 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	49
9.1 Kohärenzsinn (SOC)	49
9.2 Stressverarbeitung (SV)	49
9.3 Gesundheit/Gesundheitsbezogene Lebensqualität (gbLQ)	49
9.4 Religiös/spirituelles Befinden (RSB)	49
9.5 Zusätzliche Fragen	50
10 METHODIK	50
10.1 Auswahl der Stichprobe	50
10.2 Studiendesign	52
10.3 Durchführung der Untersuchung	53
10.3.1 Instruktion	54
11 UNTERSUCHUNGSTRUMENTE	55
11.1 Strukturiertes Klinisches Interview	55
11.1.1 Beispielitem des SKID-I	56
11.2 Soziodemographisches Datenblatt	56
11.3 Fragebogen zur Lebensorientierung (SOC-13)	56
11.3.1 Beispielitems des SOC-13	57
11.4 Fragebogen zur Stressverarbeitung (SVF120)	57
11.4.1 Beispielitems des SVF120	58
11.5 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)	58
11.5.1 Beispielitems des SF-36	60
11.6 Multidimensionales Inventar zu religiös-spirituellem Befinden (MI-RSB 48)	61
11.6.1 Beispielitems des MI-RSB 48	61
12 ERGEBNISDARSTELLUNG	62
12.1 Statistische Analysen	62
12.2 Deskriptivstatistische Analysen	64
12.2.1 Soziodemographische Beschreibung der finalen Stichprobe	64

12.3 Power-Analyse	69
12.4 Testtheoretische Analysen	71
12.4.1 Reliabilitäten	71
12.4.2 Stabilitäten	74
12.5 Inferenzstatistische Analysen und Hypothesenprüfung	75
12.5.1 Ergebnisse des SOC-13	75
12.5.2 Ergebnisse des SVF120	77
12.5.3 Ergebnisse des SF-36	90
12.5.4 Ergebnisse des MI-RSB 48	95
12.5.5 Zusammenfassung der Ergebnisse	100
13 INTERPRETATION UND DISKUSSION	101
14 AUSBLICK	113
15 ABSTRACT	115
16 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	117
17 LITERATURVERZEICHNIS	118
III ANHANG	127
1 TABELLENVERZEICHNIS	128
2 ABBILDUNGSVERZEICHNIS	129
3 ABBILDUNGEN (Zusatz)	131
4 SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN	138
5 TEILNEHMERINNENLISTE	139
6 CURRICULUM VITAE	143

Gesundheit

ist

nicht

alles,

aber

ohne

Gesundheit

ist

alles

nichts.

Arthur Schopenhauer

EINFÜHRUNG ZUM LEHRGANG *Im Kontakt mit der inneren Stimme*

Der von der Schweizerin Linda Vera Roethlisberger (2012) entwickelte Lehrgang aus dem Bereich der Persönlichkeitsentwicklung wird auch als Trilogos-PsyQ-Methode (TPM) bezeichnet und soll der Persönlichkeits- und Bewusstseinsbildung dienen (Roethlisberger, 2012). Er besteht insgesamt aus drei Stufen *PsyQ bewusst leben*, *PsyQ kreativ nutzen* und *PsyQ kooperativ anwenden*, wobei jede Stufe sechs Lektionen beinhaltet und für jede Lektion eine Bearbeitungszeit von zwei bis vier Wochen empfohlen wird. *Im Kontakt mit der inneren Stimme* ist ein autodidaktischer Trilogos-Lehrgang, dessen Ziel es ist, sich für die Ebenen des eigenen Unbewussten bis hinein in die transpersonale Ebene zu öffnen, eine gemeinsame Sprache zu finden, diese zu verstehen und auch anwenden zu lernen. Der TPM-Lehrgang erhebt den Anspruch, die TeilnehmerInnen zu mehr Ausgeglichenheit und innerer Balance zu führen, Intuition zu erfahren sowie ihre Fähigkeiten zur Bewältigung alltäglicher Herausforderungen, sei es im beruflichen, privaten oder gesundheitlichen Bereich, auszubauen und zu stärken. Weitere Ziele sind die Verbesserung der Fähigkeit, Probleme ganzheitlich zu lösen, achtsamer leben zu lernen, Wahrnehmungsschulung und das Erlernen der eigenen Symbolsprache, um Botschaften aus der geistigen Welt besser zu verstehen. Jeder Mensch hat angeborene mediale Fähigkeiten, die weiterentwickelt und ausgebaut werden können. Die Durchführung des TPM-Lehrgangs (Stufe 1-3) soll laut Autorin (2012) auch zu spiritueller Individuation führen und den Menschen zur Krisenintervention, Heilung, Innovation und Weiterentwicklung der persönlichen Anlagen befähigen. Der Begriff TRILOGOS steht des Weiteren für die drei Ebenen des Menschseins, die beleuchtet werden, nämlich jene des Intellekts (IQ), der Gefühle (EQ) und der Spiritualität (SQ), wobei alle drei Bereiche mittels ihrer Emergenz in Balance sein sollten, um ein erfülltes Leben zu gewährleisten. (Roethlisberger, 2012)

Unter Emergenz werden in der Psychologie vor allem psychische Phänomene wie das Bewusstsein verstanden, wobei Stangl (2012) diesen Begriff als „die spontane Herausbildung von neuen Eigenschaften oder Strukturen auf der Makroebene von Systemen“ durch das Zusammenspiel seiner Elemente definiert. Diese emergenten Eigenschaften eines Systems lassen sich dabei aber nicht zur Gänze auf die Eigenschaften der interagierenden Elemente zurückführen, die diese für sich alleine aufweisen. Somit kann das Gesamtverhalten von komplexen Systemen nicht durch vollständige Information über seine Elemente und ihrer Wechselwirkungen abgeleitet werden. (Stangl, 2012)

Mit Hilfe dieser drei Ebenen des Menschseins beziehungsweise innerhalb dieser drei Ebenen oder ihrer Kraft ist es laut Autorin (Roethlisberger, 2012) möglich, das Bewusstsein und das schöpferische Potenzial (PsyQ) zu entfalten. Die dazugehörige Formel lautet: $IQ + EQ + SQ = PsyQ$. Dabei führt PsyQ zu PsyK, der Kompetenz des Menschen, der intelligenzbegabt und mit seinen Gefühlen an eine universale Spiritualität angebunden ist. Die drei Faktoren bilden einen ganzheitlichen Ansatz, wobei der Einsatz von Imagination, Intuition und Inspiration als mentales Hauptwerkzeug dient. (Roethlisberger, 2012)

Die Methode des autodidaktischen Lehrgangs bringt theoretische Grundlagen und begleitet Imaginationsreisen und Meditationen, die in schriftlicher Form angeleitet und auch anhand zweier CDs mit insgesamt 22 geführten Meditationen durchgeführt werden können. Es besteht die Möglichkeit des Aufschreibens und Auswertens der Erlebnisse im Anschluss an die Meditationen, wobei dies der Gewinnung von Erkenntnissen und Übertragung dieser in den Alltag dienlich sein soll. Der Lehrgang in Buchform umfasst 652 Seiten und ein anschließendes Glossar von 25 Seiten. Er kann im Selbststudium oder im Gruppensetting durchgeführt werden, wobei sich beispielsweise in der Schweiz regelmäßig Lesegruppen zur Erarbeitung der verschiedenen Themenbereiche zusammenfinden. Linda Vera Roethlisberger ist Lehrerin, Buchautorin und gilt als anerkanntes Medium. Sie führt ein entsprechendes Institut in Zürich. (Roethlisberger, 2012)



Abbildung 1. Linda Vera Roethlisberger
http://www.trilogos.ch/sites/default/files/uploads/302_linda-roethlisberger_8486.jpg
Copyright 2015 by trilogos.ch. Reprinted with permission.



Abbildung 2. TRILOGOS-Institut für
Persönlichkeits- und Bewusstseins-
schulung in Zürich
Copyright 2015 by DSA Eva Höck

I THEORETISCHE GRUNDLAGEN

1 EINLEITUNG

Zu Beginn soll ein kurzer Einblick in die vorliegende Diplomarbeit gegeben und über den Aufbau der Arbeit informiert werden. Ziel der vorliegenden Studie ist es, eine Evaluation der ersten Stufe des autodidaktischen Lehrgangs *Im Kontakt mit der inneren Stimme - PsyQ bewusst leben* (Roethlisberger, 2012) durchzuführen. Dabei werden ausgewählte Bereiche des Lehrgangs wie etwa das Erreichen psychischer Balance und Ausgeglichenheit, die zu besserem Wohlbefinden führen sollen, näher beleuchtet. Weitere Themen betreffen die Verbesserung der Fähigkeit, Probleme ganzheitlich zu lösen und alltägliche Herausforderungen im gesundheitlichen Bereich auszubauen und zu verbessern. Auch auf die spirituelle Individuation, die durch die Aneignung der Inhalte geschult werden soll (Roethlisberger, 2012), wird Bezug genommen. Die vorliegende psychologische Untersuchung ist als Interventionsstudie eine Pilotstudie.

In dieser Arbeit wird untersucht, ob durch die erste Stufe der Trilogos-PsyQ-Methode (TPM) Veränderungen in den vier Konstrukten Gesundheit, Kohärenzsinn, Stressverarbeitung und spirituelle Gesundheit zu verzeichnen sind. Des Weiteren wird auch die spirituelle Gesundheit als Gesundheitskomponente näher berücksichtigt.

Diese Diplomarbeit ist in zwei Teile gegliedert und besteht aus einem theoretischen und einem empirischen Teil. Der erste Teil beinhaltet relevante Definitionen und Modelle zu den obgenannten Konstrukten und bringt dazu auch Forschungsergebnisse. Im empirischen Teil werden die Fragestellungen und dazugehörigen Hypothesen untersucht, welche aus der Theorie und den Forschungsergebnissen abgeleitet werden. Die Ergebnisse im empirischen Teil werden deskriptiv- und inferenzstatistisch dargestellt und in Folge interpretiert, wobei Bezug auf die Theorie und auf die Ergebnisse aus der Forschung genommen wird. Zusätzlich gestellte Fragen werden auch in die Interpretation eingebunden und es erfolgen Implikationen für zukünftige Forschung.

2 DAS KONSTRUKT GESUNDHEIT

Viele Menschen sind in der heutigen technikorientierten Zeit aus dem Gleichgewicht von Verstand, Gefühl und Spiritualität geraten und in ihrer Entwicklung sowohl äußeren als auch inneren Sinnkrisen ausgeliefert (Roethlisberger, 2012). Der Alltag des Menschen ist oft gekennzeichnet von stresshaften Ereignissen oder unvorhersehbaren Geschehnissen, den *daily hassles*, mit denen man konfrontiert ist. Als *daily hassles* werden kleine Ärgernisse im alltäglichen Leben bezeichnet, die zu Stressoren führen können und als solche die Gesundheit anzugreifen vermögen (Lazarus, 1966; Zimbardo, 1995; Antonovsky, 1997).

Durch das Erarbeiten des Lehrgangs *Im Kontakt mit der inneren Stimme* soll laut Roethlisberger (2012) eine gesteigerte Kompetenz in Beruf, Beziehung und Gesundheit erworben werden. Die vorliegende Arbeit hat die Absicht, sich dem gesundheitlichen Bereich zu widmen und diesen näher zu beleuchten.

Für das multidimensionale Konstrukt Gesundheit gibt es einige Unterschiede in der Auffassung bezüglich einer endgültigen Definition. In diesem Kapitel soll darauf eingegangen werden, welche unterschiedlichen Zugänge zum Begriff Gesundheit vorherrschen, welche Widersprüche und Gemeinsamkeiten in den Definitionen auftreten, um anschließend die relevante Definition zu erläutern.

2.1 Definitionen von Gesundheit

Es existieren mehrere Definitionsversuche für das Konstrukt Gesundheit, wobei es nach Wittchen und Hoyer (2006, 2011) bis heute keine allgemeingültigen, zufriedenstellenden Definitionen gibt. Zwei zentrale Definitionen zu *Gesundheit* haben das *Wohlbefinden* im Vordergrund (Weltgesundheitsorganisation, 1948; Pschyrembel & Arnold, 2014).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) setzte ihre Definition von *Gesundheit* laut Verfassung vom 22. Juli 1946 mit ihrer Gründung im Jahre 1948 in Kraft:

Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung (WHO, 1948, p. 100).

Auch laut klinischem Wörterbuch Pschyrembel (Pschyrembel & Arnold, 2014, p. 773 f.) wird *Gesundheit* gemäß WHO (1948) als „Zustand völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ und mit „vergleiche Salutogenese“ definiert, wobei im Vergleich zur WHO-Definition zusätzlich auch auf *Salutogenese* Bezug genommen wird (Pschyrembel & Arnold, 2014, p. 773 f.). Im engeren Sinne wird *Gesundheit* von den beiden Autoren auch mit der „(subjektiven) Abwesenheit des Fehlens von körperlichen, geistigen und seelischen Einschränkungen oder pathologischen Veränderungen“ gleichgesetzt (p. 773 f.). Dabei postulieren sie zwei Formen der Gesundheit. Die erste Form besteht aus der *bedingten Gesundheit*, bei der durch die „Integration einer (chronischen) Krankheit oder Behinderung im täglichen Leben“ die Fähigkeit zu einer aktiven Lebensgestaltung möglich und Leistungsfähigkeit im Beruf und Alltag gegeben ist (p. 774). Bei der zweiten Form handelt es sich um die *funktionale Gesundheit*, die unter Berücksichtigung der Faktoren für den individuellen Lebenshintergrund als „Zustand“ definiert wird, „bei dem Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe einer Person denen eines gesunden Menschen entsprechen“ (p. 774).

Mit den Definitionen der WHO (1948) und des Klinischen Wörterbuches Pschyrembel (Pschyrembel & Arnold, 2014) richtet sich der Fokus von Gesundheit auf den Zustand von absolutem psychischem, physischem und sozialem Wohlbefinden. Dabei wird in Pschyrebels und Arnolds Definition (2014) der Gesundheitsbegriff durch die Mitberücksichtigung der *Salutogenese* etwas umfassender verstanden, bei der Gesundheit gemäß Antonovsky (1997) auf einem Kontinuum und nicht statisch gesehen wird. Die Definition von Pschyrembel und Arnold (2014) schließt die bedingte und die funktionale Gesundheit mit ein, wobei bei der ersteren demnach nicht mehr von einem absoluten Wohlbefinden auf allen Ebenen gesprochen werden kann, jedoch die Integration einer Krankheit oder Behinderung im täglichen Leben möglich ist.

Die biomedizinische Sichtweise von Gesundheit wurde mit der WHO-Definition überwunden, wobei das subjektive Erleben und Befinden immer mehr in den Mittelpunkt des Interesses rückt und medizinische bzw. körperliche Parameter notwendige, aber nicht hinreichende Faktoren sind, um eine Person entweder als „gesund“ oder „krank“ einzustufen (Bullinger, Ravens-Sieberger, & Siegrist, 2000).

Des Weiteren wird sowohl in der WHO-Definition (1948) auf die defizitorientierte Sicht des Freiseins von Krankheit und Gebrechen eingegangen und auch in jener Pschyrebels (Pschyrembel & Arnold, 2014) wird die (subjektive) Abwesenheit des Fehlens körperlicher, geistiger und seelischer Einschränkungen oder pathologischer Veränderungen postuliert. In

beiden Definitionen von Gesundheit (WHO, 1948; Pschyrembel & Arnold, 2014) wird somit auch die defizitorientierte Betrachtungsweise beleuchtet, - für diese Arbeit interessiert ein ressourcenorientierter Zugang.

Gesundheitsbezogene Aspekte des persönlichen Wohlbefindens werden im Dorsch-Lexikon der Psychologie (Wirtz & Strohmer, 2013) auch mit dem Begriff der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* gleichgesetzt, der innerhalb der Medizin und der Gesundheitswissenschaften einschließlich klinischer, medizinischer und der Gesundheitspsychologie seine Verwendung findet.

Gemäß Bullinger und Kirchberger (1998) ist *gesundheitsbezogene Lebensqualität* mit *subjektiven Gesundheitsindikatoren* gleichzusetzen und wird nach den vier Faktoren psychisches Befinden, körperliche Verfassung, soziale Beziehungen und die funktionale Kompetenz einer Person operationalisiert.

Für die vorliegende Arbeit wird der Standpunkt gemäß Wirtz und Strohmer (2013) vertreten, für die *gesundheitsbezogenen Aspekte des persönlichen Wohlbefindens* den Begriff der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* synonym zu verwenden. Damit kann auch auf die Definition Bullingers (1998) Bezug genommen werden.

Das Hauptaugenmerk dieser Arbeit ist somit nicht auf die Vorstellung von *Gesundheit* als absolutes und somit völliges psychisches, physisches und soziales Wohlbefinden im Sinne eines einmal erreichten, dichotomen und damit statischen Zustandes gerichtet, sondern basiert auf der Annahme eines existierenden Gesundheits-Krankheitskontinuums (Antonovsky, 1997), auf dem der Mensch positioniert ist und sich in Richtung des positiven oder negativen Pols bewegt. Antonovskys *salutogenetisches Modell* soll in dieser Arbeit ausführlich beschrieben werden und auch auf das ähnliche *biopsychosoziale Modell* von Engel (1977) wird Bezug genommen. Nach Egger (2005) gilt das *biopsychosoziale Modell* als bedeutsamstes Theoriekonzept, innerhalb dessen eine Person in Gesundheit und Krankheit erklärbar und verstehbar wird.

2.2 Bezugssysteme und Dimensionen der Gesundheit

Bereits seit der Antike sind verschiedene Definitionsversuche für das Konstrukt Gesundheit entstanden, wobei - wie bereits angemerkt - bis heute keine allgemein gültigen, befriedigenden Definitionen für diesen Begriff existieren (Wittchen & Hoyer, 2006, 2011). Somit erscheint es trotz unzureichender Gesamtdefinition sinnvoll, bestimmte bereits definierte funktionale Aspekte wie etwa subjektives Wohlbefinden, das Funktionieren in Rollenbereichen, das Ausmaß erfolgreichen Copings oder die Lebensqualität zu

unterscheiden. Auch im Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie (Strauß, Berger, Troschke, & Brähler, 2004) findet sich keine anerkannte Definition von Gesundheit und Krankheit; so werden beide Begriffe in Abhängigkeit der jeweiligen Betrachtungsperspektive wie etwa der psychologischen oder der naturwissenschaftlich-medizinischen und ihren zugrundeliegenden Bezugssystemen auch unterschiedlich definiert und relevante Aspekte dieser Begriffe hervorgehoben. Nach Strauß et al. (2004) sind Gesundheit und Krankheit Phänomene, die sich in drei Bezugssysteme gliedern und beschreiben lassen. Das erste ist jenes der betroffenen Person mit ihrem subjektiven Erleben von Gesundheit und Krankheit, ihren zugrundeliegenden subjektiven Krankheitstheorien und den psychologischen Prozessen der Krankheitsverarbeitung. Das zweite Bezugssystem, jenes der Medizin, ist ein Wissens- und Handlungssystem mit der Darstellung von Krankheit als Normabweichung und beinhaltet auch den medizinischen (ärztlichen) Befund. Im dritten Bezugssystem, dem der Gesellschaft, stehen sozialrechtliche Aspekte wie jene der krankheitsbedingten Leistungsminderung oder der Notwendigkeit zur Gewährleistung von Hilfen im Vordergrund. Gesundheit kann auch als Fehlen von Normabweichungen betrachtet werden. Die beiden Begriffe Gesundheit und Krankheit haben auch immer eine subjektive (psychische) Dimension, die mit „Gesundsein“ und „Kranksein“ beschrieben werden kann (Strauß et al., 2004). Dabei sind die Bedingungen, ob sich jemand als gesund oder krank erlebt, etwa das subjektive Wohlbefinden oder die Wahrnehmung des eigenen Körpers. Normen für die subjektive Gesundheit existieren nicht, da das subjektive als normal erachtetes Befinden bei jeder Person variieren kann. Aufgrund ärztlicher Notwendigkeit von Entscheidungen über Sozialleistungen und anderer Rechte müssen ÄrztInnen eine dichotomisierte Entscheidung darüber treffen, ob der/die PatientIn entweder als gesund oder krank zu beurteilen ist. Somit können Gesundheit und Krankheit nach Strauß et al. (2004) als dichotome Alternativen oder als Phänomene verstanden werden, die auf einem Kontinuum zwischen den beiden Extremen „vollständig gesund“ oder „todkrank“ liegen. Auch im Diagnose- und Klassifikationssystem *International Classification of Diseases* (ICD-10), das von der WHO (1994) entwickelt wurde, finden sich verbindliche „entweder-oder“-Entscheidungen zu den beiden Konstrukten, die eine „Übergangszone“ zwischen Gesundheit und Krankheit nicht zulassen (Strauß et al., 2004).

Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf das erste angeführte Bezugssystem (Strauß et al., 2004) der Einzelperson und ihrem subjektiven Erleben von Gesundheit, wobei das subjektive Wohlbefinden bzw. die subjektive, gesundheitsbezogene Lebensqualität (Bullinger, 1998; Wirtz & Strohmer, 2013) und eine diesbezügliche Veränderung durch die Absolvierung des

autodidaktischen TRILOGOS-Lehrgangs von Interesse ist und mit einem entsprechenden psychologischen Erhebungsinstrument untersucht wird. Dabei beruht die Position für die diesbezügliche Fragestellung allerdings auf dem salutogenetischen, nicht dichotomen Gesundheitsmodell von Antonovsky (1979) (siehe Kapitel 3.2). Von den sieben Dimensionen der Gesundheit nach Strauß et al. (2004), nämlich jenen der Störungsfreiheit, Leistungsfähigkeit, Rollenerfüllung, Flexibilität, Anpassung, der des Gleichgewichtszustandes und des Wohlbefindens, wird der subjektive Aspekt der Dimension des Wohlbefindens berücksichtigt und näher beleuchtet. Zusammenfassend wird nochmals festgehalten, dass subjektives Wohlbefinden mit subjektiver gesundheitsbezogener Lebensqualität (gbLQ) gleichgesetzt wird.

2.3 Gesundheitsförderung und Prävention

In den modernen Industriegesellschaften haben traditionelle Werte wie etwa Arbeitsleistung und Familienzusammenhalt zugunsten von *Selbstverwirklichung*, *Wohlbefinden* und *Gesundheit* an Bedeutung verloren, wobei *Gesundheit* als einer der höchsten Werte gilt (Strauß et al., 2004). Im Jahr 1986 wurde im Rahmen der WHO aufgrund der steigenden Kosten in der Ottawa-Charta das Konzept für die *Gesundheitsförderung* festgelegt. Diese beinhaltet das Thema Gesundheitserziehung mit einem positiven Gesundheitskonzept. In Folge werden Gesundheitsförderung und auch *Prävention* immer wichtiger, wobei erstere die Erhaltung und Entwicklung von Gesundheitsressourcen beinhaltet und das Individuum zu einem zufriedenen und gesunden Leben befähigen soll. Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind personenbezogen und bedingungsabhängig; die Prävention bezieht sich vor allem auf die Gesundheitsvorsorge. (Strauß, 2004) Gesundheitsbezogene Trainingskurse wie die TPM (Roethlisberger, 2012) sollen dem Aufbau von gesundheitsförderlichem Verhalten dienen.

3 GESUNDHEITSMODELLE

Eine zentrale Frage, die schon von Aaron Antonovsky (1979) gestellt wurde, ist jene, was den Menschen trotz potenzieller gesundheitsgefährdender Einflüsse (Stressoren) gesund hält. Das von Antonovsky (1979) in diesem Kontext eingeführte *Salutogenesemodell* ist ein Gesundheitsmodell, das in dieser Arbeit beschrieben wird und als Gegensatz zum Pathogenesemodell existiert. Im Salutogenesemodell wird der Prozess der Entstehung und

Aufrechterhaltung von Gesundheit beleuchtet, wobei das Kohärenzgefühl als wichtige, personale Ressource angenommen wird.

3.1 Definitionen zu Salutogenese und zum Kohärenzgefühl

Die Etymologie des Wortes *Salutogenese* ist laut Wirtz (2014) auf lateinische und griechische Wurzeln zurückzuführen, wobei „salus“ dem Lateinischen entstammt und mit Gesundheit gleichgesetzt wird und „genesis“ mit Entstehung definiert wird. Der Neologismus (Wortneubildung) *Salutogenese* wurde von Antonovsky (1997) gegründet.

Das Konzept des *Kohärenzgefühls* ist ein zentraler Aspekt des Salutogenesemodells von Aron Antonovsky (1997) und bestimmt als individuelle Einflussgröße wesentlich den Krankheitszustand eines Individuums. Antonovsky (1997, p. 36) definierte das Kohärenzgefühl *Sense of Coherence* (SOC) folgendermaßen:

Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen
3. die Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen (Antonovsky, 1997, p. 36).

Das Kohärenzgefühl wird somit als Grundhaltung, als grundlegende Lebenseinstellung gesehen, die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erleben.

3.2 Das Salutogenese-Modell

Im Unterschied zu den bereits beschriebenen Modellvorstellungen von Gesundheit und Krankheit, den Definitionsversuchen und Bezugssystemen, findet sich das *Salutogenese-modell* Antonovskys (1979) als ein weiteres Gesundheitsmodell, bei dem das Konstrukt Gesundheit nicht als dichotom angenommen wird, sondern bei dem von einem bipolaren Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ausgegangen wird (Antonovsky, 1979). Nach Strauß et al. (2004) entspricht solch eine Modellvorstellung von Gesundheit besser den biologischen, psychischen und sozialen Gegebenheiten. Im Salutogenesemodell ist ein Mensch nicht gesund oder krank, sondern mehr oder weniger gesund oder krank, wobei der Prozess der Salutogenese relevant ist (Strauß et al., 2004).

Aaron Antonovsky (1923 - 1994), ein amerikanisch-israelitischer Medizinsoziologe, gründete den Begriff der *Salutogenese*, der die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit beschreibt (Antonovsky, 1997). So bezieht sich die salutogenetische Orientierung auf die Ursprünge der Gesundheit mit der Frage, warum sich Menschen in Richtung positiven Pol des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums bewegen und trotz Stressoren gesund bleiben (Antonovsky, 1997). Nach Antonovskys Annahme (1997) sind *Stressoren* jene andauernden Anforderungen des Menschen bei unentwegter Konfrontation mit Ungleichgewicht und Chaos, auf die das Lebewesen keine direkt vorhandenen oder automatisch adaptiven Reaktionen hat. Stressoren sind im salutogenetischen Modell selbst nicht zwingend schädlich und der erfolgreiche Umgang mit ihnen kann sogar gesundheitsfördernde Konsequenzen haben (Antonovsky, 1997). Stress kann somit zu positiven und negativen gesundheitlichen Konsequenzen führen, wobei Stress vom Charakter des Stressors und der Art der Bewältigung abhängt und sich der Mensch bei erfolgreicher Stressbewältigung auf dem *HEDE-Kontinuum* in Richtung Gesundheit bewegt (Antonovsky, 1997). Am HEDE-Kontinuum wird ein Ende als *health-ease* und der andere als *dis-ease* bezeichnet und bedeutet im Deutschen *Gesundheit* und *Ent-Gesundheit*.

In der klinischen Praxis und in der Krankheitsforschung galt bis in die späten 1960er Jahre das defizitorientierte Paradigma der Pathogenese, wobei erst seit den 1970er Jahren von ForscherInnen verschiedener Disziplinen weitere Gesundheitsmodelle entwickelt wurden (Franke, 2010). Mit der Erschaffung des Wortes *Salutogenese* als Gegenbegriff zur *Pathogenese* läutete Antonovsky einen Paradigmenwechsel ein (Broda & Franke, 1993). Das Salutogenesemodell beinhaltet als ein Modell der Ressourcenförderung die Entstehung von Gesundheit mit ihrem spezifischen Entwicklungs-, Erhaltungs- und Förderungsprozess, wohingegen sich die pathogenen Modelle ausschließlich den Faktoren und Prozessen zur Entstehung von Erkrankungen zuwandten und Stressoren als gesundheitsschädlich galten (Franke, 2010). Die beiden Grundannahmen des salutogenetischen Modells sind, dass Krankheiten als eine normale Erscheinung im menschlichen Leben gesehen werden und nicht als Abweichungen von der Normalität und dass Gesundheit und Krankheit Pole eines gemeinsamen Kontinuums und nicht dichotom sind (Franke, 2010). Die beiden Pole sind dabei nach Antonovsky (1997) als Prozesse zu verstehen.

Nach Bengel, Strittmacher und Willmann (1999) und Alexa Franke (1997, 2010) ist das Modell der Salutogenese das am weitesten entwickelte Modell neben dem Resilienzkonzept und dem Gesundheitskonzept der WHO, wobei der Fokus auf das Konstrukt Gesundheit und nicht auf Krankheit gerichtet ist und dieses Modell am ehesten den Anspruch einer Theorie

erfüllt. Nach Franke (2010) ist das Salutogenese-Konzept eine erfolgreiche Weiterentwicklung des biomedizinischen Modells, bei dem nur somatische Faktoren zur Erklärung von Erkrankungen herangezogen werden. Nach Margraf, Siegrist und Neumer (1998) hat Antonovsky mit dem Salutogenese-Modell und seiner Präzisierung anhand des Konzepts des Kohärenzgefühls jedoch keine revolutionierende Wende eingeläutet, sondern lediglich an ressourcen- und stresstheoretische Erkenntnisse des vorherrschenden Zeitgeistes angeknüpft. Mit dem Begriff der *Heterostase* bezeichnete Antonovsky im salutogenetischen Gesundheitsmodell (siehe Abbildung 3) die Zugehörigkeit der Krankheiten zur Normalität des Lebens, wobei Heterostase, Krankheiten, Leiden und Tod als immanente Bestandteile menschlicher Existenz zu betrachten sind (Antonovsky, 1997).

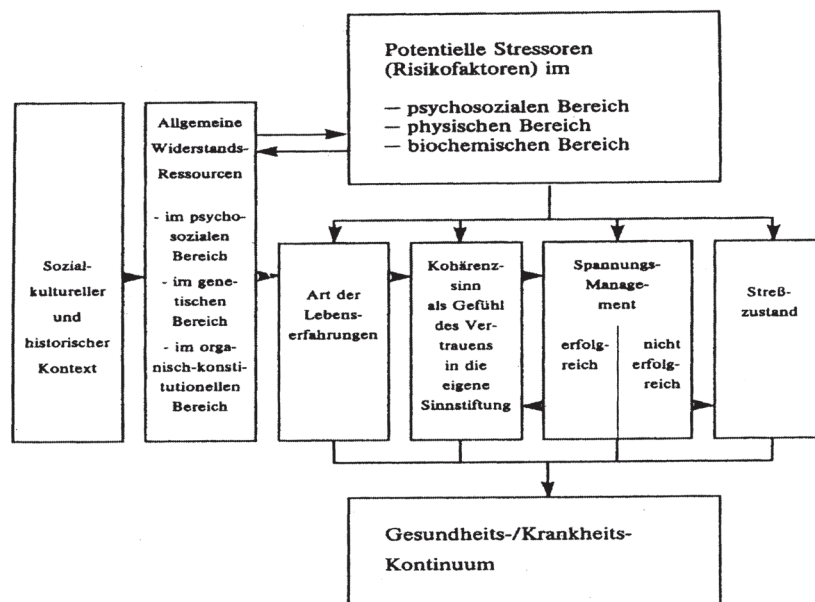


Abbildung 3. Salutogenese-Modell mit Gesundheits-Krankheits-Kontinuum nach A. Antonovsky (1979), vereinfachte Darstellung von K. Hurrelmann (1994, p. 135)

Im Salutogenese-Konzept von Antonovsky (1997) werden zwei zentrale Faktoren definiert:

1. Kohärenzgefühl (sense of coherence, SOC, Kohärenzsinn, Kohärenzempfinden)

Dieses besteht aus den drei Komponenten (Antonovsky, 1997):

- 1) Verstehbarkeit (sense of comprehensibility): Diese ist die kognitive Komponente des SOC und bezieht sich auf das Ausmaß zur Einordnung, Erklärung, Strukturierung und Vorhersage von Stimuli (Reizen). So ist etwa das Eintreten von Versagen, Krieg oder Tod für die betreffende Person erklärbar.
- 2) Handhabbarkeit/Machbarkeit (sense of manageability): Diese Komponente gilt als das Ausmaß, in dem geeignete Ressourcen für die Anforderungen des Lebens verfügbar

sind. Bei einem hohen Maß von Handhabbarkeit wird man durch Ereignisse nicht leicht in die Opferrolle gedrängt oder fühlt sich vom Leben ungerecht behandelt. Diese Dimension des SOC ist die behavioristische Komponente.

- 3) Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness): Die Ereignisse des Lebens werden als Herausforderung und als wichtig genug angesehen, emotional in diese zu investieren und sich zu engagieren. Bei einem schwachen SOC erscheint einer Person kaum etwas im Leben als bedeutsam. Mit diesem Punkt wird der motivationale Teil des SOC beleuchtet.

Durch eine positive Bewältigung der drei Subskalen des SOC kann gemäß Antonovsky (1997) das Kohärenzgefühl gestärkt werden. Dabei ist entscheidend, ob bestimmte Lebensbereiche für eine Person von subjektiver Bedeutung sind und nicht, ob das Leben notwendigerweise als bedeutungsvoll, verstehbar und handhabbar gesehen wird. Je stärker dieses Kohärenzgefühl erlebt wird, desto besser ist die Stimmigkeit in allen Lebenswelten und desto besser gelingen auch die Bewältigung und die Anforderungen der Stressoren des Lebens. Bei einem starken SOC handelt eine Person flexibler, wobei das SOC-Konstrukt in Stresssituationen relevant wird. Mit gestärkter Selbstkompetenz verlässt man belastende Situationen und bewegt sich im Kontinuum in Richtung Gesundheit. Für Antonovsky (1997) ist das Kohärenzgefühl als dispositionale Orientierung aufzufassen, die nicht wie eine stabile Persönlichkeitseigenschaft wirkt. Je größer das Kohärenzgefühl, desto flexibler handelt die Person, wobei das SOC-Konstrukt in Stresssituationen relevant wird. Demzufolge hängt vom SOC ab, welcher Coping-Mechanismus vorherrscht und welche Ressourcen eingesetzt werden (Antonovsky, 1993).

Gemäß Antonovsky (1997) wird Sinn als eine grundlegende Orientierung im Leben verstanden, wobei die Sinnhaftigkeitskomponente als die wichtigste Dimension des SOC angenommen wird und demnach Anforderungen des Lebens als Herausforderung gelten. Nach Antonovsky (1997) hat eine gläubige Person eher ein starkes SOC und ist zu Regeln verpflichtet, durch die sie auch geleitet wird.

2. Generalisierte Widerstandsressourcen (Generalized Resistance Resources GRRs)

Diese bestehen aus den internen Ressourcen eines Menschen wie etwa der körperlichen Konstitution, der Fähigkeit, eigene Bedürfnisse, Wünsche, Stärken, Anforderungen und Ängste wahrzunehmen und des Weiteren aus der Ich-Stärke. Externe Ressourcen beinhalten die materielle und soziale Unterstützung, den beruflichen und sozialen Status und die soziale Integration. Zu den GRRs gehören laut Antonovsky (1997) somit jene Faktoren, die den konstruktiven Umgang mit Stressoren ermöglichen und damit entscheiden, ob eine Bewegung

in Richtung Gesundheitspol am HEDE-Kontinuum möglich wird. Die GRRs schaffen ein starkes SOC, welches entscheidend für die Fähigkeit einer Person ist, gut mit einer auftretenden Anspannung umzugehen. Für die Lokalisation einer Person auf dem besagten Kontinuum sind objektive und subjektive Faktoren notwendig, wobei Kriterien für die subjektiven Faktoren etwa das Befinden, das Schmerzerleben und die subjektiv erlebte Funktionsfähigkeit sind. Somit wird von ihm Krankheit als Prozess beschrieben, der in der Geschichte des Menschen vorhanden ist. In der salutogenetischen Orientierung werden Stressoren als allgegenwärtig gesehen, wobei ihre Konsequenzen, abhängig vom Charakter des Stressors und der erfolgreichen Auflösung der Anspannung, als gesund gesehen werden können (Antonovsky, 1997).

Antonovsky (1997) unterscheidet drei Typen von Stressoren, nämlich die chronischen Stressoren, wichtige Lebensereignisse und die akuten täglichen Widrigkeiten, die sich zwar qualitativ unterscheiden, jedoch nicht scharf abgrenzbar sind. Der chronische Stressor fungiert als anhaltendes Phänomen und trägt wie auch die beiden anderen Stressortypen zu den Lebenserfahrungen bei, die jeweils auf einem der beiden Enden des Gesundheitskontinuums lokalisiert sind und zu einem starken bzw. schwachen SOC führen. Somit fungiert der chronische Stressor bei einem starken SOC als GRR und bei einem schwachen SOC als GRD (generalisiertes Widerstandsdefizit). Stresshafte Lebenssituationen wirken sich negativ auf das SOC aus. Stress-Lebensereignisse als einzelne Ereignisse wie etwa Tod oder Geburt werden in Abhängigkeit der Stärke des SOC der jeweiligen Person von dieser bestimmt, ob diese als schädlich, neutral oder förderlich wahrgenommen werden. Tägliche Widrigkeiten entsprechen einer Anforderung, auf die es keine automatische adaptive Reaktion gibt, haben jedoch laut Antonovsky (1997) keinen Einfluss auf das SOC oder den Gesundheitsstatus und erfordern lediglich eine Adaptation.

Bei einer Person mit starkem SOC liegen die drei Komponenten hoch. Der Umgang mit Stressoren ist bei einem starken oder schwachen SOC verschieden, wobei nach Antonovsky (1997) ein Individuum mit einem starken SOC auftretende Stimuli eher als Nicht-Stressoren definiert und die erlebte Anspannung nicht potenziell in Stress transformiert. Die Person vertraut darauf, dass ein Problem lösbar ist und so wie in der Vergangenheit auch in weiterer Folge alles gut ausgehen wird. Bei gegebenem starken SOC wird von den verfügbaren generellen und spezifischen Widerstandsressourcen die für sich geeignete Coping-Strategie ausgewählt, um mit einem Stressor umzugehen. Nach Antonovsky (1997) ist der persönliche Gesundheitszustand bereits als eine GRR-GRD-Lebenssituation zu sehen und spielt eine Rolle für eine Schwächung oder Stärkung des SOC.

In der pathogenen Orientierung wurden Stressoren als gesundheitsschädlich angenommen. Zur Veranschaulichung der Unterschiede von Salutogenese und Pathogenese wird zusätzlich eine Übersicht (siehe Abbildung 4) angeführt, in der beide Begriffe gegenübergestellt werden.

Grundlegende Annahmen des pathogenetischen und salutogenetischen Modells		
Annahme in bezug auf	Pathogenetisches Modell	Salutogenetisches Modell
Selbstregulierung des Systems	Homöostase	Überwindung der Heterostase*
Gesundheits- und Krankheitsbegriff	Dichotomie	Kontinuum
Reichweite des Krankheitsbegriffs	Pathologie der Krankheit, reduktionistisch	Geschichte des Kranken und seines Krank-Seins, ganzheitlich
Gesundheits- und Krankheitsursachen	Risikofaktoren, negative Stressoren	„Heilsame“ Ressourcen, Kohärenzsinn
Wirkung von Stressoren	Potentiell krankheitsfördernd	Krankheits- und gesundheitsfördernd
Intervention	Einsatz wirksamer Heilmittel („Magic bullets“, „Wunderwaffen“)	Aktive Anpassung, Risikoreduktion und Ressourcenentwicklung
* Heterostase: Ungleichgewicht, fehlende Stabilität, Gegenteil von Homöostase		

Abbildung 4. Gegenüberstellung der Unterschiede zwischen Pathogenese und Salutogenese (R. H. Noack, 1997, p. 95)

Für eine Forschungsfrage dieser Studie, die sich auf das Kohärenzgefühl stützt, wird Bezug auf das Salutogenesemodell Antonovskys (1997) als Gesundheitsmodell genommen. Somit ist für die vorliegende psychologische Untersuchung relevant, ob der TRILOGOS-Lehrgang zur Entstehung und Entwicklung von Gesundheit/Wohlbefinden im salutogenetischen Sinne beitragen und somit das Kohärenzgefühl verbessert werden kann.

3.3 Studien

Nach Antonovsky (1997, p. 89) ist der SOC-Fragebogen ein „brauchbares, interessantes, reliables und valides Instrument, das zur Überprüfung der salutogenetischen Hypothese verwendet werden kann“. Auch sei „das SOC hoffentlich ein Konstrukt mit universeller Bedeutung, das die Grenzen von Geschlecht, sozialer Klasse, Religion und Kultur überschreitet (Antonovsky, 1993, p. 726).

Dieses Ergebnis konnte allerdings nicht bestätigt werden: Studien von Anson, Paran, Neumann und Chernichovsky (1993) und Sack, Künsebeck und Lamprecht (1997) zeigten, dass das Kohärenzgefühl nicht geschlechtsunabhängig ist, in seltenen Fällen eines Vorkommens signifikant niedrigerer SOC-Werte wurden diese bei Frauen mit leichter

Hypertonie im Vergleich zu Männern mit leichter Hypertonie gefunden. Gemäß Anson, Paran, Neumann und Chernichovsky (1993) hätten Frauen generell ein geringeres SOC, das auf die weibliche Sozialisation zurückzuführen wäre, die die Entwicklung eines hohen SOC und der damit verbundenen erfolgreichen Bewältigung von Stressoren behindern würde. So wäre beispielsweise ein geringeres Ausmaß von Verstehbarkeit bei ungebildeten, lediglich im Haushalt tätigen Personen oder auch niedrigere Handhabbarkeit bei gelernter Abhängigkeit gegeben.

Bezüglich des Alters mache das Einsetzen des Fragebogens zur Lebensorientierung laut Antonovsky (1997) erst ab 20 Jahren Sinn, da sich das SOC ab diesem Alter als stabil erweise.

Der Fragebogen wurde in vielen Ländern eingesetzt, wobei kein diesbezüglich bedeutender Unterschied der SOC-Werte gefunden werden konnte. Eine transkulturelle Generalisierbarkeit konnte anhand der durchgeführten Studien, die ausschließlich in Ländern mit gegebener kultureller Ähnlichkeit im Sinne einer kapitalistischen Demokratie - wie etwa Deutschland, die USA, Schweden, die Schweiz und Israel durchgeführt wurden, jedoch nicht überprüft werden. (Antonovsky, 1997)

Callahan und Pincus (1995) fanden in einer Studie bei den SOC-Mittelwerten Tendenzen, die auf ein größeres Kohärenzgefühl in Zufallsstichproben als bei klinischen Gruppen hinweisen. Diese Annahme teilte auch Antonovsky (1997).

Das SOC ist laut Klaffke (1997) bei Menschen mit Abhängigkeitsproblemen wie Heroin am niedrigsten. In einer Studie von Franke, Elsesser, Algermissen und Stitzler (1997) konnten die geringsten SOC-Werte bei Drogenkonsumentinnen, gefolgt von Frauen mit auffälligem Medikamentenkonsum im Vergleich zu substanzunauffälligen Frauen nachgewiesen werden. Auch alkoholabhängige Frauen wiesen ein niedrigeres SOC auf als substanzunauffällige Frauen. Zusammenfassend konnten die obgenannten Studien zeigen, dass Personen mit Suchtproblematik geringere SOC-Werte aufweisen.

3.4 Die Abgrenzung der Salutogenese zu weiteren Ressourcenmodellen

Neben der Salutogenese als Modell der Ressourcenförderung, auf das die vorliegende Arbeit Bezug nimmt, werden die gängigsten weiteren Modelle der Vollständigkeit wegen kurz beleuchtet:

- das Hardiness-Modell (Kobasa, 1979)
- das Anforderungs-Ressourcen-Modell - SAR-Modell (Becker, Schulz, & Schlotz, 2004)
- Resilienz (Werner, 1982)

Dabei werden diese Modelle folgendermaßen beschrieben:

3.4.1 Hardiness

Der Begriff *Hardiness* wurde im Jahr 1979 von Suzanne Kobasa eingeführt und bezeichnet einen Persönlichkeitsfaktor, der Menschen trotz großer Belastungen und kritischer Lebensereignisse vor Krankheit schützen kann. Im Vordergrund steht der individuelle Umgang mit Stressoren und mit seinen Komponenten *Commitment* (Engagement und Selbstverpflichtung), *Control* (Kontrolle) und *Challenge* (Herausforderung) (Kobasa, 1979). *Commitment* bedeutet nach diesem Modell die Neugier auf das Leben und eine hohe Motivation, etwas zu bewerkstelligen und zu verwirklichen. Personen mit hoher Kontrolle glauben, Einfluss auf den Lauf der Ereignisse ihrer Erfahrung nehmen zu können und erkennen die vielen Möglichkeiten, auf diese Ereignisse und Entscheidungen zu reagieren. *Challenge* bedeutet, dass Veränderungen nicht als Bedrohung, sondern als positive Chance und als Gelegenheit für neue Erfahrungen und als Anreiz zu weiterem Wachstum wahrgenommen werden. (Kobasa, 1979)

So entspricht laut Antonovsky (1997) Kobasas (1979) Herausforderungskomponente seiner Handhabbarkeitskomponente, es sind äquivalente Bezeichnungen.

3.4.2 Resilienz

Die amerikanische Entwicklungspsychologin Emmy Werner beschäftigte sich bereits seit 1955 mit dem Thema der Resilienzforschung und führte eine Langzeitstudie an Kindern auf der Hawaii-Insel Kauai durch, die unter schwierigen Umständen aufwuchsen. Sie erkannte, dass resiliente Kinder bzw. Erwachsene über bestimmte Eigenschaften und Strategien verfügen, die es ihnen ermöglichen, an widrigen Umständen nicht zu zerbrechen. Masten definierte den Begriff *Resilienz* folgendermaßen: „Resilience in an individual refers to successful adaptation despite risk and adversity“ (Masten, 1994, p. 3). Auch in diesem Modell ist wie im Salutogenesemodell Antonovskys (1997) der Fokus auf die positive Anpassung bei Risiko und Unglück gelegt. Als Resilienz wird somit die ressourcenabhängige und individuell unterschiedliche Fähigkeit bezeichnet, krisenhafte Lebensumstände ohne gesundheitliche Einbußen physischer oder psychischer Art zu bewältigen (Franke, 2010). Laut Compas (2004) werden die Begriffe *Coping* und *Resilienz* häufig synonym verwendet, wobei sich Coping dabei auf die positiven Prozesse der Anpassung bezieht, während Resilienz für die Ergebnisse für den erfolgreichen Einsatz von Coping steht. Somit kann Coping als Bemühen verstanden

werden, um Kompetenz oder personale Ressourcen zu mobilisieren und Resilienz ist das erfolgreiche Ergebnis dieser Bemühungen (Compas, 2004).

3.4.3 Das Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell) der Gesundheit

Das SAR-Modell, ein systemisches Modell mit der Annahme von verschiedenen wechselseitigen Systemebenen, dient auch zur Erklärung von Gesundheit und stützt sich auf stresstheoretische Modelle wie der Salutogenese (Wirtz 2014). Dabei wird dem Begriff *Stress* aber keine positive Komponente wie bei Antonovsky (1987) zugeschrieben. Unter Stress verstehen Becker, Schulz und Schlotz (2004) jene Faktoren, die eine schädigende Wirkung auf den Organismus haben. Dieses Modell wurde von Becker und MitarbeiterInnen im Jahr 1994 entwickelt und richtet den Fokus darauf, dass der körperliche Gesundheitszustand auch durch die Nutzung von Ressourcen zur Bewältigung von Anforderungen beeinflusst wird (Wirtz, 2014). Als Anforderungen gelten negative Belastungen aus der beruflichen, sozialen und familiären Umwelt, die auch als externe Anforderungen bezeichnet werden. Weitere interne Anforderungen beziehen sich auf eigene, Bedürfnisse, Ziele, Normen, Werte und Erwartungen. Für deren Bewältigung werden interne und externe Ressourcen aktiviert, wobei die internen aus den zur Verfügung stehenden psychischen und physischen Eigenschaften bestehen und die externen jene aus der Umwelt entstehenden sozialen, beruflichen, materiellen, gesellschaftlichen und ökologischen Ressourcen beinhalten. Im Bereich der Gesundheitsförderung gilt dieses Modell als Grundlage für viele multidisziplinären Interventionen mit dem Fokus auf die aktive Förderung der Gesundheit durch die Anpassung interner und externer Anforderungen sowie die Stärkung von internen und externen Ressourcen. Das SAR-Modell wurde mehrmals empirisch untersucht und bestätigt. (Wirtz, 2014)

Antonovsky (1997) sah sein Modell ähnlich wie jenes von Kobasa (1979) und Werner (1982), denen als gemeinsame Grundannahme die Art, wie man seine Welt sieht, d.h. die eigene Realitätskonstruktion, ein entscheidender Faktor für Coping und Gesundheit ist.

4 STRESS UND COPING

Der folgende Abschnitt befasst sich mit den Begriffen Stressoren, Stress und Coping, die einleitend definiert werden. Aufbauend dazu erfolgt die Beschreibung eines gängigen Stressmodells und des Einsatzes von Coping als eine weitere Bewältigungsstrategie.

4.1 Definitionen von Stressoren, Stress und Coping

Antonovsky (1997) wandte sich auch der Stressforschung zu. Er postulierte, wie bereits erwähnt, dass *Stressoren* jene allgegenwärtigen Anforderungen des Menschen bei fortwährender Konfrontation mit Ungleichgewicht und Chaos sind, auf die der Organismus keine direkt verfügbaren oder automatisch adaptiven Reaktionen hat (Antonovsky, 1997). Auch der Frage nach der Stressverarbeitung und damit verbundenen Coping-Mechanismen der Untersuchungspersonen wird in der vorliegenden psychologischen Untersuchung nachgegangen, weshalb kurz eine Erklärung des Begriffes Stress und Coping folgt. Im Klinischen Wörterbuch Pschyrembel (Pschyrembel & Arnold, 2014) wird *Stress* als Druck, Belastung oder Spannung definiert, im Dorsch-Lexikon der Psychologie (Wirtz & Strohmmer, 2013) findet sich als Stressdefinition Druck und Anspannung. Lazarus und Folkman (1984, p. 141) definieren *Coping* als „die sich dauernd verändernden kognitiven und verhaltensmäßigen Anstrengungen, spezifische externale und/oder internale Anforderungen zu bewältigen (manage), die von der Person so eingeschätzt werden, dass sie ihre Ressourcen beanspruchen oder übersteigen“. Der Coping-Prozess wird als ein weiteres Ressourcenmodell (siehe Kapitel 3) bzw. als Bewältigungsphase bezeichnet, der eine Person ausgesetzt ist, nachdem sie die Bedeutung eines Reizes und ihre Bewältigungsmöglichkeiten abgeklärt hat (Lazarus & Folkman, 1984).

Die vorliegende Studie nimmt Bezug auf die Stressdefinition von Pschyrembel und Arnold (2014) und auf die Copingdefinition von Lazarus und Folkman (1984).

4.2 Das transaktionale Stressmodell von Lazarus

Gemäß Zimbardo (1995) bestehen Reizereignisse (Stressoren) aus externen und internen Bedingungen, die vom Individuum eine adaptive Reaktion im Sinne von Anpassungsfähigkeit fordern (Zimbardo, 1995). Eine Stresssituation besteht aus einer Kombination von Reaktionen auf physischer, emotionaler, kognitiver und der Verhaltensebene einer Person und kann je nach individueller Reaktion adaptiv, fehlangepasst oder sogar tödlich sein. Die meisten Stressoren wirken sich nicht direkt aus, sondern ihr Effekt hängt von Moderatorvariablen ab,

die die Wirkung eines Stressors moderieren. So gelten etwa die kognitive Bewertung eines Stressors, ob dieser als Bedrohung oder Herausforderung aufgefasst wird und des Weiteren die physischen, sozialen und persönlichen Ressourcen zur Stressbewältigung als Moderatorvariablen. Der Stressor und die kognitive Bewertung der Stresssituation beeinflussen sich gegenseitig und führen zu einer spezifischen Reaktion der Person mit ihren individuellen physischen, psychischen, verhaltensbezogenen und kulturellen Eigenschaften. Ein auftretender Stressor muss auf irgendeiner Ebene erkannt und bewertet werden, um eine Stressreaktion auslösen zu können. Diese kognitive Bewertung (*cognitive appraisal*) wird für die Art der Anforderung, die Größe der Bedrohung des auftretenden Stressors, der vorhandenen Ressourcen, dem Stressor entgegenzuwirken und den verfügbaren Bewältigungsstrategien durchgeführt. So kann durch die kognitive Bewertung ein Stressor etwa als interessante und neue Herausforderung oder als bedrohlich erlebt werden. (Zimbardo, 1995)

Lazarus (1966), ein Pionier der Stressforschung, unterschied zwei Stufen der kognitiven Bewertung von Anforderungen. Bei der *primären Bewertung* (*primary appraisal*) findet die erste Einschätzung der Bedeutung einer Anforderung statt. Wird die Einschätzung als stressreich empfunden, wird die potentielle Wirkung eines Stressors eingesetzt und festgestellt, ob Schäden aufgetreten sind oder auftreten können und welche Maßnahmen gesetzt werden können. Bei der *sekundären Bewertung* (*secondary appraisal*) entscheidet die Person, dass etwas unternommen werden muss und bewertet die ihr zu Verfügung stehenden persönlichen und sozialen Ressourcen für die Bewältigung der stressauslösenden Bedingungen und erforderlichen Handlungen (Lazarus 1966).

Bewältigungsstrategien bzw. Copingmechanismen sind notwendig, um mit dem Alltagsstress und dem Stress im Leben besser umzugehen, wobei sich Coping auf den Versuch bezieht, den Anforderungen der Umwelt so entgegenzutreten, dass keine negativen Konsequenzen auftreten (Lazarus & Folkman, 1984).

Die dargestellte Abbildung 5 veranschaulicht die beiden kognitiven Bewertungen von möglichen Anforderungen.

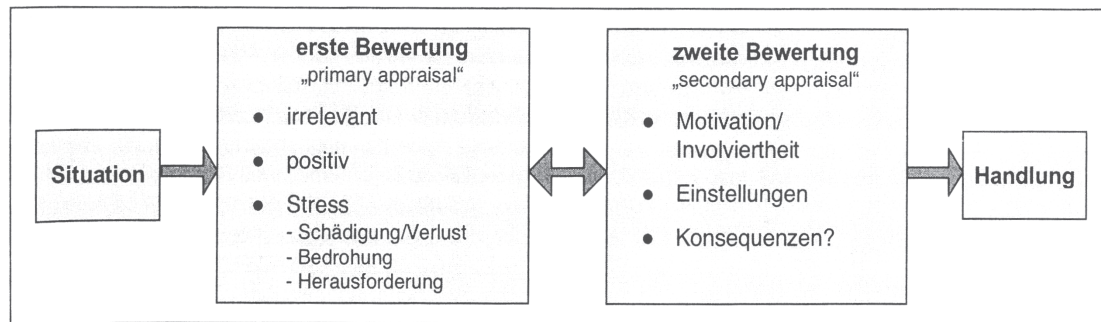


Abbildung 5. Schematische Darstellung des Stressmodells nach Lazarus und Folkmann (1984), (B. Strauß et al., 2004, p. 71)

Zusammenfassend sind im transaktionalen Stressmodell von Lazarus (1991) vor allem die primären und sekundären Bewertungsprozesse der auftretenden objektiven Stressoren und der damit zusammenhängende subjektive, individuelle Umgang mit diesen relevant. So spielen etwa bei den sekundären Bewertungsvorgängen Ressourcen bzw. die Aspekte der Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit des Kohärenzsinns eine zentrale Rolle, die den Verknüpfungspunkt mit dem Modell der Salutogenese von Antonovsky (1979, 1983, 1997) bilden.

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf die Stressverarbeitungsstrategien in belastenden Situationen (Janke, Erdmann, & Kallus, 1997), die als stressor- und zeitstabile Persönlichkeitsmerkmale gelten und als aktive Maßnahmen den Versuch der Vorbereitung, Bewältigung, Verhinderung oder Anpassung einer Person auf ein Stressgeschehen beinhalten. Die verschiedenen Formen der Stressbewältigung können auch als Positiv- und Negativstrategien bezeichnet werden, je nachdem, ob sie sich auf stressreduzierende Stressverarbeitungsweisen beziehen oder stressvermehrend wirken (Janke et al., 1997).

Der Bezug der Thematisierung von Bewältigungsstrategien erfolgt durch die Literatur von Frau Roethlisberger (2012), die besagt, dass durch den TPM-Lehrgang die Fähigkeiten zur Bewältigung alltäglicher Herausforderungen im privaten und gesundheitlichen Bereich verbessert werden könnten und auch Erlernen von Krisenintervention möglich wäre.

4.3 Entspannungstechniken als Copingstrategie

Als Bewältigungsstrategien zählen laut Zimbardo (1995) das problem- und emotionsbezogene Coping, soziale Unterstützung, Veränderungen von Körperreaktionen und auch Veränderungen der kognitiven Strategien durch eine Neubewertung des Stressors. Für die vorliegende Arbeit ist die Veränderung der Körperreaktionen als Bewältigungsstrategie relevant, die durch *Meditationen* erzeugt werden können. Ein Teil der psychologischen Intervention bestand aus Meditationen, die in Form des zu lesenden Textes im Buch *Im Kontakt mit der inneren Stimme* (Roethlisberger, 2012) oder mithilfe der Meditations-CDs zum Buch durchzuführen waren.

Das Wort Meditation wird von Shapiro (1980, p. 14) folgendermaßen definiert „Meditation bezieht sich auf Techniken, deren Gemeinsamkeit es ist, zu versuchen, die Aufmerksamkeit bewusst und nicht analysierend zu fokussieren und nicht in grüblerischen oder abschweifenden Gedanken zu verweilen. Gemäß Shapiro (1980) sind drei Merkmale dabei besonders wichtig: Die Fokussierung der Aufmerksamkeit muss bewusst und absichtlich erfolgen und es handelt sich um einen Versuch, der auch bei nicht völligem Gelingen als Meditation bezeichnet werden kann. Die Definition von Meditation ist unabhängig von religiösen Rahmenbedingungen, wobei im religiösen Rahmen meditiert werden kann, aber nicht muss (Shapiro, 1980).

Laut Benson, Alexander und Feldman (1975) sind vier Bedingungen für eine erfolgreiche Entspannungsreaktion notwendig, nämlich, sich in eine ruhige Umgebung zu begeben, geschlossene Augen zu haben, eine bequeme Stellung einzunehmen und wiederholten inneren Instruktionen zu folgen. Benson et al. (1975) postulierten, dass dabei die ersten drei Voraussetzungen den Input an das Nervensystem reduzieren, während die vierte dessen innere Stimulation senkt.

Für viele Menschen bedeutet Stress auch Spannung, die sich durch Muskelverspannung, verengter Blutgefäße im Hirn, hohem Blutdruck oder aber auch chronisch gesteigerter Ausschüttung von Hormonen ausdrücken kann (Zimbardo, 1995). Entspannungstechniken wie Meditation, Yoga- und Zenübungen werden bereits seit Jahrhunderten in östlichen Kulturen praktiziert und sind erwiesenermaßen wirksame Mittel, um Spannungen des Körpers abzubauen und die Seele zu beruhigen. Diese verschiedenen Techniken werden auch in der westlichen Kultur immer beliebter und bewirken eine Entspannungsreaktion, einer Bedingung, unter der die Herzfrequenz, der Blutdruck, die kortikale Aktivität und die Muskelspannung sinken und auch die Atmung verlangsamt wird (Zimbardo, 1995). Beim Erzielen eines niedrigen Erregungsniveaus durch Reduktion von elektrischer Aktivität des

Gehirns und der Senkung des Inputs aus der äußeren Umgebung an das Zentralnervensystem ist es möglich, sich vom Stress zu erholen (Kabat-Zinn, 1991; Zimbardo, 1995).

Entspannungsreaktionen können auch durch Methoden wie der *progressiven Muskelentspannung* nach Jacobson (1970), *Autogenem Training* (Schultz, 1987), *Hypnose* oder durch *Biofeedback* erfolgen, bei dem verstärkte visuelle oder auditive Signale mit Information über Veränderungen der eigenen Körperfunktionen erhalten werden und dabei Lernen dieser inneren Veränderungskontrolle ermöglicht wird (Zimbardo, 1995).

Bei der Entspannungstechnik der *fokussierten Aufmerksamkeitsentspannung* (Lutz, 1980) wird ein diskriminativer Reiz ausgebildet und die Aufmerksamkeitslenkung als therapiewirksamer Mechanismus eingesetzt. Eine weitere Entspannungstechnik beginnt mit der fokussierten Aufmerksamkeitsentspannung, um dann eine Induktion von positivem Befinden bei der Person hervorzurufen (Lutz, 1980; Lutz & Wieberg, 1982). Auch bei der TRILOGOS-Methode von Roethlisberger (2012) finden sich Visualisierungsübungen zur fokussierten Aufmerksamkeitsentspannung, bei der man sich etwa fünf Minuten auf eine Rose konzentriert. Demzufolge findet sich ein weiterer Anknüpfungspunkt dieser Studie zu jener Forschungsfrage, die sich auf die spirituelle Dimension der Gesundheit bezieht.

4.4 Studien

Zu dem für diese Evaluationsstudie zu untersuchende Konstrukte Gesundheit und Stress und der damit verbundenen Stressverarbeitung finden sich Forschungen, die für die vorliegende Arbeit interessant sind und im Folgenden angeführt werden.

In einer amerikanischen Studie (Reibel, Greeson, Brainard, & Rosenzweig, 2001) zu achtsamkeitsbasierter Stressreduktion und gesundheitsbezogener Lebensqualität wurde die *mindful-based stress reduction* - Methode (MBSR) untersucht, die in einem achtwöchigen Training im Ausmaß von 20 Minuten täglich durchgeführt wurde. MBSR ist ein Entspannungsprogramm zum Abbau von Stress, das auch bei gesundheitlichen Problemen, Kopf- und Rückenschmerzen, Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Aids und Krebs eingesetzt wird (Kabat-Zinn, 1994). Die klinische Betreuung findet im verhaltensmedizinischen Rahmen statt, wobei das Training aus einer Kombination von Hatha-Yoga und buddhistischer Achtsamkeitsmeditation besteht. Die MBSR-Methode wurde von dem Begründer der *Stress Reduction Clinic* Jon Kabat-Zinn im Jahr 1979 erfunden und wird in Massachusetts durchgeführt. Die Dauer des Kabat-Zinn-Trainings beträgt regulär acht Wochen, wobei das strukturierte Programm im Gruppensetting mit 10-40 Personen durchgeführt wird (Kabat-Zinn, 1994).

Im Vergleich dazu wird die autodidaktische TRILOGOS-Methode von Frau Roethlisberger (2012) für diese Studie autodidaktisch im Selbststudium durchgeführt, obwohl es generell auch möglich ist, sich in Gruppen auszutauschen und gemeinsam Übungen durchzuführen. Gemeinsamkeiten der beiden Methoden sind das Lernen, verantwortungsvoll mit sich selbst umzugehen, innere Ruhe zu finden, die Stressresistenz zu erhöhen und die eigene Gesundheit wieder herzustellen (Kabat-Zinn, 1994; Roethlisberger, 2012). Des Weiteren beinhalten beide Übungsprogramme das Ziel von bewusster Lebensführung (Reibel, Greeson, Brainard, & Rosenzweig, 2001; Roethlisberger, 2012). Zu verzeichnende Effekte in der Studie von Reibel et al. (2001) fanden sich in den Dimensionen Vitalität, körperlicher Schmerz, Rollenlimitierung durch körperliche Gesundheit und sozialem Funktionieren, welche mit dem psychologischen Verfahren Short Form Health Survey (SF-36) gemessen wurden. Auch nach einer Follow-Up-Studie nach einem Jahr zeigten sich bei den TeilnehmerInnen erhöhtes Wohlbefinden, Funktionalität, reduzierte körperliche Symptome und weniger Stress (Reibel, Greeson, Brainard, & Rosenzweig, 2001). Die MBSR-Studie ist für die vorliegende Arbeit relevant, da sie bezüglich mehrerer Dimensionen des Konstruktes gesundheitsbezogene Lebensqualität wirksam ist und auch die Trilogos-PsyQ-Methode laut Roethlisberger (2012) den Anspruch erhebt, dass die TeilnehmerInnen durch den TRILOGOS-Lehrgang mehr Ausgeglichenheit und innere Balance erfahren und ihre Fähigkeiten zur Bewältigung alltäglicher Herausforderungen im gesundheitlichen Bereich ausbauen und verbessern können. So interessiert in der vorliegenden Arbeit, ob Effekte auf die Konstrukte Gesundheit und des Weiteren auf die Stressverarbeitung zu verzeichnen sind, wie es auch durch die MBSR-Methode der achtsamkeitsbasierten Stressreduktion der Fall ist.

Auch in einer Studie von Fehr (2002) wurde eine wiederholt nachgewiesene höhere Stressresistenz bei regelmäßigem Meditieren nach der Kabat-Zinn-Methode gefunden. In einer weiteren Studie von Shapiro, Schwartz und Bonner (1998) konnte durch das achtwöchige MBSR-Training das Konstrukt Stress nachhaltig verringert werden. Eine weitere MBSR-Studie von Kabat-Zinn und Skillings (1989) wies Effekte in den Konstrukten Stressresistenz und Kohärenzsinn auf, wobei Personen mit den meisten Fortschritten beim Konstrukt Kohärenzsinn auch die meisten Fortschritte in psychologischer und körperlicher Symptomreduktion machten. Die Intervention brachte eine signifikante Mittelwertverbesserung in beiden Konstrukten. Die angeführten Studien sind auch für die Forschungsfragen der vorliegenden Studie relevant, bei der durch die Durchführung der Trilogos-PsyQ-Methode neben den Konstrukten Gesundheit und Stress auch der Effekt auf den Kohärenzsinn interessiert.

5 DAS BIOPSYCHOSOZIALE MODELL

Im biologisch-medizinischen Modell, das jahrzehntelang in der medizinischen Disziplin vorherrschte und bei dem eine dualistische Vorstellung von Körper und Seele existierte, wurde nur der Körper als Grundlage für die Diagnose und Behandlung von Krankheiten beachtet und die Psyche der philosophischen Disziplin und den Priestern zugeschrieben (Zimbardo, 1995). Laut Egger (2005) hat ein Paradigmenwechsel von der biomedizinischen zu einer biopsychosozialen bzw. „ganzheitlichen“ Medizin zugunsten der ersteren noch immer nicht stattgefunden, obwohl es der WHO anhand ihrer Definition von Gesundheit möglich war, die biomedizinische Sichtweise des Begriffes Gesundheit auszuweiten.

Das *biopsychosoziale Modell* Engels (2005) entstand als Folge der Studien Luhmanns zur Allgemeinen Systemtheorie und wurde in die Medizin integriert, womit sich ein wissenschaftlich begründbares mehrdimensionales, ganzheitliches Krankheitsverständnis entwickelte, welches den Charakter der bedeutendsten Theorie zwischen Körper und Geist annahm (Egger, 2005). Die Wichtigkeit von psychologischen und sozialen Faktoren für die körperliche Gesundheit wurde im biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit anerkannt (Zimbardo, 1995).

Krankheit und Gesundheit scheinen in diesem Modell wie auch in Antonovskys Salutogenesemodell (1979) nicht als Zustand, sondern als dynamisches Geschehen, wobei Gesundheit in jeder Sekunde neu geschaffen werden muss (Egger, 2005). Neben der biologisch-medizinischen Sichtweise werden in diesem Modell auch psychologische und soziale Aspekte von Krankheit mit berücksichtigt und neben Risikofaktoren wie auch bei Antonovsky (1997) Schutzfaktoren mit einbezogen, die die Gesundheit erhalten und fördern können (Egger, 2005). Das biopsychosoziale Modell fungiert laut Egger (2005) auch als Gegenthese zu einem pathomedizinischen Verständnis. Im Vergleich dazu ist auch im Salutogenesemodell Antonovskys (1979, 1997) ein Mensch nicht gesund oder krank, sondern mehr oder weniger gesund oder krank, wobei Gesundheit als Prozess und nicht als Zustand fungiert. Im Unterschied dazu wird Gesundheit nach der WHO-Definition, wie bereits erwähnt, als Zustand völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens gesehen und der Mensch nach ICD-10 (WHO, 1994) als gesund oder krank eingeordnet.

Das *salutogenetische Modell* weist viele Gemeinsamkeiten mit dem biopsychosozialen Modell auf, wobei Antonovskys (1979) Konzept auch der empirischen Überprüfung zugänglich ist (Broda et al., 1996). Antonovskys Kritik am *biopsychosozialen Modell* ist, dass dieses zwar die Erweiterung des biomedizinischen Modells mit einbezieht, jedoch das

dichotome Verständnis von Gesundheit und Krankheit aufrechterhalten bleibt (Antonovsky, 1993). Mit der Salutogenese postulierte Antonovsky (1993) somit eine Erweiterung der pathogenetischen Sichtweise und nicht eine Abkehr von dieser, wobei Ressourcen mit einbezogen werden. Diese werden auch als personale und soziale Schutzfaktoren bezeichnet, wobei das SOC, wie bereits beschrieben, als Beispiel für ein Schutzfaktorenkonzept gilt. Das salutogenetische und das biopsychosoziale Modell gelten als ähnliche Modelle, wobei auch das biopsychosoziale Modell für diese Arbeit relevant ist, da von mehreren Autoren eine weitere, vierte Dimension der Gesundheit gefordert wird, auf die im nächsten Kapitel Bezug genommen wird und eine Forschungsfrage betrifft.

Abbildung 6 veranschaulicht die drei Dimensionen des biopsychosozialen Modells der Gesundheit.

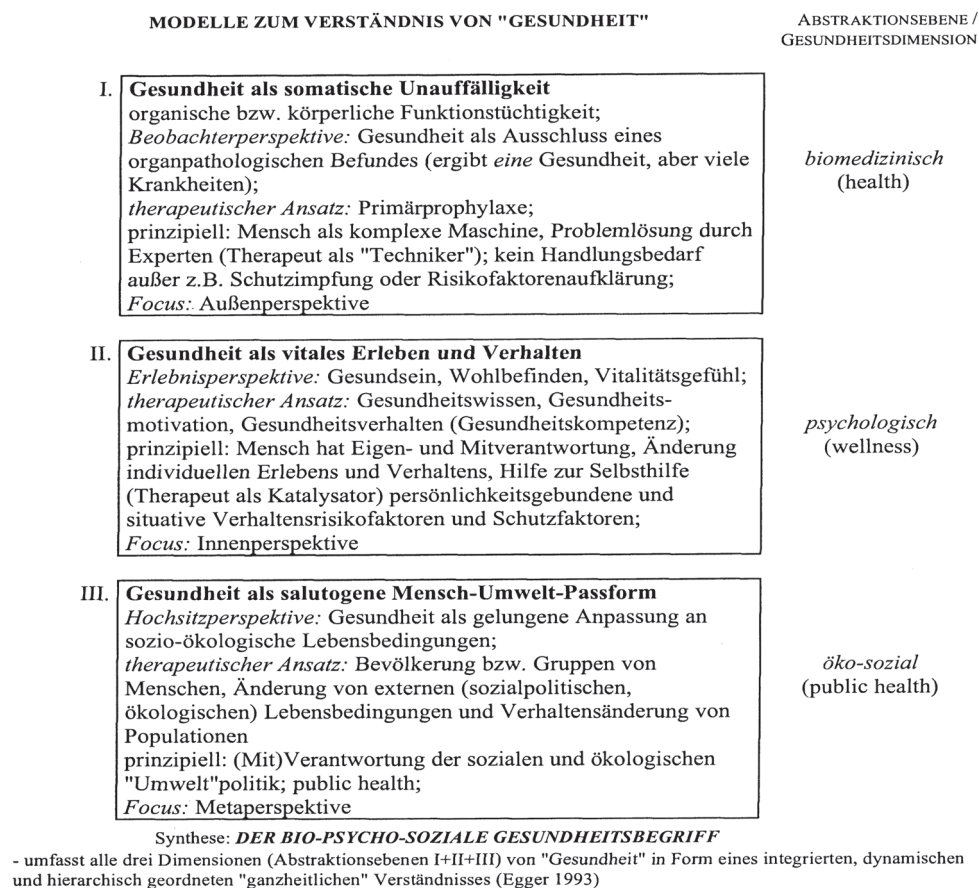


Abbildung 6. Der biopsychosoziale Gesundheitsbegriff (J. W. Egger, 2005, p. 6)

6 DIE SPIRITUELLE DIMENSION DES BIOPSYCHOSOZIALEN MODELLS

Da Egger (2013) postuliert, dass Spiritualität als viertes Konstrukt der Gesundheit angenommen werden kann, dieses auch von Steinmann (2012) genannt wird und sich diese Arbeit auf die Annahme der beiden Autoren stützt, erfolgen Definitionen zu diesem Begriff und als Abgrenzung dazu und auch zur differenzierten Veranschaulichung auch Definitionen bzw. Definitionsversuche zu Religion. Es wird dabei auf die Gemeinsamkeiten und Differenzen der Definitionen eingegangen und schließlich Bezug auf die für diese Arbeit relevante Definition beider Begriffe genommen.

6.1 Definitionen von Spiritualität, Religion und religiös-spirituellen Befinden

Im Dorsch-Lexikon der Psychologie (Wirtz & Strohmer, 2013, p. 1464) wird *Spiritualität* mit „zum Geist gehörend, geistlich: Spiritus Geist“ definiert. Der Begriff beinhaltet „die Belange des menschlichen Wesens, die man früher eher dem übernatürlichen und religiösen Bereich zuordnete. Spiritualität meint all jene Bereiche und Erfahrungen von Menschen, die über die je unmittelbare Wirklichkeit des Individuums hinausreichen. Oft wird dafür der Begriff Transzendenz gebraucht“. „... Eine akzeptierte klare Definition von Spiritualität gibt es derzeit nicht.“ (Wirtz & Strohmer, 2013, p. 1464) Der Begriff *Religion* findet sich bei Wirtz & Strohmer (2013, p. 1587) lediglich unter „Lebensformen - religiöser Typ“. In Anlehnung an das Wörterbuch der American Psychological Association (APA, 2009) sind sowohl der Begriff *Spiritualität* als auch *Religion* vertreten. Gemäß APA (2009) wird mit Spiritualität eine Form der Glaubenshaltung bezeichnet, die den Glauben religiöser Gemeinschaften beinhaltet, jedoch nicht zwingend von einem religiösen Glaubenssystem abhängt. Spiritualität ist demzufolge nicht an Konfessionen gebunden und beschreibt eine nicht traditionelle Form der Glaubenshaltung (APA, 2009). Da sie inhaltliche Überschneidungen mit Religiosität enthält, sollten die beiden Konstrukte nach Pargament (1999) sowohl zueinander in Beziehung stehen als auch getrennt beforscht werden. Religion bezeichnet gemäß APA (2009) ein System spiritueller Glaubenshaltungen oder auch Glaubenspraktiken, welches die Verehrung einer allmächtigen Gottheit oder auch Gottheiten enthält und Verhaltensweisen wie Gebet, Meditation und die Teilnahme an öffentlichen Ritualen beinhaltet. Der Begriff *Spiritualität* ist auch laut Bucher (2007) ein sehr komplexer Begriff und wird je nach Kultur, Weltbild und Religion, Wissenschaft und Bildungshintergrund anders aufgefasst. Nach Bucher (2007) leitet sich das Wort *Spiritualität* vom Wort „spiritus“ ab, das ursprünglich mehrere Bedeutungen wie „Luft“, „Hauch“, „Atem“, „Atmen“, „Seele“, „Geist“,

„Begeisterung“, „Mut“, aber auch „Sinn“ hat. So bezeichnet das Verb „spiro“ „wehen“, „hauchen“, „atmen“, „leben“ wie auch „erfüllt und beseelt sein“ (Bucher, 2007). Im Klinischen Wörterbuch Pschyrembel (Pschyrembel & Arnold, 2014) finden sich keine Definitionen zu Spiritualität oder Religion.

Zusammenfassend werden die beiden Begriffe in dieser Arbeit in Anlehnung an die APA (2009) als Synonyme verwendet und beinhalten durch ihre inhaltlichen Überlappungen sowohl Glaubenshaltungen, die nicht zwingend an ein religiöses Glaubenssystem gekoppelt sind als auch jene, die konfessionsgebunden sind.

Als viertes Konstrukt der vorliegenden Studie werden Effekte auf das spirituelle Wohlbefinden gemessen, wobei *Spiritualität* und *Religion* auch im dafür ausgewählten psychologischen Messinstrument als Synonyme verwendet werden und Verhaltensweisen wie Gebete, Meditationen, Teilnahme an Gottesdiensten oder an spirituellen und auch religiösen Events beinhalten.

Die Definition zu *religiös-spirituellem Befinden* lautet folgendermaßen: „Religiös-spirituelles Befinden (RSB) kann global als die Fähigkeit beschrieben werden, Sinn und Bedeutung der eigenen Existenz durch ein Gefühl der Verbundenheit mit sich selbst, mit anderen Menschen oder einer (wie auch immer gearteten) höheren Macht zu erfahren“ (Unterrainer et al., 2010, p. 83).

6.2 Spirituelle Gesundheit

Der kanadische Arzt und Immunologe Ralph Steinmann stellt die Bezüge zwischen Spiritualität und Gesundheit bzw. Krankheit aus der Perspektive von Public Health in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention her (Steinmann, 2012). Er beleuchtet nach seiner „Psychologie des Bewusstseins“ Spiritualität neben der physischen, psychischen und sozialen Dimension der Gesundheit als vierte, eigenständige Dimension (Steinmann, 2012).

Durch aktuelle Forschungsergebnisse wird zunehmend nach einer Forderung der Berücksichtigung dieser weiteren, spirituellen Komponente verlangt, die als vierte Dimension in das biopsychosoziale Modell integriert werden soll (Egger, 2013; Maslow, 1985; Pargament, 2007; Steinmann, 2012; Unterrainer et al., 2010).

Laut Roethlisberger (2012) führt der autodidaktische TRILOGOS-Lehrgang auch zu einer Verbesserung von Vertrauen und Verbundenheit der TeilnehmerInnen. So sind auch die beiden Subskalen *Vertrauen* und *Verbundenheit* im psychologischen Erhebungsinstrument zum RSB (Unterrainer & Fink, 2013) vertreten, die im Rahmen der Intervention durch die

TRILOGOS-Methode (Roethlisberger, 2012) erhoben werden. Die Dimensionen des MI-RSB 48 (Unterrainer & Fink, 2013) basieren auf dem bio-psycho-sozio-spirituellen Modell, das mit dem salutogenetischen Modell bezüglich der ersten drei Komponenten Gemeinsamkeiten aufweist, jedoch auch die spirituelle Dimension der Gesundheit mit einbezieht.

Demzufolge wird auch eine mögliche Entwicklung und Aufrechterhaltung der Gesundheit (Antonovsky, 1979; Roethlisberger, 2012) mit seiner spirituellen, vierten Komponente (Egger, 2013; Maslow, 1985; Pargament, 2007; Steinmann, 2012; Unterrainer et al., 2010; Liebmann, 2010) in der Interventionsstudie zum TRILOGOS-Lehrgang mit berücksichtigt. Dabei basiert die Annahme von Gesundheit auf individuellem psychischem, physischem und sozialem Wohlbefinden, das im Sinne Antonovskys (1979) wie auch im biopsychosozialen Modell Engels (1977) als Kontinuum verstanden wird, auf dem sich der Mensch befindet und das um die vierte Dimension erweitert wird.

Aktive, intrinsische Religiosität erhebt bei gesunden Personen den Anspruch, als Schutzfaktor und Bewältigungsressource zu fungieren und dient somit als Potential einer wirksamen Prävention und Gesundheitsförderung (Zimbardo, 1995; Grom, 2011). Der Fokus richtet sich in der vorliegenden Arbeit explizit auf die Ressourcenorientierung und nicht auf die Risikofaktorenorientierung von Religiosität/Spiritualität. Die Gesundheitsforschung beschäftigt sich allerdings mit beiden Orientierungen, wobei für diese Studie von Bedeutung ist, ob durch die zu untersuchende Intervention der TPM relevante Ergebnisse bezüglich des religiös-spirituelles Befindens erzielt werden können.

6.3 Spiritualität und Religion

Spiritualität wurde im Lateinischen als auch in der biblischen Literatur in engem Zusammenhang mit dem Atmen gesehen (Bucher, 2007). In Yogaschulen, in Atemtherapien wie etwa beim *Holotropen Atmen* nach dem Psychiater und Mitbegründer der transpersonalen Psychologie Stanislav Grof (1994) wie auch in verschiedenen Meditationsschulen wird der fundamentale Zusammenhang zwischen Atmen und Geistigkeit gelehrt (Bucher, 2007). Die *Transpersonale Psychologie* ist eine Therapierichtung, bei der der spirituellen und religiösen Dimension der menschlichen Psyche eine wesentliche Bedeutung zugemessen wird (Grof, 1986). Dabei legt man sich laut Grof (1986) nicht auf eine bestimmte Religionsform fest. Egger (2013, p. 39) kommentiert, dass der Begriff Spiritualität aus psychologischer Sicht als „Beschäftigung mit Sinn- und Wertfragen des Daseins, besonders der eigenen Existenz und seiner Selbstverwirklichung im Leben“ als Orientierung für die Lebensgestaltung definiert werden kann. Sie umfasst dabei eine bestimmte, nicht zwingend konfessionell religiöse

menschliche Lebenseinstellung, „die sich auf das immaterielle, transzendente oder immanente göttliche Sein konzentriert bzw. auf das Prinzip der transzenten, nicht-personalen letzten Wahrheit oder höchsten Wirklichkeit“ (Egger, 2013, p. 39). Der Begriff Spiritualität wird auch von Maslow (1985) als das im Menschen immanente Bedürfnis nach Verbindung mit etwas Größerem geschildert. Spiritualität wird in Studien als Sinnressource beschrieben (Brady et al., 1999; Karasu, 1999), wobei auch Kohärenz (Antonovsky, 1979) bezüglich einer grundsätzlichen Verbundenheit von allem eine spirituelle Weltsicht annimmt (Bucher, 2007).

6.4 Messinstrumente für Spiritualität

Das Konstrukt Spiritualität ist mehrdimensional und es existieren verschiedene Verfahren, die dieses effizient zu messen versuchen (Bucher, 2007). Paloutzian und Ellison (1982) nahmen das menschliche Bedürfnis nach Transzendenz an und erarbeiteten eine zweidimensionale *Spiritual Well-Being Scale*, die jedoch wegen der Komplexität des Begriffs und wegen der Annahme ausschließlich theistischer Spiritualität kritisiert wurde (Daaleman & Frey, 2004).

Auf die Annahme eines immanenten und transzenten Erfahrungsraums nimmt auch Unterrainer et al. (2010) Bezug, wobei eine differenziertere Betrachtung des religiös-spirituellen Befindens möglich wird. Der immanente Raum ist erfahrungswissenschaftlich messbar und beinhaltet im Testinventar MI-RSB 48 beispielsweise die Subskala *Erfahrung von Bedeutung und Sinn*, der transzendente Raum beinhaltet dabei den empirisch nicht erfassbaren, über-sinnlichen und transpersonalen Wirklichkeitsbereich und besteht unter anderem aus den Skalen *Allgemeine Religiosität* und *Allverbundenheit*. Zusammenfassend beschreibt das RSB die Fähigkeit, das Leben durch ein Gefühl der Verbundenheit mit sich selbst, mit anderen Menschen oder auch einer höheren Macht sinnvoll und bedeutungsvoll zu sehen (Unterrainer et al., 2010).

So vertritt bereits seit den 90er Jahren auch die WHO eine ganzheitliche Sichtweise bezüglich Religiosität als wichtigen Bestandteil von Lebensqualität, die von vielen PatientInnen als solcher wahrgenommen wird, - und erweiterte den krankheitsübergreifenden Fragebogen zur Erhebung der Lebensqualität WHOQOL (Angermeyer, 2000) um eine sechste Domäne Religiosität/Spiritualität/Persönliche Anschauungen, wobei erfasst wird, inwieweit religiöse und persönliche Anschauungen und Überzeugungen der UntersuchungsteilnehmerInnen ihre Lebensqualität beeinflussen. Dafür finden sich im vorgesehenen Testinventar vier Items, die Fragen zur Sinngebung im Leben und zu persönliche Überzeugungen als Hilfestellung bei den Schwierigkeiten des Lebens beinhalten (Angermeyer 2000).

Für diese Arbeit interessiert eine differenziertere Auseinandersetzung mit dem mehrdimensionalen Konstrukt Religiosität/Spiritualität bezüglich seiner möglichen Effekte, wofür das Testinventar MI-RSB mit seinen 48 Items (Fragen), die sich in sechs Subskalen gliedern lassen, in Betracht gezogen wurde. Relevante Dimensionen wie etwa Allverbundenheit, Hoffnung oder Erfahrungen von Bedeutung und Sinn werden im MI-RSB mit berücksichtigt, die in anderen psychologischen Testinventaren meist fehlen (Bucher, 2007; Unterrainer et al., 2010). Auch wurde mit der Auswahl dieses Messinstruments der Bezug zur Literatur (Roethlisberger, 2012) hergestellt, in der eine Verbesserung von Vertrauen und Verbundenheit der TeilnehmerInnen durch die TPM erzielt werden sollte.

6.5 Studien

Mehrere Studien beschäftigen sich mit der Beziehung zwischen der Häufigkeit von Gottesdienstbesuchen und einer damit einhergehenden längeren Lebensdauer bzw. Mortalitätsrate. Zwei Metaanalysen zufolge ist der schützende, vorbeugende und lebensverlängernde Beitrag von Religiosität bei Gesunden durch Gottesdienstbesuche oder Teilnahme an religiösen Gruppentreffen sogar höher als bei ausschließlich privater Durchführung von persönlichen Gebeten, Meditationen oder religiöser Belastungsbewältigung und ist des Weiteren bei Frauen stärker ausgeprägt (McCullough et al., 2000; McCullough, 2001; Chida, Steptoe, & Powell., 2009).

Gesundheitsfördernde Wirkung von Gottesdienstbesuchen konnte vor allem in den USA wie auch in manchen europäischen Ländern nachgewiesen werden (La Cour et al., 2006). Auch das persönliche Gebet kann als Bewältigungsressource und spirituelle Unterstützung im Sinne von positivem religiösem Coping eingesetzt werden, wobei mehr Lebenszufriedenheit, weniger Angst und Depression und des Weiteren eine geringere emotionale Krankheitsbelastung bei Personen mit chronischen Krankheiten, Herztransplantationen, Aids- und Tumorerkrankungen festgestellt werden konnte (Grom, 2007, 93 f.; Koenig et al., 2001; Murken & Reis, 2010; Zwingmann, 2004).

Bei negativem religiösen Coping wie etwa durch das Hadern mit Gott, das Einfordern von göttlicher Hilfe ohne vorherigen Glauben oder die Deutung einer Krankheit als göttliche Strafe ist schlechteres subjektives Wohlbefinden zu verzeichnen (Hollywell & Walker, 2009; Sherman et al., 2009).

Weitere Studien zu Risikofaktoren belegen, dass aktive Religiosität das Risiko reduziert, an einer Lungen- oder kardiovaskulären Erkrankung zu sterben (Chida et al., 2009), signifikant das Herzinfarktrisiko verringert (Obisesan, Livingston, Trulear, & Gillium, 2006) und mit

einem selteneren Leiden an hohem Blutdruck einhergeht (Koenig et al., 2001). Endokrinologische Untersuchungen belegen bei religiös Aktiven geringere Mengen des Stresshormons Cortisol, Interleukin-6 und anderer Signalstoffe im Blut, die für die Infektionsabwehr zuständig sind, auf eine bessere Stressbewältigung und auf eine seltenere Beanspruchung von Immunabwehr deuten könnte (Dedert et al., 2004; Koenig et al., 2001; Lutgendorf et al., 2004). Trotz des dadurch hervorgerufenen geringen Blutdruckerhöhung bei Stress können laut Hefti (2011) Erkrankungen trotzdem eintreten.

Plausible Wirkungszusammenhänge sind laut Park (2007) dabei etwa ein günstigeres Gesundheitsverhalten religiös Aktiver und von Mitgliedern in Glaubensgemeinschaften, die nachweislich weniger Gesundheitsrisiken eingehen und seltener rauchen, weniger Alkohol und Drogen konsumieren oder seltener zu Gewalt neigen (Hill et al., 2006). Laut McCullough (2001) beruht dieses günstige Risikoverhalten erwiesenermaßen darauf, dass Religiosität mit Gewissenhaftigkeit und geringerem Risikoverhalten einhergeht. Ein weiterer Wirkungszusammenhang ist durch eine vermehrte soziale Unterstützung der Kranken durch Glaubensgemeinschaften in den USA zu verzeichnen, wo weniger sozialstaatliche Abstützung gegeben ist und mit Besuchen, Gesprächen, Informationen bis hin zu eigenen Krankenhäusern ausgeholfen wird (Park, 2007; Grom, 2011). Ein letzter Wirkungszusammenhang ist die positive Beeinflussung der Gesundheit durch religiöse Sinnorientierung und Belastungsbewältigung wie verinnerlichte Überzeugungen, Bewertungen und Verhaltensweisen wie etwa Rituale (Park, 2007; Grom, 2011).

Private Religiosität vermittelt Sinnorientierung und ermöglicht laut Copingforschung in Krankheit und in kritischen Lebensereignissen eine Belastungsbewältigung, die durch Motivierung zu aktiver Problemlösung und sinnerhaltende Deutungen bezüglich einer kognitiven Umstrukturierung ermöglicht und emotionale und spirituelle Unterstützung hervorruft (Grom, 2007; Pargament, 1997). Diese Komponenten können zu psychischer und dadurch zu körperlicher Stressreduktion beitragen und Krankheiten vorbeugen (Grom, 2007). Eine schwere körperliche Erkrankung löst häufig eine Krise aufgrund von Angst und Depression aus, wobei gläubige Personen unter anderem religiöse Copingstrategien anzuwenden versuchen (Ross et al., 2008).

In einer anderen Studie (2004-2009) wurden suchtkranke, ängstlich-depressive PatientInnen und eine Kontrollgruppe (N=1500) mit dem multidimensionalen Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MI-RSB 48) miteinander verglichen, um Unterschiede im religiös/spirituellen Befinden zu eruieren (Unterrainer & Fink, 2013). Der sechsdimensionale MI-RSB 48 wurde aufgrund der Theorie des bio-psycho-sozio-spirituellen Modells

entwickelt. Bezüglich aller MI-RSB 48-Untertests/Subdimensionen als auch beim Gesamtscore fanden sich signifikante Unterschiede zwischen den drei Gruppen. Die Ergebnisse zeigten, dass die Kontrollpersonen mit einem höheren Gesamtscore im MI-RSB 48 und in der Dimension Allgemeine Religiosität besser abschnitten als die beiden klinischen Gruppen (Unterrainer & Fink, 2013). Dies bedeutet, dass bei möglichen Effekten bezüglich des religiös-spirituellen Befindens durch die erste Stufe des TRILOGOS-Lehrgangs diese Intervention sowohl der Normalpopulation bei der Bewältigung alltäglicher Herausforderungen, für die (Sucht)prävention oder auch als Maßnahme in der Gesundheitsförderung dienlich sein könnte. Auch als spirituelle Hilfestellung und Bewältigungsstrategie im Suchtbereich oder in der Arbeit mit ängstlich-depressiven PatientInnen wäre eine Implementierung vorstellbar.

In einer weiteren Studie (Unterrainer, Schöggel, Ladenhauf, Wallner-Liebmann, & Kapfhammer, 2009) findet sich ein relevanter Zusammenhang von Spiritualität, Religiosität und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit. Auch besteht ein positiver Zusammenhang des RSB mit seelischer Gesundheit und es sind negative Zusammenhänge zwischen den RSB-Dimensionen mit psychopathologischen Symptomen zu verzeichnen. In der Untersuchungsgruppe der hochreligiösen PatientInnen scheint die Glaubensbeziehung einen wichtigen Einfluss auf das Krankheitserleben zu haben (Unterrainer et al., 2009). Auch bei dieser Studie ist von Relevanz, dass durch den TRILOGOS-Lehrgang Effekte im Konstrukt RSB auftreten können, die in weiterer Folge für die Therapie von SuchtpatientInnen und Ängstlich-Depressiven nützlich sein könnte und dass durch spirituelle Praxis das allgemeine religiös/spirituelle Befinden verbessert werden kann.

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass Religiosität/Spiritualität zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse beizutragen vermag, Dauerbelastungen gegen Stress reduzieren kann und manche Erkrankungen vorbeugt (Grom, 2011). Des Weiteren kann Religiosität/Spiritualität auch bei einer günstigen Krankheitsverarbeitung und demzufolge auch bei Heilungsprozessen dienlich sein und ist imstande, auch leichtere Beschwerden wie etwa Schmerzen zu neutralisieren. Schwere körperliche Krankheiten können durch Religiosität/Spiritualität jedoch nicht geheilt werden. Somit wirkt der Glaube als psychosozialer und intrapsychischer Einfluss, der beim Kranken durch soziale Verstärkung und durch Unterstützung durch eine Glaubensgemeinschaft Sinnorientierung, Belastungsbewältigung, Schmerzmanagement entstehen lassen und persönliche Motivation das Gesundheitsverhalten positiv beeinflussen kann. (Grom, 2011)

Auch die spirituelle Komponente der Gesundheit wird in der vorliegenden Studie untersucht und auf Effekte bezüglich einer Veränderung dieser durch den TRILOGOS-Lehrgang mit seinen enthaltenen Meditationen geprüft. Für die Forschungsfrage zum Konstrukt religiös/spirituelles Befinden wird Bezug auf das bio-psycho-sozio-spirituelle Modell genommen.

Relevant für diese Arbeit ist bei gegebenen Effekten im religiös-spirituelles Befinden durch den Lehrgang *Im Kontakt mit der inneren Stimme*, dass sich die durchgeführten Meditationen als spirituelle Praxis im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention nützlich erweisen könnten. Auch wäre in diesem Rahmen ein religiöser/spiritueller Bewältigungsversuch bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen möglich.

7 SELBSTVERWIRKLICHUNG UND SPIRITUELLE INDIVIDUATION

In diesem Kapitel erfolgt eine theoretische Annäherung an die Begriffe *Selbstverwirklichung/Individuation* und *spirituelle Individuation*, da die TPM den Anspruch erhebt, auch die *spirituelle Individuation* im Rahmen der Bewusstseinschulung und Persönlichkeitsentwicklung zu fördern (Roethlisberger, 2012).

Von der Annahme der vierten, spirituellen Dimension des biopsychosozialen Modells Eggers (2013) und Steinmanns (2012) Postulat der Spiritualität als der vierten Dimension der Gesundheit ausgehend, wird das Konstrukt *Spiritualität* auch von weiteren Vertretern (Maslow, 1985; Grof, 1986; Unterrainer et al., 2010) ins zentrale Interesse gerückt. In den psychologischen Ansätzen zu Spiritualität wird von Maslow (1985) und Vertretern der *Transpersonalen Psychologie* wie etwa Grof (1991) davon ausgegangen, dass jeder Mensch spirituell sei und die spirituelle Dimension ein allgemein menschliches Phänomen wäre. Zudem findet sich auch im Konzept zum *religiös-spirituellen Befinden* und dem dafür entwickelten Fragebogen MI-RSB 48 (Unterrainer et al., 2010) neben dem Bezug zur *Salutogenese* auch jener zu Maslows Selbstverwirklichung (1985). Dieser Fragebogen beinhaltet auch die Dimension *Verbundenheit* (Unterrainer et al., 2010).

Laut Bucher (2007) stellt Verbundenheit mit dem Übernatürlichen, den Mitmenschen und der Natur ein wichtiges Kriterium für Spiritualität dar. Zudem zeigen empirische Befunde Verbundenheit und Beziehung als Hauptkomponenten der Spiritualität. Untersuchungen zum Sinn des Lebens ergaben, dass dieser eher durch die Hauptfaktoren Familie und Selbstverwirklichung als durch religiöse Inhalte begründet ist. (Bucher, 2007)

Maslow (1985), einer der Begründer der *Humanistischen Psychologie*, postulierte in dieser ein positives und gesundes Menschenbild, in dem sich schöpferische und sich selbst verwirklichende Individuen entfalten können. Viele Aspekte der *Positiven Psychologie* knüpfen an diese Vorstellung der *Humanistischen Psychologie* mit dem Fokus auf Ressourcenorientierung, die salutogenetischen und positiven Seiten im Leben des Menschen an. Die *Transpersonale Psychologie* entwickelte sich wie die *Positive Psychologie* auch aus der *Humanistischen Psychologie*, beschreibt spirituelle Erfahrungen und bezieht diese in die psychologische Theorie ein (Grof, 1986). Auch Kammerl (2010) postulierte, dass eine positive und auf Ressourcenorientierung basierende Psychologie im Vergleich zur klassischen Psychologie offener gegenüber spirituellen Phänomenen ist.

Abbildung 7 zeigt Maslows Bedürfnispyramide mit den Defizit- und Wachstumsbedürfnissen eines Individuums.



Abbildung 7. Bedürfnispyramide nach Maslow

<http://www.shaxmax.at/itwo/trainerwiki/images/1/10/Maslow.JPG>

Maslow (1985) beschreibt die *Selbstverwirklichung* als einziges elementares Bestreben oder als einzigen grundlegenden Wert für eine Person, wobei die Wörter Selbstverwirklichung, Selbstrealisierung, Integration, psychologische Gesundheit, Individuation, Autonomie, Kreativität und Produktivität je nach Autor synonym im Sinne von menschlichen Realisierungsmöglichkeiten zu betrachten sind. Dieses relevante Bedürfnis ist laut Maslow (1985) jenes individuelle Bedürfnis in der Hierarchie, das während einer bestimmten Periode

vorherrscht. Maslows Theorie der Bedürfnisbefriedigung ist für ihn das wichtigste Prinzip jeder gesunden menschlichen Entwicklung. Erfüllt sich dabei das niedrigere Bedürfnis durch seine ausreichende Befriedigung, wird tendenziell ein neues, höheres Bedürfnis im Menschen geweckt, das als ganzheitliches Prinzip hierarchisch von den Defizit-Bedürfnissen in Richtung Wachstumsbedürfnisse strebt. Dabei richtet sich der Fokus auf die Gesundheits- und Wachstumspsychologie und nicht auf die Defizitpsychologie. Alle Menschen haben in dieser Hinsicht einen aktiven Willen zur Gesundheit und streben die höchsten Stufen ihrer Möglichkeiten an. Sie sind auf der Suche nach den höchsten Potentialen, den höchsten Stufen des Bewusstseins und der Weisheit. (Maslow, 1985)

Maslow (1985) postulierte, dass die Humanistische Psychologie, die „Psychologie der dritten Kraft“ als Vorbereitung für eine noch höhere „vierte Psychologie“ zu sehen ist, „... die überpersönlich, transhuman ist, ihren Mittelpunkt im All hat, nicht in menschlichen Bedürfnissen und Interessen, und die über Menschlichkeit, Identität, Selbstverwirklichung und ähnliches hinausgeht“ (p.12). Der Begriff Spiritualität wurde von Maslow (1985) als das im Menschen immanente Bedürfnis nach Verbindung mit etwas Größerem, als man selbst ist, beschrieben. Roethlisberger (2012) erläutert in diesem Sinne, dass es durch die Rückverbindung (SQ) an etwas Höheres und Größeres möglich wird, in der Auseinandersetzung mit dem Gegenüber die Komponenten des EQ, d.h. die eigene Wahrnehmung, Intuition, eigene Gefühle und die Symbolsprache, besser zu verstehen. Durch diese Selbstreflexion wären neue Selbsterkenntnisse möglich, wodurch das eigene Urvertrauen geheilt und somit Selbstvertrauen gewonnen werden könne (Roethlisberger, 2012).

Unter *Individuation* verstand auch der Schweizer Psychiater und Begründer der *Analytischen Psychologie* C. G. Jung einen Prozess, bei dem ein Individuum im Laufe seines Lebens zunehmend authentischer und immer mehr sich selbst im Sinne einer Ganzheit wird (Jung, 1994). Andererseits führe der Individuationsprozess auch zu mehr Abgrenzung und Autonomieerleben und sei sowohl als interner, subjektiver Integrationsvorgang als auch als interpersoneller und intersubjektiver Beziehungsvorgang zu verstehen (Jung, 1971; zitiert nach Stumm & Pritz, 2009). Der Prozess des Ganzwerdens gebe demnach der Dauer des Lebens einen Sinn, wobei das Selbst den Individuationsprozess beabsichtigt, potenziell enthält und auch zur Folge hat. Das Ganzwerden als Ziel sei hingegen ein schwer zu verwirklichendes Ideal. (Jung, 1971; zitiert nach Stumm & Pritz, 2009)

Nach Jung, Franz, Henderson, Jacobi und Jaffé (2012) steht *Individuation* für das Werden des „Lebensmusters“, wobei Träume für das individuelle Leben bedeutsam seien und auch als Teile eines großen „Schicksalsgewebes“ betrachtet werden. Wenn die angeborene

Möglichkeit der Individuation des Menschen bewusst gemacht wird, könne seelische Ganzwerdung und somit individuelle Weiterentwicklung erfolgen (Jung et al., 2012). Durch diese Ganzwerdung könne das befreite menschliche Potential bewusst in das Berufsleben, die Gesundheit und in Beziehungen integriert werden (Roethlisberger, 2012). Der Individuationsprozess, der durch den autodidaktischen Lehrgang *Im Kontakt mit der inneren Stimme* angeregt wird, wirke sich laut Roethlisberger (2012) positiv auf die Gesundheit aus.

II EMPIRISCHER TEIL

8 ZIELSETZUNG

Ziel dieser Interventionsstudie war es, durch die Durchführung des TRILOGOS-Lehrgangs (Stufe 1) die physische, psychische, soziale und spirituelle Komponente des Konstrukts Gesundheit zu untersuchen und mögliche Effekte in diesen Dimensionen aufzuzeigen. Es wurde auch erhoben, ob sich durch seine Absolvierung die Stressverarbeitung bei den Teilnehmenden verändert und der Kohärenzsinn gestärkt werden kann. Für die Fragestellungen wurden vier Hypothesen gebildet, wobei diese auf die angeführten Studienergebnisse zu Entspannung, Stressresistenz, Kohärenzsinn, gesundheitsbezogene Lebensqualität, spiritueller Gesundheit und Spiritualität aufgebaut sind und auch aus der bereits geschilderten Literatur resultieren. Frau Roethlisberger (2012) macht in ihrem Buch *Im Kontakt mit der inneren Stimme* auf die körperliche und psychische Verbesserung der Gesundheit durch den autodidaktischen TRILOGOS-Lehrgang aufmerksam.

Die erste Fragestellung und Generierung der Hypothese wird durch die angeführte Theorie Antonovskys (1997) zum Kohärenzsinn und der Studie von Kabat-Zinn und Skillings (1989) gebildet. Die zweite Forschungsfrage und die daraus abgeleitete Hypothese nimmt Bezug auf die beschriebenen MBSR-Studien (Reibel et al., 2001; Fehr, 2002; Shapiro et al., 1998; Kabat-Zinn und Skillings, 1989) und weitere angeführte Entspannungstechniken (Schultz, 1987; Shapiro, 1980; Jacobson, 1970). Auch die dritte Fragestellung zur Hypothesengenerierung bezieht sich auf die beschriebene MBSR-Studie (Reibel et al., 2001), die Theorie der fokussierten Aufmerksamkeitsentspannung (Lutz, 1980) und der Literatur (Roethlisberger, 2012). Die TPM erhebt laut Roethlisberger (2012) den Anspruch, psychische und physische Balance herzustellen, die mit erhöhter Alltagskompetenz und Fähigkeitsentwicklung zur Bewältigung alltäglicher Herausforderungen einhergeht. Für die vierte Forschungsfrage und der daraus abgeleiteten Hypothese wird diese aus dem erweiterten biopsychosozialen Modell um die spirituelle Komponente (Egger, 2013; Maslow, 1985; Pargament, 2007; Steinmann, 2012; Unterrainer et al., 2010), den angeführten Studien (siehe Kapitel 6.5) und durch die Annahme von Frau Roethlisberger (2012) bezüglich der Herbeiführung von spiritueller Individuation durch den TRILOGOS-Lehrgang abgeleitet. Im Rahmen dieser Fragestellungen war von Interesse, ob ein Effekt auftritt und wie groß dieser ist (Effektstärke), um die praktische Relevanz für die einzelnen Gesundheitsbereiche und die weiteren Konstrukte herauszuarbeiten. Die Hypothesen wurden gerichtet (einseitig) formuliert, da von einem positiven Effekt und somit der Wirksamkeit der Intervention ausgegangen wird (Bortz und Döring, 2006).

9 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN

Für die Evaluation der ersten Stufe des TRILOGOS-Lehrgangs ergaben sich folgende Fragestellungen und dazugehörige Hypothesen:

9.1 Fragestellung 1: Hat die erste Stufe des autodidaktischen TRILOGOS-Lehrgangs einen Effekt auf den Kohärenzsinn (SOC)?

$H_0(1)$: Die erste Stufe des autodidaktischen TRILOGOS-Lehrgangs hat keinen positiven Effekt auf den Kohärenzsinn (SOC).

$H_1(1)$: Die erste Stufe des autodidaktischen TRILOGOS-Lehrgangs hat einen positiven Effekt auf den Kohärenzsinn (SOC).

9.2 Fragestellung 2: Welchen Effekt hat die erste Stufe der Trilogos-PsyQ-Methode auf das Konstrukt Stressverarbeitung (SV)?

$H_0(2)$: Das Training der ersten Stufe des TRILOGOS-Lehrgangs wirkt sich nicht positiv auf die Stressverarbeitung (SV) aus.

$H_1(2)$: Das Training der ersten Stufe des TRILOGOS-Lehrgangs wirkt sich positiv auf die Stressverarbeitung (SV) aus.

9.3 Fragestellung 3: Welchen Effekt hat die erste Stufe der Trilogos-PsyQ-Methode auf das Konstrukt Gesundheit/gesundheitsbezogene Lebensqualität (gbLQ)?

$H_0(3)$: Durch die Intervention der ersten Stufe der Trilogos-PsyQ-Methode kann kein positiver Effekt auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (gbLQ) erzielt werden.

$H_1(3)$: Durch die Intervention der ersten Stufe der Trilogos-PsyQ-Methode kann ein positiver Effekt auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (gbLQ) erzielt werden.

9.4 Fragestellung 4: Hat die erste Stufe des autodidaktischen TRILOGOS-Lehrgangs einen Effekt auf das religiös-spirituelle Befinden (RSB)?

$H_0(4)$: Die erste Stufe der Trilogos-PsyQ-Methode hat keinen positiven Effekt auf das religiös-spirituelle Befinden (RSB).

$H_1(4)$: Die erste Stufe der Trilogos-PsyQ-Methode hat einen positiven Effekt auf das religiös-spirituelle Befinden (RSB).

9.5 Zusätzliche Fragen

Die beiden Fragen, die der Untersuchungsgruppe bei der Posttest-Erhebung als zusätzliche Absicherung der Effekte des Quasi-Experiments gestellt wurden, wobei nach möglichen subjektiven Veränderungen im Leben der TeilnehmerInnen gefragt wurde und ob diese Veränderungen auf den Lehrgang rückführbar wären, lauteten: *Hat sich durch die Durchführung der ersten Stufe des autodidaktischen TRILOGOS-Lehrgangs etwas in Ihrem Leben verändert?* und *Ist diese Veränderung in Ihrem Leben auf den Lehrgang zurückführbar?* Dabei war für die erste Frage ein dichotomes Antwortformat (*ja/nein*) vorgegeben, die zweite Frage konnte mit *ja*, *teilweise* oder *nein* beantwortet werden.

Zwei weitere Fragen bezogen sich auf Auralesen und Kontaktaufnahme mit Verstorbenen, die auch mit *ja* oder *nein* zu beantworten waren. Diese waren: *War es Ihnen möglich, durch das Erarbeiten des Buches Aura lesen zu lernen?* und *Konnten Sie durch das Erarbeiten des Buches Kontakt zu Verstorbenen aufnehmen?* Das Antwortformat war auch für die dritte und vierte Frage dichotom.

10 METHODIK

In diesem Kapitel werden die Stichprobenauswahl einschließlich der finalen Stichprobe, das Studiendesign, die Durchführung der Untersuchung und die entsprechende Instruktion beschrieben.

10.1 Auswahl der Stichprobe

Die Rekrutierung der Interventions- als auch der Kontrollgruppe erfolgte österreichweit und basierte auf persönlichem Anfragen der Untersuchungsleiterin im Freundes-, Bekannten- und Familienkreis. Manche Personen leiteten auch relevante Informationen zur Studie beziehungsweise den dafür von der Untersuchungsleiterin gestalteten Flyer im Sinne des sogenannten Schneeballverfahrens weiter. Hierbei handelt es sich um eine Rekrutierungsmöglichkeit, mit dem für die vorliegende psychologische Untersuchung ebenfalls InteressentInnen zur Teilnahme an der Studie gewonnen werden sollten (Schnell, Hill, & Esser, 1999). Zusätzlich wurden Flyer in einem Yogazentrum und einem Esoterikshop in Wien sowie auch auf der Universität Wien ausgehängt. Die meisten Teilnehmenden konnten hauptsächlich auf persönlicher Ebene und durch die Rekrutierungsmethode des Schneeballprinzips gefunden werden.

Als Inklusionskriterien für die Teilnahme an der Studie galten ÖsterreicherInnen und Personen mit ausreichenden Kenntnissen der deutschen Sprache, die in Österreich leben, der gesunden Allgemeinbevölkerung angehören, freiwillig an der Studie teilnahmen und ein Mindestalter von 23 Jahren aufwiesen.

Ausschlusskriterien waren etwa eine vorliegende psychische Krankheit oder auch Substanzabhängigkeit, die mit dem Screening des Strukturierten Klinischen Interviews (SKID-I; Wittchen, Zaudig, & Fydrich, 1997) erhoben wurden. Des Weiteren galten Unterschiede in spirituellen Vorkenntnissen zwischen den beiden Bedingungen (Untersuchungs-/Versuchs-/Interventionsgruppe versus Kontrollgruppe) als Ausschlusskriterium.

Ursprünglich wurden 131 Fragebögen an potenzielle TeilnehmerInnen beider Bedingungen vorgelegt. Zu Beginn war noch nicht bekannt, wie viele Personen sich letztlich finden lassen würden, an der Durchführung der Intervention teilzunehmen oder auch als Kontrollpersonen für beide Erhebungen (Pretest- und Posttest-Erhebung) zu Verfügung zu stehen. 108 Personen erfüllten die Voraussetzungen für die Teilnahme in der Untersuchungs- bzw. Kontrollbedingung, womit zunächst eine Gesamtstichprobe von 108 Personen erzielt werden konnte. Von diesen 108 männlichen und weiblichen Teilnehmenden, die die Pretest-Erhebung durchführten, wurden somit 54 TeilnehmerInnen der Untersuchungsgruppe und 54 Personen der Kontrollgruppe zugeordnet, wobei jede Bedingung aus 36 weiblichen und 18 männlichen Teilnehmern bestand. Anfangs nahmen hiermit exakt doppelt so viele Frauen wie Männer an der Interventionsstudie selbst teil. Für jede Untersuchungsperson war eine entsprechende Kontrollgruppenperson, die das gleiche Geschlecht, ein vergleichbares Alter, einen ähnlichen Bildungsstand sowie nicht unterschiedliche spirituelle Vorkenntnisse aufwies, vorgesehen. Diese strenge Parallelisierung sollte auftretende Störvariablen konstant halten (Bortz & Döring, 2006). Unter der Voraussetzung der Freiwilligkeit der TeilnehmerInnen belief sich die Altersspanne zwischen 23 und 78 Jahren. Die Personen wurden österreichweit rekrutiert, um eine hinreichend große Stichprobe zu erhalten (Bortz & Döring, 2006).

Demnach wurden 23 Kontrollpersonen zusätzlich erhoben, um jedenfalls genug Personen zu Verfügung zu haben, wenn jemand aus diversen Gründen ausfallen oder den Exklusionskriterien unterliegen würde. Von diesen 23 zusätzlich rekrutierten Personen schieden 15 TeilnehmerInnen der Kontrollgruppe bereits im Vorfeld aus. Sie beantworteten entweder den Pretest nicht, waren zu jung oder unterlagen dem Ausschlusskriterium des SKID-I. Von den damit acht verbleibenden Kontrollpersonen nahmen fünf weitere bei der Posttest-Erhebung nicht mehr teil und einer der männlichen Teilnehmer verstarb zwischenzeitlich. Demzufolge verblieben zwei zusätzliche Kontrollpersonen. Von den somit

insgesamt 110 Personen konnten für die vorliegende psychologische Untersuchung den 54 Personen der Untersuchungsgruppe 54 der 56 letztlich geeigneten Personen der Kontrollgruppe zugeordnet werden.

Durch diesen aufwändigen Erhebungsprozess und der Rekrutierung der 23 zusätzlichen Kontrollpersonen blieben genügend Personen aus der Kontrollgruppe übrig, um schließlich die strenge Parallelisierung erfolgreich und mit möglichst geringen Unterschieden der beiden Untersuchungsbedingungen bezüglich der Variablen Geschlecht, Alter und Bildungsstand durchführen zu können.

Von den insgesamt 108 TeilnehmerInnen, von denen 54 am autodidaktischen Lehrgang *Im Kontakt mit der inneren Stimme* teilnahmen, gab es eine Dropout-Rate (Anzahl der AbbrecherInnen) von 15 Personen in der Untersuchungsgruppe, womit letztendlich 39 Personen erfolgreich pro Bedingung teilnahmen und sich der verbleibende Gesamtstichprobenumfang somit auf 78 TeilnehmerInnen belief.

Zu Beginn wurden die Dateneinträge aller 108 StudienteilnehmerInnen in die SPSS-Matrix eingegeben, wobei 2 x 15 Datensätze aufgrund der Drop-Outs aus den nachfolgenden Analysen auszuschließen waren.

10.2 Studiendesign

Da die teilnehmenden Personen der vorliegenden Evaluationsstudie den Untersuchungsbedingungen - aufgrund der Kriterien Freiwilligkeit und Zustimmung zur Partizipation zu einer der beiden Bedingungen - nicht zufällig zugewiesen werden konnten, erfüllt die psychologische Untersuchung die Vorgabe eines *Quasi-Experiments* mit natürlichen Gruppen (Bortz & Döring, 2006). Um die interne Validität zu erhöhen, umfasste dieses Design neben der Untersuchungsgruppe auch eine Kontrollgruppe. Durch die Durchführung einer strengen Parallelisierung der beiden Bedingungen wurden personengebundene Störvariablen beseitigt, indem die Mittelwerte und Streuungen der Störvariablen in den Vergleichsgruppen möglichst ähnlich ausgeprägt und somit vergleichbar waren. Als Störvariablen wurden individuelle Merkmale wie Alter, Geschlecht, der Bildungsstand und etwaige spirituelle Vorkenntnisse der beiden Gruppen mit berücksichtigt. Eine Parallelisierung gilt somit als Ersatz der in einer experimentellen Untersuchung durchgeführten Randomisierung der TeilnehmerInnen, d.h. einer zufälligen Aufteilung der Teilnehmenden in eine der beiden Bedingungen, die im Quasi-Experiment nicht möglich ist und fungiert als Maßnahme zur Erhöhung der internen Validität (Bortz & Döring, 2006). Unter interner Validität versteht man das Gütekriterium der Eindeutigkeit, mit der ein Untersuchungsergebnis inhaltlich auf die vorliegende Hypothese

bezogen werden kann, eindeutig für oder gegen diese Hypothese spricht und Alternativerklärungen nicht plausibel sind. Das vorliegende Untersuchungsdesign ist als *Zweigruppen-Pretest-Posttest-Plan* zu bezeichnen (Bortz & Döring, 2006).

10.3 Durchführung der Untersuchung

Der Ablauf der psychologischen Untersuchung bestand aus drei Teilen und begann für die Untersuchungs- und für die Kontrollgruppe mit einer Pretest-Erhebung, bei der die TeilnehmerInnen kurz schriftlich über den Ablauf und die Länge der Testung informiert und zunächst die soziodemographischen Daten erhoben wurden. Anschließend bearbeiteten beide Gruppen das Screening des SKID-I (Wittchen, et al. 1997), bei dem nach psychischen Störungen und möglicher Substanzabhängigkeit gefragt wurde, die als Ausschlusskriterien galten. Daraufhin erfolgte die Erhebung der vier interessierenden Konstrukte, um schließlich die aus den Fragestellungen abgeleiteten Hypothesen prüfen zu können.

Die Intervention selbst, die das Lesen und Bearbeiten der Inhalte des Buches *Im Kontakt mit der inneren Stimme* beinhaltete, führte nur die Untersuchungsgruppe durch, die den TRILOGOS-Lehrgang im Selbststudium ungefähr sechs Monate lang autodidaktisch erarbeitete.

An der darauf folgenden Posttest-Erhebung nahmen wieder beide Personengruppen teil, denen zum zweiten Mal die gleichen Fragebögen unter den gleichen standardisierten Bedingungen vorgegeben wurden. Der Untersuchungsbedingung wurden im Rahmen der Posttest-Erhebung zwei weitere Fragen als zusätzliche Absicherung der Effekte des Quasi-Experiments und zwei zusätzliche Fragen zum Lehrgang selbst gestellt.

Die Rekrutierungszeit für die freiwillige Teilnahme belief sich auf insgesamt sieben Monate und dauerte von Anfang Juli 2014 bis Ende Jänner 2015. Der Erhebungszeitraum für die Pretest-Erhebung betrug zwei Monate und dauerte vom 26.01.2015 bis zum 24.03.2015, jener für die Posttesterhebung nahm eineinhalb Monate in Anspruch und erfolgte vom 25.06.2015 bis zum 12.08.2015. Die Zeitspanne der Intervention selbst erforderte statt der vorhergesehen Mindestzeit von vier Monaten sechs Monate, wodurch der Terminbeginn für die Posttest-Erhebungen insgesamt dreimal verschoben werden musste. Der letzte Fragebogen einer geeigneten Kontrollperson ging am 12. August 2015 ein.

An den Tagen, an denen die psychologische Untersuchung stattfand, konnten die Daten von einer bis zu fünf Personen gewonnen werden. Die Erhebungsdauer für die Beantwortung eines Fragebogens betrug pro Person etwa zwischen 25 und 40 Minuten, in seltenen Fällen wurde hierzu auch bis zu einer Stunde gebraucht.

Die Pretest- und Posttest-Erhebungen beider Bedingungen erfolgten im Rahmen von persönlichen, standardisierten Individualtestungen aller Teilnehmenden. Diese sollten möglichst störungsfrei verlaufen und fanden untertags in einer ruhigen Ecke desselben Wiener Cafés (Café Stein) oder Klagenfurter Cafés (Segafredo) statt. Die teilnehmenden Personen kamen für die psychologische Untersuchung zu diesen Örtlichkeiten.

Es wurde darauf geachtet, dass der Zeitpunkt der beiden Erhebungen je TeilnehmerIn ähnlich war. Die Durchführung des TRILOGOS-Lehrgangs selbst fand wie vorgesehen autodidaktisch im Selbststudium bei den Teilnehmenden zu Hause statt. In zeitlichen Abständen von je drei Wochen wurde eine Mail an die Personen, die den Lehrgang absolvierten, ausgeschickt, in der sich die Untersuchungsleiterin nach dem Lesefortschritt erkundigte und in diesem Zuge auch über den Lese-Soll-Stand mit ungefährender Seitenanzahl für die Aneignung des autodidaktischen Lehrgangs *Im Kontakt mit der inneren Stimme* informierte. Bei allfälligen Fragen während der durchschnittlich sechsmonatigen Durchführungszeit des Erarbeitens des Buches hatten die TeilnehmerInnen auch die Möglichkeit, mit der Untersuchungsleiterin via Mail oder in besonderen Belangen telefonisch Kontakt aufzunehmen. Manche der älteren TeilnehmerInnen hatten keinen Internetzugang. Die Kontrollgruppe wurde bereits im Vorfeld und bei der ersten Erhebung gebeten, sich nach der Interventionszeit für eine weitere Erhebung zu Verfügung zu stellen.

10.3.1 Instruktion

Bei der Pretest-Erhebung wurden beide Bedingungen gemäß Manual persönlich instruiert, dass bei den Screening-Fragen möglichst mit *ja* oder *nein* und möglichst nicht mit *teilweise* geantwortet werden sollte (SKID-I; Wittchen, et al. 1997).

Alle TeilnehmerInnen wurden bei der Pretest-Erhebung von der Untersuchungsleiterin explizit aufgefordert, die Durchführung der Intervention ausschließlich im Selbststudium und nicht in Gruppen durchzuführen. Hiermit sollte einer etwaigen Verzerrung der Daten durch gegebene verschiedene Bearbeitung des Lehrgangs, einerseits im Selbststudium und andererseits in der Gruppe, entgegengewirkt werden.

11 UNTERSUCHUNGSTRUMENTE

In diesem Abschnitt erfolgt eine Beschreibung der Messinstrumente, welche für die Beantwortung der Fragestellungen der vorliegenden Arbeit relevant waren und angewendet wurden. Anhand der vorgegebenen psychologischen Verfahren wurden Kohärenzsinn, Stressverarbeitung, Gesundheit/subjektive Lebensqualität und religiös-spiritueller Befinden erhoben.

Das soziodemographische Datenblatt wurde von der Untersuchungsleiterin selbst erstellt und die Sozialstatistik wurde zu Beginn der Studie beiden Bedingungen vorgegeben. Als Vorerhebung erfolgte ein Screening, das von beiden Personengruppen durchgeführt und mit folgendem psychologischen Verfahren gemessen wurde:

11.1 Strukturiertes Klinisches Interview

Für das Screening wurden 12 Fragen des Strukturierten Klinischen Interviews (SKID-I; Wittchen et al., 1997) vorgegeben, um etwaige psychische Störungen oder Substanzabhängigkeit der TeilnehmerInnen im Vorfeld identifizieren zu können. Diese galten als Ausschlusskriterium zur Teilnahme an der psychologischen Untersuchung, die anhand einer gesunden Population geplant war. Als Ausschlussgründe im Rahmen der Screening-Ergebnisse sollten Angststörungen, affektive Störungen, psychotische Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, somatoforme Störungen, Essstörungen oder Anpassungsstörungen nachweisbar sein. Das psychologische Verfahren wurde beiden Gruppen im Rahmen der Pretest-Posttest-Erhebung, d.h. pro Gruppe zweimal, vorgegeben.

11.1.1 Beispielitems des SKID-I

Die folgende Tabelle zeigt zwei Beispielitems mit einem möglichen Verweis auf eines der Störungsbilder des SKID-I.

Tabelle 1

Fragen, Gesamtanzahl der Items und Beispielitems des Screenings

Fragen	Items (12)	Beispielitem
1. Substanzinduzierte Affektive Störungen und Angststörungen		Gab es einmal eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie 5 oder mehr Gläser Alkohol (Bier, Wein oder Likör) auf einmal getrunken haben?
2. Angststörungen		Hatten Sie jemals Angst, allein das Haus zu verlassen, sich in einer Menschenmenge zu befinden, in einer Schlange anzustehen oder mit dem Zug oder Bus zu fahren?

11.2 Soziodemografisches Datenblatt

Mit dem soziodemographischen Datenblatt wurden Alter, Geburtsdatum, Geschlecht, die höchste abgeschlossene Ausbildung in acht Stufen, Beruf, Wohnort, aktueller Familienstand, Religiosität/Spiritualität und spirituelle Vorkenntnisse, die Dauer der vertrauten Techniken, die Selbsteinschätzung der Erfahrung in diesen Techniken (von *nicht erfahren* bis *sehr erfahren*), gegebener Nikotin- und Alkoholkonsum und Pharmakaeinnahme erfragt.

Alle Teilnehmenden bearbeiteten das soziodemographische Datenblatt zu beiden Untersuchungsterminen. Dieses kann dem Anhang 4 entnommen werden.

11.3 Fragebogen zur Lebensorientierung SOC-13

Das Kohärenzgefühl ist eines jener Konstrukte, das in der vorliegenden Studie untersucht werden soll. Anhand des SOC-13 (Antonovsky, 1997) werden mit insgesamt 13 Items die drei Dimensionen *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit/Machbarkeit* und *Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit* erfasst, wobei für die Auswertung der Gesamtscore ermittelt und interpretiert wird. Auch mittels Faktorenanalyse wurde versucht, die drei Faktoren kenntlich zu machen, wobei auf einen Generalfaktor geschlossen wurde (Hawley, Wolfe, & Cathey, 1992; Sack et al., 1997). Zusätzlich sind beim SOC invertierte Items zu berücksichtigen. Der Fragebogen zur Lebensorientierung gilt als eine ökonomische Kurzversion des ursprünglichen SOC-

Verfahrens mit 29 Items. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) des Verfahrens SOC-13 beträgt .86 (Hannöver et al., 2004).

11.3.1 Beispielitems des SOC-13

Die Tabelle 2 zeigt je ein Beispiel zur zugehörigen Dimension des SOC-13.

Tabelle 2
Dimensionen, Item-Nummern und Beispielitems des SOC-13

Skala	Item-Nr.	Beispielitem
1. Bedeutsamkeit	1	Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?
2. Verstehbarkeit	2	Waren Sie schon überrascht vom Verhalten der Menschen, die Sie gut zu kennen glaubten?
3. Handhabbarkeit	3	Haben Menschen, auf die Sie gezählt haben, Sie enttäuscht?

11.4 Fragebogen zur Stressverarbeitung SVF120

Zur Erfassung der Aspekte im Umgang zur Stressverarbeitung wurde der Fragebogen zur Stressverarbeitung SVF120 (Janke et al., 1997) vorgegeben. Dieses psychologische Verfahren dient der Erfassung von Bewältigungs- bzw. Verarbeitungsmaßnahmen in belastenden Situationen und besteht aus 120 Items. Hierbei werden in 20 Subtests entsprechend 20 Stressverarbeitungsweisen im Sinne zeit- und situations- bzw. stressorstabiler Persönlichkeitsmerkmale erfasst.

Der SVF120 beinhaltet die Dimensionen *Ablenkung*, *Ersatzbefriedigung*, *Selbstbestätigung*, *Situationskontrolle*, *Reaktionskontrolle*, *Positive Selbstinstruktionen*, *Soziales Unterstützungsbedürfnis*, *Vermeidung*, *Flucht*, *Soziale Abkapselung*, *Gedankliche Weiterbeschäftigung*, *Resignation*, *Selbstbemitleidung*, *Selbstbeschuldigung*, *Aggression*, *Pharmakaeinnahme* und *Entspannung*. Der Fragebogen zur Stressverarbeitung (SVF120) ist eine Weiterentwicklung des SVF mit 114 Items, mit dem eine Differenzierung von Strategien, die auf eine Stressreduktion abzielen (Positiv-Strategien) oder stressvermehrend wirken (Negativ-Strategien), möglich gemacht werden soll. Der SVF120 wurde um den Subtest *Entspannung* erweitert und enthält sechs Items.

Innerhalb der Positiv-Strategien (POS 1-10 = Subtests 1-10) wird zwischen kognitiven Bewältigungsstrategien im Sinne von *Abwertung/Abwehr* (POS 1), den Tendenzen zur *Ablenkung* von einer Belastung bzw. zur Hinwendung auf positive Situationen/Zustände (POS

2) und den Maßnahmen zur *Kontrolle* des Stressors (*POS 3*) unterschieden. Dabei umfasst *POS 1* die Subtests 01-03, *POS 2* die Subskalen 04-07 und *POS 3* die Skalen 08-10. Die Negativstrategien (*NEG*) werden aus den Subtests 13-18 gebildet.

Die Subskalen *Soziales Unterstützungsbedürfnis*, *Vermeidung*, *Aggression* und *Pharmakaeinnahme* (Subtests 11, 12, 19 und 20) können diesen beiden Strategien nicht eindeutig zugeordnet werden und sind bei gegebener Signifikanz getrennt zu interpretieren. Die internen Konsistenzen (Cronbach's Alpha) der Subtests des SVF120 liegen zwischen $\alpha = .62$ und $.96$ (Janke et al., 1997).

11.4.1 Beispielitems des SVF120

Tabelle 3 veranschaulicht fünf Beispielfragen zu fünf zugehörigen Subtests des SVF120.

Tabelle 3

Dimensionen, Gesamtanzahl der Items und Beispielitems des SVF 120

Wenn ich durch irgendwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin, ...

Skala	Items (120)	Beispielitem
Bagatellisierung		sage ich mir, es geht schon alles wieder in Ordnung.
Ablenkung		lenke ich mich irgendwie ab.
Fluchttendenz		neige ich dazu, die Flucht zu ergreifen.
Vermeidung		nehme ich mir vor, solchen Situationen in Zukunft aus dem Wege zu gehen.
Aggression		werde ich ungehalten.

11.5 Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-36

Das Konstrukt Gesundheit bzw. gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mit dem krankheitsübergreifenden Messinstrument *Fragebogen zum Gesundheitszustand* (SF-36; Bullinger & Kirchberger, 1998) gemessen, womit die körperliche und psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität der TeilnehmerInnen erhoben wurde. Das psychologische Verfahren beinhaltet insgesamt 36 Items und besteht aus acht Subskalen, die sich in die beiden übergeordneten Bereiche *körperliche Gesundheit* und *psychische Gesundheit* einordnen lassen. Gemessen wurden *Körperliche Funktionsfähigkeit*, *Körperliche Rollenfunktion*, *Körperliche Schmerzen*, *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* sowie *Vitalität*, *Soziale Funktionsfähigkeit*, *Emotionale Rollenfunktion* und *Psychisches*

Wohlbefinden. Mit dem Messinstrument SF-36 ist es gemäß Bullinger (1998) erfolgreich gelungen, dieses international einsetzen zu können, wobei es als Standardinstrument sowohl Normen für die Allgemeinbevölkerung als auch für verschiedene Diagnosen beinhaltet. Ein über die Items unterschiedlich mehrstufiges Antwortformat dient zur individuellen Beurteilung des Zutreffens der vorliegenden Statements. Die internen Konsistenzen (Cronbach's Alpha) der Subskalen liegen zwischen $\alpha = .57$ (*Allgemeine Gesundheitswahrnehmung*) und $.94$ (*emotionale Rollenfunktion*) mehrheitlich im befriedigenden Bereich (Bullinger & Kirchberger, 1998).

Eine entsprechende Auswertungssoftware dient zur Skalenbildung, womit die acht Skalen zusammengefasst und ihre Gewichtungen mit berücksichtigt werden. Somit können Aussagen über verschiedene Bedingungen hinweg getroffen werden. Der Gesamtpunktwert des SF-36 kann zwischen 0 und 100 liegen, wobei hohe Werte für eine höher ausgeprägte Lebensqualität stehen und der Wert 0 eine starke Beeinträchtigung bedeutet. Ein Vergleich der Skalen ist hiermit möglich. Die Beantwortungsdauer der SF-36-Items beträgt durchschnittlich zehn Minuten. Allen TeilnehmerInnen wurde ein Selbstbeurteilungsfragebogen mit vierwöchigem Zeitfenster vorgegeben.

11.5.1 Beispielitems des SF-36

In Tabelle 4 sind Beispielfragen zu den neun Dimensionen des SF-36 dargestellt.

Tabelle 4

Dimensionen, Anzahl der Items und Beispielitems des SF-36

Skala	Items	Beispielitem
Körperliche Summenskala		
1. Körperliche Funktionsfähigkeit	10	Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand in diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark? ... anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben.
2. Körperliche Rollenfunktion	4	Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause? ... Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.
3. Körperliche Schmerzen	2	Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen vier Wochen?
4. Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	5	Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden.
Psychische Summenskala		
5. Vitalität	4	Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen voller Schwung?
6. Soziale Funktionsfähigkeit	2	Wie oft haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?
7. Emotionale Rollenfunktion	3	Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)? Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.
8. Psychisches Wohlbefinden	5	Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen... ... sehr nervös?
9. Veränderung der Gesundheit	1	Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

11.6 Multidimensionales Inventar zu religiösem/spirituellem Befinden (MI-RSB 48)

Der Fragebogen zu religiösem/spirituellem Befinden MI-RSB 48 (Unterrainer & Fink, 2013) ist ein mehrdimensionales Messinstrument zu Religiosität und Spiritualität im Erleben von körperlicher und psychischer Gesundheit und Krankheit. Bei diesem Verfahren fungiert das bio-psycho-sozio-spirituelle Modell als Ausgangspunkt, wobei sich die ersten drei Dimensionen *Hoffnung immanent*, *Vergebung* und *Erfahrung von Bedeutung und Sinn* auf den immanenten Raum der Wahrnehmung und die weiteren drei *Allgemeine Religiosität*, *Allverbundenheit* und *Hoffnung Transzendent* auf den transzendenten Raum der Wahrnehmung beziehen. Der immanente Raum bezeichnet den bio-psycho-sozialen Bereich der Wahrnehmung, aus dem die Transzendenz Erfahrung durch ihr Übersteigen des immanenten Raumes entsteht und zu einem spirituellen Bereich der Wahrnehmung führt. Im MI-RSB 48 wird das SOC-Konzept (Antonovsky, 1997) und das Ausmaß an subjektiver Zufriedenheit mit der Befriedigung von Mangel- und Wachstumsbedürfnissen (Maslow, 1985) mit berücksichtigt.

Der Gesamtscore des MI-RSB wird aus 48 Items gebildet, wobei die interne Konsistenz jeder Subskala bei klinischen und nicht klinischen Untersuchungen sehr zufriedenstellend bis zufriedenstellend ist. Der Gesamtscore weist eine Reliabilität (Cronbach's Alpha) von beinahe .90 auf und sämtliche Subskalen zeigen ein Cronbach's Alpha von mehr als .70. Zusätzlich sind beim MI-RSB 48 invertierte Items zu berücksichtigen (Unterrainer & Fink, 2013).

11.6.1 Beispielitems des MI-RSB 48

Die folgende Tabelle zeigt je eine Beispielfrage zur zugehörigen Dimension des MI-RSB 48.

Tabelle 5

Dimensionen, Anzahl der Items und Beispielitems des MI-RSB 48

Skala	Items	Beispielitem
1. Allgemeine Religiosität	8	Mein Glaube gibt mir ein Gefühl von Sicherheit.
2. Vergeben	8	Es gibt Dinge, die ich nicht verzeihen kann.
3. Hoffnung immanent	8	Ich blicke mit Optimismus in die Zukunft.
4. Allverbundenheit	8	Ich glaube, nach meinem Tod wiedergeboren zu werden.
5. Hoffnung transzendent	8	Ich würde alles daran setzen, das Leben geliebter Menschen zu verlängern.
6. Erfahrung von Bedeutung und Sinn	8	Ich habe wahre Freundschaft erfahren.

12 ERGEBNISDARSTELLUNG

In diesem Kapitel werden relevante Begriffe erklärt und die statistischen Verfahren vorgestellt, die zum Einsatz kamen. Anschließend erfolgt die deskriptiv- und testtheoretische Darstellung der Ergebnisse. Die Prüfung der Hypothesen wird anhand der inferenzstatistischen Analysen durchgeführt und ist ab Kapitel 12.5. beschrieben.

12.1 Statistische Analysen

Auf die die statistischen Verfahren, die für die Datenauswertung der Untersuchung angewendet wurden, wird hier näher eingegangen. Die eingesetzten Auswertungsverfahren werden folglich nur noch kurz angeführt und mit der Beantwortung der Fragestellung in Verbindung gebracht.

Die deskriptiv- und inferenzstatistische Auswertung der Daten erfolgte mit der Statistiksoftware IBM SPSS 21[®], wobei für die Überprüfung der aus den Fragestellungen abgeleiteten Hypothesen im Rahmen der inferenzstatistischen Datenauswertung vorab ein Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$, entsprechend dem Fehler 1. Art, festgelegt wurde. Ergebnisse mit $p \leq .05$ wurden bei den Hypothesenprüfungen als statistisch signifikant bezeichnet.

Nach der Dateneingabe in die Matrix konnte die Verrechnung der entsprechenden Items zu Skalenindices vorgenommen werden (Bortz & Döring, 2006).

Für die Prüfung des Verteilungsunterschiedes innerhalb der Stichprobe bezüglich des Geschlechts, des Bildungsstandes und der spirituellen Vorkenntnisse wurden *Chi-Quadrat-Tests* (Bühl & Zöfel, 2000) berechnet. Bei einem nicht signifikanten Ergebnis galten die beiden Bedingungen bezüglich ihrer Merkmale als gleich verteilt und konnten als vergleichbar angenommen werden.

Neben der ANOVA als parametrisches Verfahren wurde auch der *t*-Test für unabhängige Stichproben eingesetzt, um Unterschiede zweier Stichprobenmittelwerte zu untersuchen und somit auch die Vergleichbarkeit der Gruppen bezüglich des Lebensalters festzustellen, die bei einem nicht signifikanten Ergebnis gegeben war (Bortz & Döring, 2006).

Bei Stichprobenumfängen $n \geq 30$ kann aufgrund der Gültigkeit des zentralen Grenzwerttheorems von einer (annähernden) *Normalverteilung* der Daten ausgegangen werden (Bortz & Döring, 2006).

Das Gütekriterium *Reliabilität* informiert über die Messgenauigkeit eines psychologischen Instruments bzw. seiner Subskalen und somit über seine Zuverlässigkeit. Bei der Überprüfung des Grades der Genauigkeit bezüglich der Merkmalserfassung gilt die *interne Konsistenz* als

bekannteste Methode und wird durch den Reliabilitätskoeffizienten gemäß Cronbach's Alpha ermittelt, der ab dem Wert $\alpha = .70$ als zufriedenstellend gilt. Der interne Konsistenzkoeffizient gibt Auskunft über das Ausmaß der in Beziehung stehenden einzelnen Items einer Skala (Bortz & Döring, 2006).

Mit Stabilität bzw. Retest-Reliabilität wird eine Korrelation zwischen einem Pre- und einem Posttest als Methode der Reliabilitätsbestimmung bezeichnet (Kubinger, 2009; Moosbrugger & Kelava, 2007). Gemäß Costa und McCrae (1997) bleiben Persönlichkeitseigenschaften über lange Zeit relativ konstant.

Für die inferenzstatistischen Analysen des Zweigruppen-Pretest-Posttest-Plans wurden zweifaktorielle Varianzanalysen (ANOVAs) mit Messwiederholung durchgeführt. Eine ANOVA ermöglicht die Feststellung von signifikanten Gruppenunterschieden hinsichtlich der Mittelwerte.

Mit dem F -Test werden die Varianzen innerhalb und zwischen den Bedingungen (Gruppen) verglichen. Sind die Unterschiede zwischen den Gruppen größer als innerhalb der Gruppen, unterscheiden sich die Bedingungen. Die F -verteilte Prüfgröße zeigt somit die Verteilungsunterschiede der Stichprobe, die bei einem signifikanten Ergebnis gegeben sind. Neben der Prüfgröße F werden auch die Effektstärken mit dem Maß des Eta-Quadrats (η^2_p) angegeben. Nach Cohens Effektgrößenklassifikation (1988) gilt ein Wert von $\eta^2_p = .01$ als kleiner Effekt, $\eta^2_p = .06$ als mittlerer Effekt und ein Wert von $\eta^2_p = .14$ als großer Effekt.

Der erste Faktor der ANOVA repräsentiert den Innersubjektfaktor Zeit (Haupteffekt A) und misst die Veränderung über die Zeit in beiden Gruppen. Den zweiten Faktor bildet der Zwischensubjektfaktor Bedingung (Haupteffekt B), durch den Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden können. Bei der zweifaktoriellen ANOVA sind Interaktionen (Wechselwirkungen) erster Ordnung A x B möglich, wobei ein signifikanter Interaktionseffekt A x B besagt, dass die beiden Faktoren nicht einfach additiv, sondern in anderer Weise zusammenwirken. Man differenziert zwischen drei möglichen Interaktionsarten, nämlich jene der ordinalen, hybriden oder disordinalen. Beim Vorliegen einer Wechselwirkung wird die betreffende Art für die Interpretierbarkeit der Haupteffekte herangezogen (Bortz & Döring, 2006).

Bei gegebener Interaktion wird diese mit nachfolgenden t -Tests für verbundene (abhängige) Stichproben differenziert interpretiert. Für jede Gruppe wird ein t -Test gerechnet, wobei die Kontrollgruppe den behandlungsunabhängigen Effekt vorgibt (Bortz & Döring, 2006).

Die Prüfung der Voraussetzung der Varianzhomogenität wurde für den t -Test für unabhängige Stichproben und für die ANOVA mit einem *Levene-Test* durchgeführt. Bei einem nicht

signifikanten Ergebnis kann die Homogenität der Varianzen angenommen werden. Im Falle einer Signifikanz und Verletzung der Normalverteilung oder auch der Varianzhomogenität reagiert die ANOVA robust und bleibt dennoch anwendbar (Backhaus, Erichson, Plinke, & Weiber, 2011).

Der Box-Test prüft im Rahmen einer MANOVA auf Gleichheit der Fehlervarianzen-Matrizen die Nullhypothese, dass die beobachteten Kovarianzen-Matrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind. Bei einem nicht signifikanten Ergebnis kann die Homogenität der Kovarianzen-Matrizen angenommen werden (Field, 2009).

An dieser Stelle wird angemerkt, dass nur bei signifikanten Ergebnissen im Rahmen der inferenzstatistischen Analysen diese als Abbildungen in der Arbeit veranschaulicht werden. Nicht signifikante Ergebnisse sind im Anhang 3 (Abbildungen Zusatz) dargestellt.

12.2 Deskriptivstatistische Analysen

Von den erhobenen Daten sollen zur Beantwortung der vorliegenden Fragestellungen deskriptivstatistisch die Variablen Alter, Geschlecht, Bildungs- und Familienstand, Wohnort, spirituelle Vorkenntnisse, gegebene Normalverteilung und vier Zusatzfragen zur subjektiven Wirkung der TPM näher beleuchtet, dargestellt und in weiterer Folge in der Diskussion interpretiert werden. Die Information zur Auswertung der ersten sechs Variablen wurde dem soziodemographischen Datenblatt der TeilnehmerInnen entnommen; die Zusatzfragen wurden der Untersuchungsgruppe nach der Bearbeitung der Fragebögen während der Posttest-Erhebung vorgelegt.

12.2.1 Soziodemographische Beschreibung der finalen Stichprobe

Die Datenmatrix der 78 Teilnehmenden beider Bedingungen enthielt - ohne soziodemographische Datenblätter - insgesamt 17.862 Dateneinträge (78 TeilnehmerInnen x 229 Variablen), resultierend aus den 12 Screening-Fragen des SKID-I und den vier vorgegebenen Fragebögen SOC-13, SF-36, SVF120 sowie MI-RSB 48.

Die Untersuchungsleiterin hatte einen vollständigen Datensatz ohne *missing data* für die Verrechnung der Daten zu Verfügung, da durch gezieltes Nacherheben dreier vorerst unvollständig bearbeiteter Fragebögen die betreffenden Personen in Folge nochmals kontaktiert wurden. Eine Parallelisierung für die Variablen Alter und Geschlecht konnte erfolgreich durchgeführt werden. Bei der Variable Bildung war dies weitgehend möglich.

Lebensalter. Das mittlere Alter der Untersuchungsgruppe betrug 47.4 Jahre ($SD = 15.2$) und jenes der Kontrollgruppe 47.9 Jahre ($SD = 16.0$), womit ein Unterschied von etwa einem halben Jahr vorlag.

Die Prüfung der Unterschiedlichkeit der beiden Bedingungen (die Varianzhomogenität konnte mit $p = .651$ angenommen werden) fiel mit $t(76) = -0.13$, $p = .898$ nicht signifikant aus; die Bedingungen bezüglich des Lebensalters waren vergleichbar. Somit konnte das Alter als Störvariable ausgeschlossen werden.

Geschlecht. Die Kontingenztafel (siehe Tabelle 6) zeigt die Häufigkeiten und Anteilswerte der weiblichen und männlichen TeilnehmerInnen auf, pro Bedingung fanden sich schließlich 27 Frauen und 12 Männer. Somit betrug der Anteil der Frauen pro Bedingung 69.2% und jener der Männer 30.8%.

Tabelle 6

Häufigkeiten und Anteilswerte von Geschlecht in Abhängigkeit der Bedingung

Bedingung		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
Untersuchungsgruppe (UG)	Anzahl	12	27	39
	%	30.8%	69.2%	100.0%
Kontrollgruppe (KG)	Anzahl	12	27	39
	%	30.8%	69.2%	100.0%
Gesamt	Anzahl	24	54	78
	%	30.8%	69.2%	100.0%

Die Variable Geschlecht war in beiden Bedingungen ident verteilt, wie der Tabelle 6 zu entnehmen ist.

Der Chi-Quadrat-Test für die Prüfung des Verteilungsunterschiedes ergab mit $\chi^2(1) < 0.01$, $p = .597$ (exakte Signifikanz, einseitig) ein nicht signifikantes Ergebnis; die beiden Bedingungen konnten als vergleichbar angenommen werden.

Bildung. Die höchste abgeschlossene Ausbildung wurde dreistufig (*niedrig, mittel, höher*) im Zusammenhang mit der Gruppenzugehörigkeit (Bedingung) untersucht. Hierfür wurden für die Variable Bildung die ursprünglich neun erhobenen Bildungskategorien des soziodemographischen Datenblattes auf drei Stufen reduziert.

In der Untersuchungsgruppe (siehe Tabelle 7) wiesen von insgesamt 39 Personen sieben Personen (17.9%) einen niedrigen, 16 Teilnehmende (41%) einen mittleren und 16 Personen (41%) einen hohen Bildungsstand auf. Die Gesamtanzahl der 39 parallelisierten Kontrollpersonen setzte sich aus neun TeilnehmerInnen (23.1%) mit einem niedrigen Bildungsstand, 10 Personen (25.6%) mit einem mittleren und 20 Teilnehmenden (51.3%) mit einem hohen Bildungsstand zusammen. Insgesamt bestand die Gesamtstichprobe der 78 Personen aus 16 Personen (20.5%) mit einem niedrigen Bildungsniveau, 26 TeilnehmerInnen (33.3%) mit einem mittleren und 36 (46.2%) mit einem hohen Bildungsniveau.

Tabelle 7

Häufigkeiten und Anteilswerte von Bildung in Abhängigkeit der Bedingung

Bedingung		Bildung			Gesamt
		niedrig	mittel	höher	
UG	Anzahl	7	16	16	39
	%	17.9%	41.0%	41.0%	100.0%
KG	Anzahl	9	10	20	39
	%	23.1%	25.6%	51.3%	100.0%
Gesamt	Anzahl	16	26	36	78
	%	20.5%	33.3%	46.2%	100.0%

Auch für die Prüfung des Verteilungsunterschiedes innerhalb der Stichprobe bezüglich des Bildungsstandes wurde ein Chi-Quadrat-Test berechnet, der mit einem Wert von $\chi^2(2) = 2.08$, $p = .354$ nicht signifikant ausfiel. Die beiden Gruppen wiesen einen vergleichbaren Bildungsstand auf.

Familienstand. Die Angaben zum Familienstand sind in der Tabelle 8 angeführt, wobei die Häufigkeiten und entsprechenden Anteilswerte dargestellt sind.

Tabelle 8

Häufigkeiten und Anteilswerte von Familienstand in Abhängigkeit der Bedingung

Bedingung	Familienstand	Häufigkeit	Prozent
UG	ledig	6	15.4
	geschieden	6	15.4
	in einer Partnerschaft	10	25.6
	getrennt	2	5.1
	verheiratet	13	33.3
	verwitwet	2	5.1
	Gesamt	39	100.0
KG	ledig	10	25.6
	geschieden	1	2.6
	in einer Partnerschaft	8	20.5
	verheiratet	18	46.2
	verwitwet	2	5.1
	Gesamt	39	100.0

In der Untersuchungsbedingung gaben insgesamt 16 Personen (41%) an, aktuell in keiner Beziehung zu stehen, während 23 (59%) in einer Partnerschaftsform standen. In der Kontrollgruppe waren 13 der TeilnehmerInnen (33.3%) in keiner Beziehung; demgegenüber waren 26 Personen (66.7%) entweder in einer Lebensgemeinschaft oder verheiratet.

Wohnort. Der Lebensmittelpunkt der Teilnehmenden war zum Zeitpunkt der Erhebung in verschiedenen österreichischen Bundesländern. Die Tabelle 9 zeigt die Häufigkeiten und Anteilswerte der Befragten bezüglich des Wohnortes in Abhängigkeit von der Bedingung.

Tabelle 9

Häufigkeiten und Anteilswerte von Wohnort in Abhängigkeit der Bedingung

Bedingung	Bundesland	Häufigkeit	Prozent
UG	Kärnten	4	10.3
	Niederösterreich	2	5.1
	Oberösterreich	2	5.1
	Steiermark	2	5.1
	Wien	29	74.4
	Gesamt	39	100.0
KG	Kärnten	20	51.3
	Steiermark	3	7.7
	Tirol	2	5.1
	Wien	14	35.9
	Gesamt	39	100.0

Insgesamt gaben 43 Personen (55.1%) Wien als Lebensmittelpunkt an; die zweitgrößte Gruppe waren 24 Teilnehmende (30.8%) aus Kärnten.

Spirituelle Vorkenntnisse. Als zusätzliche Kontrolle wurde der Erfahrungsstand zu spiritueller Praxis wie Meditation, Yoga, Autogenem Training oder spiritueller Literatur erhoben, um zu prüfen, ob die beiden Gruppen vergleichbar waren. In der Kontingenztafel (siehe Tabelle 10) finden sich die Anzahl und der Prozentsatz der Personen beider Bedingungen, die zu Beginn der Untersuchung entweder bereits über spirituelle Vorkenntnisse verfügten oder diese nicht aufwiesen. Von den insgesamt 78 TeilnehmerInnen der vorliegenden Studie hatten 17 Personen (21.8%) beider Gruppen keine spirituellen Vorkenntnisse; 61 Personen (78.2%) gaben im soziodemographischen Datenblatt diesbezügliche Kenntnisse an. In der Untersuchungsgruppe ($n_1 = 39$) waren bei fünf Teilnehmenden (12.8%) keine und bei 34 Personen (87.2%) spirituelle Vorkenntnisse zu beobachten. In der Kontrollgruppe ($n_2 = 39$) hingegen hatten 12 Personen (30.8%) keine und 27 TeilnehmerInnen (69.2%) spirituelle Vorkenntnisse aufzuweisen.

Tabelle 10

Häufigkeiten und Anteilswerte spiritueller Vorkenntnisse in Abhängigkeit der Bedingung

Bedingung		Spiritueller Vorkenntnisse		Gesamt
		nein	ja	
UG	Anzahl	5	34	39
	%	12.8%	87.2%	100.0%
KG	Anzahl	12	27	39
	%	30.8%	69.2%	100.0%
Gesamt	Anzahl	17	61	78
	%	21.8%	78.2%	100.0%

Der Chi-Quadrat-Test zur Prüfung der Vergleichbarkeit der beiden Bedingungen ergab mit $\chi^2(1) = 3.69$, $p = .055$ ein nicht signifikantes Ergebnis. Es war kein Verteilungsunterschied bezüglich spiritueller Vorkenntnisse innerhalb der Stichprobe gegeben, womit die Bedingungen vergleichbar waren.

Verteilungsannahme. Unter der Gültigkeit des zentralen Grenzwerttheorems (Bortz & Döring, 2006) konnte aufgrund der Stichprobenumfänge der Untersuchungs- und Kontrollgruppe ($n_1 = 39$, $n_2 = 39$) diese jeweils als *hinreichend große Stichprobe* bezeichnet und so eine Annahme von Normalverteilung der abhängigen Variablen angenommen werden.

12.3 Power-Analyse

Eine Power-Analyse (G*Power 3.1.9.2, 2014) wurde für die Bestimmung jenes Effekts durchgeführt, der bei gegebenem Stichprobenumfang signifikant ausfällt. Die mögliche Effektstärke (*effect size*) erreichte bei einem Signifikanzniveau $\alpha = 5\%$ und einer Teststärke ($1 - \beta$) von 80% bei einem Stichprobenumfang von $N = 78$ Personen und einem Verhältnis der beiden Teilstichproben von 1:1 einen Koeffizienten von $f = .28$ (entsprechend Cohens $d = 0.56$) und verwies hiermit auf ein mittleres Niveau, das eine Signifikanz zu erreichen vermag (Bortz & Döring, 2006). Für die standardisierte Mittelwertdifferenz wird für $d \geq 0.20$ ein kleiner, ≥ 0.50 ein mittlerer und ≥ 0.80 ein großer Effekte angezeigt (Cohen, 1988).

Die Grafik in Abbildung 8 veranschaulicht die Funktion des Effekts in Abhängigkeit vom Stichprobenumfang N und wurde mit dem Programm G*Power 3.1.9.2 für die Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung erstellt.

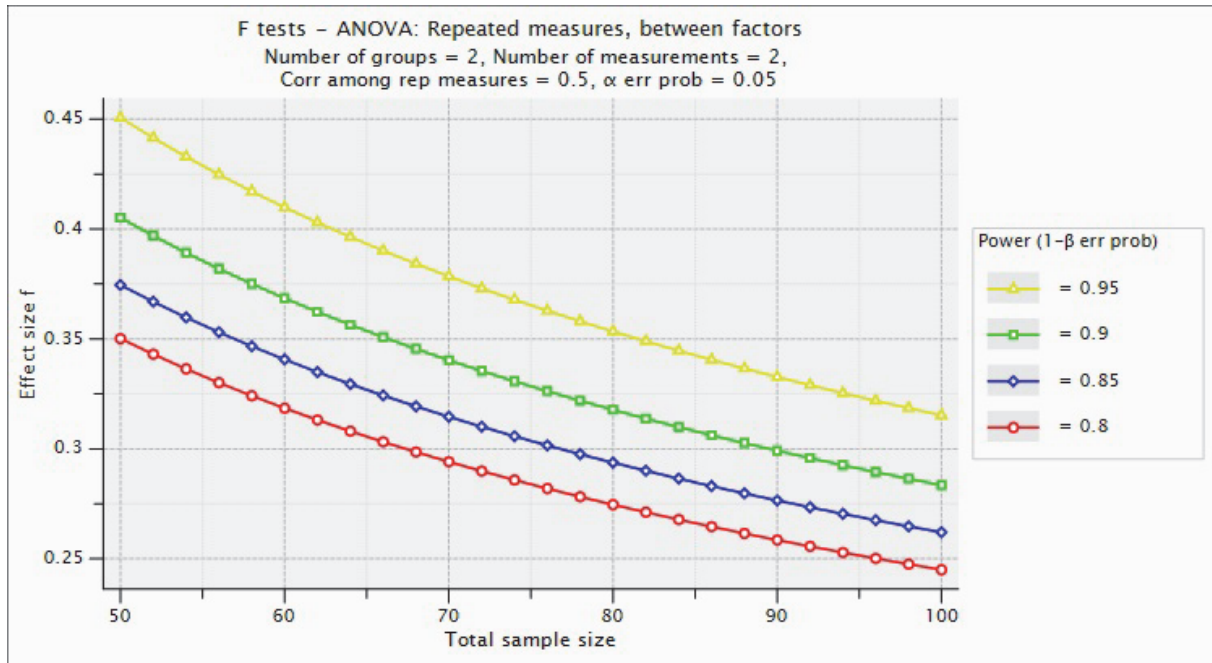


Abbildung 8. Standardisierte Effektgröße als Funktion vom Stichprobenumfang unter Berücksichtigung der Power in Stufen 0.80 bis 0.95 bei $\alpha = 0.05$ (siehe auch Abbildung 54.)

Zusatzerhebung. Des Weiteren wurden - wie bereits angeführt - bei der Posttest-Erhebung den Teilnehmenden der Untersuchungsgruppe zwei Zusatzfragen zu subjektiven Veränderungen im Leben durch das Erarbeiten des Trilogos-PSYQ-Trainings gestellt. Die erste Frage *Hat sich durch die Durchführung der ersten Stufe des autodidaktischen TRILOGOS-Lehrgangs etwas in Ihrem Leben verändert?* konnte mit *ja* oder *nein* beantwortet werden und wurde von 28 Personen (71.8%) befürwortet; 11 Teilnehmende (28.2%) haben subjektive Veränderungen im Leben verneint. Auf die zweite Frage *Ist diese Veränderung in Ihrem Leben auf den Lehrgang zurückführbar?* führten von den bejahenden 28 TeilnehmerInnen 13 Personen (46.43%) an, dass dies so wäre, 12 Teilnehmende (42.86%) beantworteten die Frage mit der Antwort *teilweise* und 2 TeilnehmerInnen (10.71%) mit *nein*. Die beiden Fragen *War es Ihnen möglich, durch das Erarbeiten des Buches Aura lesen zu lernen?* und *Konnten Sie durch das Erarbeiten des Buches Kontakt zu Verstorbenen aufnehmen?* wurden von allen Personen der Untersuchungsbedingung verneint.

12.4 Testtheoretische Analysen

In diesem Abschnitt werden die berechneten Reliabilitäten und Stabilitäten der eingesetzten Messverfahren für die vorliegende Stichprobe ($N = 78$) dargestellt.

12.4.1 Reliabilitäten

Die nachstehenden Tabellen (11-13) veranschaulichen zur Beurteilung der Messgenauigkeit und Zuverlässigkeit der eingesetzten Verfahren die im Rahmen der Konsistenzanalysen berechneten Koeffizienten gemäß Cronbach's Alpha. Diese stichprobenabhängige Beurteilung der Skalenreliabilitäten der vorgegebenen psychologischen Erhebungsinstrumente dient als notwendiger, jedoch nicht hinreichender Nachweis für die Validitäten (Rost, 2004).

Tabelle 11
SOC-13 Reliabilitäten Pretest - Posttest ($N = 78$)

Subskala	pre α	post α	Itemanzahl (k)
Bedeutsamkeit B	.71	.70	4
Verstehbarkeit V	.68	.70	5
Handhabbarkeit H	.77	.68	4
SOC gesamt	.87	.86	13

Für die Itemanzahl $k = 13$ des SOC wurden für die 78 Teilnehmenden der vorliegenden psychologischen Untersuchung die Reliabilitäten der Gesamtskala und des Weiteren auch jene der Subskalen berechnet. Die internen Konsistenzen waren für die *SOC-Gesamtskala* mit $\alpha = .87$ und $.86$ zu beiden Zeitpunkten zufriedenstellend (Moosbrugger & Kelava, 2007).

Tabelle 12
SVF120 Reliabilitäten Pretest - Posttest (N = 78)

Subskala	pre α	post α	Itemanzahl (<i>k</i>)
Bagatellisieren BAG	.74	.68	6
Herunterspielen HER	.83	.89	6
Schuldabwehr SCHAB	.74	.77	6
Ablenkung ABL	.66	.80	6
Ersatzbefriedigung ERS	.85	.82	6
Selbstbestätigung SEBEST	.86	.86	6
Entspannung ENTSP	.87	.92	6
Situationskontrolle SITKON	.85	.82	6
Reaktionskontrolle REKON	.68	.65	6
Positive Selbstinstruktionen POSI	.79	.82	6
Soz. Unterstützungsbedürfnis SOZUBE	.92	.94	6
Vermeidung VERM	.86	.89	6
Flucht FLU	.88	.85	6
Soziale Abkapselung SOZA	.90	.91	6
Gedankliche Weiterbeschäftigung GEDW	.93	.94	6
Resignation RES	.88	.88	6
Selbstbemitleidung SEMITL	.91	.87	6
Selbstbeschuldigung SESCH	.88	.88	6
Aggression AGG	.87	.85	6
Pharmakaeinnahme PHA	.78	.78	6
POS 1 (1-3)	.84	.83	18
POS 2 (4-7)	.90	.93	24
POS 3 (8-10)	.86	.88	18
POS gesamt (10)	.92	.93	60
NEG (13-18)	.96	.96	36

Die Reliabilitäten der Skalen *Positiv-Strategien POS 1*, *POS 2* und *POS 3* des SVF120 waren zu beiden Zeitpunkten gut, die Gesamtskala der *positiven Verarbeitungsstrategien* wies mit den internen Konsistenzen $\alpha = .92$ und $.93$ zu beiden Zeitpunkten sehr gute Werte auf. Die Reliabilitäten der *Negativ-Strategien NEG* waren mit $\alpha = .96$ und $.96$ zu beiden Testzeitpunkten auch sehr gut.

Für die einzeln zu interpretierenden vier Subskalen *Soziales Unterstützungsbedürfnis*, *Vermeidung*, *Aggression* und *Pharmakaeinnahme* waren bei beiden Untersuchungsterminen gute bis sehr gute Werte für die entsprechende interne Konsistenz zu verzeichnen (Moosbrugger & Kelava, 2007).

Tabelle 13
MI-RSB 48 Reliabilitäten Pretest - Posttest ($N = 78$)

Subskala	pre α	post α	Itemanzahl (k)
Allgemeine Religiosität AR	.94	.94	8
Vergeben VE	.86	.89	8
Hoffnung immanent HI	.87	.87	8
Allverbundenheit AL	.88	.85	8
Hoffnung transzendent HT	.66	.74	8
Erfahrungen von Bedeutung und Sinn BS	.70	.71	8
MI-RSB 48gesamt	.94	.94	48

Die internen Konsistenzen der *Gesamtskala* des MI-RSB 48 wiesen mit $\alpha = .94$ und $.94$ zu beiden Erhebungsterminen sehr gute Werte auf, jene der Subskalen waren bei beiden Erhebungen gut bis sehr gut. Lediglich der Subtest *Hoffnung transzendent* erreichte zum ersten Zeitpunkt eine geringere interne Konsistenz, übertraf dennoch den Minimalwert von $\alpha = .60$ (Moosbrugger & Kelava, 2007).

12.4.2 Stabilitäten

Darüber hinaus wurden aufgrund der Messwiederholungen die Retest-Reliabilitäten im Sinne einer Sechs-Monats-Stabilität berechnet. Die Tabelle 14 zeigt die Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation als Indikatoren der Stabilität.

Tabelle 14

Sechs-Monats-Stabilitäten der Gesamtskalen SOC-13, MI-RSB 48, SF-36 physisch und psychisch sowie der Positiv- und Negativstrategien des SVF120 (N = 78)

Skala	Korrelation
SOC-13	.77
MI-RSB 48	.90
SF-36 physisch	.64
SF-36 psychisch	.54
SVF120 POS 1-10	.69
POS 01	.62
POS 02	.76
POS 03	.65
SVF120 NEG 13-18	.78

Die Stabilitäten der Werte für den *SF-36*-Summenscore *psychisch* und *physisch* zeigten vergleichsweise ein niedrigeres Niveau als jene des *SOC-13*, des *MI-RSB 48* und des *SVF120*. Die Stabilität der Stressverarbeitungsstrategien konnte mit Werten zwischen .62 und .78 im Allgemeinen bestätigt werden; der *SVF120* erfasst vergleichsweise stabile Strategien bzw. Merkmale (Janke et al., 1997).

12.5 Inferenzstatistische Analysen und Hypothesenprüfung

In diesem Abschnitt werden die aus den Fragestellungen abgeleiteten Hypothesen (siehe Kapitel 9) mithilfe inferenzstatistischer Auswertungsverfahren geprüft. In der Zusammenfassung der Ergebnisse erfolgt die Beantwortung der Fragestellungen und der entsprechenden Hypothesen.

12.5.1 Ergebnisse des SOC-13

Für die Beantwortung der ersten Fragestellung wurde im Rahmen der Hypothesenprüfung eine zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung mit dem Innersubjektfaktor Zeit (Haupteffekt A) und dem Zwischensubjektfaktor Bedingung (Haupteffekt B) durchgeführt. Die *Gesamtskala* des Kohärenzsinn (SOC) fungierte als abhängige Variable.

Die Varianzhomogenität, die mit dem Levene-Test geprüft wurde, konnte für die *Gesamtskala* angenommen werden ($ps > .05$).

Gesamtskala

Für die *Gesamtskala* des SOC zeigte die Prüfgröße $F(1, 76) < 0.01, p \leq 1.0 (\eta^2_p < .001)$ ein nicht signifikantes Ergebnis und somit keine Wechselwirkung (Zeit x Bedingung). Mit $F(1, 76) = 2.16, p = .145$ wurde ein nicht signifikanter Innersubjektfaktor (Haupteffekt Zeit) beobachtet, womit kein Effekt im Zeitverlauf gegeben war. Der Zwischensubjekt-Effekt (Haupteffekt Bedingung) fiel mit der Prüfgröße $F(1, 76) = 1.15, p = .287$ nicht signifikant aus und verwies somit auf keinen Unterschied zwischen den Bedingungen.

In der Tabelle 15 sind die entsprechenden Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für die *Gesamtskala* des SOC-13 für beide Testzeitpunkte und beide Bedingungen dargestellt.

Tabelle 15

Deskriptivstatistische Kennwerte für die Gesamtskala des Kohärenzsinn SOC-13 in Abhängigkeit von Zeit und Bedingung ($n_1=39; n_2=39$)

		pre		post	
SOC gesamt	Bedingung	M	SD	M	SD
	UG	5.13	1.06	5.24	.91
	KG	4.91	.92	5.02	.92
	Gesamt	5.02	.99	5.13	.92

Im Folgenden werden auch die Ergebnisse der zweifaktoriellen ANOVA mit Messwiederholung mit den Subskalen *Bedeutsamkeit*, *Verstehbarkeit* und *Handhabbarkeit* als abhängige Variablen des SOC dargestellt. Den Innersubjektfaktor bildete der Haupteffekt Zeit und den Zwischensubjektfaktor der Haupteffekt Bedingung.

Die Varianzhomogenität, geprüft mittels Levene-Test, konnte für die drei Skalen angenommen werden ($p > .05$).

Subskalen

Bei der Subskala *Bedeutsamkeit* wurde mit $F(1, 76) = .01$, $p = .945$ ($\eta^2_p = .001$) ein nicht signifikanter Interaktionseffekt aus Zeit x Bedingung festgestellt. Der Innersubjekt-Effekt Zeit fiel mit $F(1, 76) = .58$, $p = .451$ nicht signifikant aus. Der Zwischensubjekt-Effekt Bedingung war mit $F(1, 76) = 3.83$, $p = .054$ ($\eta^2_p = .048$) nicht signifikant, wobei eine Tendenz zur Signifikanz beobachtet wurde.

Für *Verstehbarkeit* war mit $F(1, 76) = 0.12$, $p = .729$ ($\eta^2_p = .002$) ein nicht signifikanter Interaktionseffekt aus Zeit x Bedingung zu verzeichnen. Zudem war der Haupteffekt Zeit mit $F(1, 76) = 2.22$, $p = .140$ nicht signifikant und es wurde auch kein signifikanter Haupteffekt Bedingung mit $F(1, 76) = 0.22$, $p = .641$ gefunden.

Bezüglich *Handhabbarkeit* lag mit $F(1, 76) = 0.12$, $p = .728$ ($\eta^2_p = .002$) eine nicht signifikante Interaktion für die Faktoren Zeit x Bedingung vor. Mit $F(1, 76) = 4.38$, $p = .040$ ($\eta^2_p = .054$) zeigte sich ein kleiner signifikanter Innersubjekt-Effekt, womit für *Handhabbarkeit* eine zeitliche Verbesserung in beiden Gruppen gegeben war. Der Zwischensubjekt-Effekt war mit $F(1, 76) = 0.37$, $p = .543$ nicht signifikant.

Tabelle 16 beinhaltet die Mittelwerte und die Standardabweichungen der drei SOC-Skalen mit $M = 4.91$ ($SD = 1.25$) und $M = 5.14$ ($SD = 1.07$) für die Dimension Handhabbarkeit in Abhängigkeit von Zeit und Bedingung.

Tabelle 16

Deskriptivstatistische Kennwerte für die Subskalen Bedeutsamkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit des SOC in Abhängigkeit von Zeit und Bedingung ($n_1=39$; $n_2=39$)

		pre		post	
SOC	Bedingung	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Bedeutsamkeit	UG	5.65	1.04	5.59	1.06
	KG	5.22	1.10	5.15	1.06
	Gesamt	5.44	1.08	5.37	1.08
Verstehbarkeit	UG	4.85	1.16	4.97	1.05
	KG	4.71	0.98	4.90	1.08
	Gesamt	4.78	1.07	4.94	1.06
Handhabbarkeit	UG	4.96	1.34	5.23	1.02
	KG	4.85	1.17	5.04	1.14
	Gesamt	4.91	1.25	5.14	1.07

12.5.2 Ergebnisse des SVF120

Für die Beantwortung der zweiten Fragestellung wurde im Rahmen der Hypothesenprüfung eine weitere ANOVA für die 20 Subdimensionen des SVF120 durchgeführt. Als abhängige Variablen fungierten dementsprechend die Subskalen *Bagatellisierung*, *Herunterspielen*, *Schuldabwehr*, *Ablenkung von Situationen*, *Ersatzbefriedigung*, *Selbstbestätigung*, *Entspannung*, *Situationskontrolle*, *Reaktionskontrolle*, *Positive Selbstinstruktionen*, *Soziales Unterstützungsbedürfnis*, *Vermeidung*, *Flucht*, *Soziale Abkapselung*, *Gedankliche Weiterbeschäftigung*, *Resignation*, *Selbstbemitleidung*, *Selbstbeschuldigung*, *Aggression* und *Pharmakaeinnahme*. Die beiden Faktoren waren der Innersubjektfaktor Zeit (Haupteffekt A) und der Zwischensubjektfaktor Bedingung (Haupteffekt B).

Die Prüfung der Varianzhomogenität bei den abhängigen Variablen ergab für die Skala *Entspannung* mit $p = .004$ beim ersten Testzeitpunkt und für die Skala *Resignation* mit $p = .037$ den Hinweis auf eine Verletzung der Voraussetzung. Da sich die Varianzanalyse bei gleich großen Stichproben jedoch robust verhält, können die Ergebnisse dennoch ohne Einschränkung interpretiert werden (Backhaus et al., 2011).

Die Darstellung der Ergebnisse der zweifaktoriellen ANOVA der Subskalen des SVF120 soll im Folgenden präsentiert werden:

Interaktions-Effekte

Prinzipiell gilt, dass nur bei signifikanten Interaktionen, die eine differenzierte Interpretation der Haupteffekte erfordern, eine Wirksamkeit der Intervention angenommen werden kann. In den folgenden drei Subdimensionen konnten signifikante Interaktionen beobachtet werden:

Bei den Subskalen des SVF120 waren signifikante Interaktionseffekte aus Zeit x Bedingung für die Dimensionen *Selbstbestätigung* mit $F(1, 76) = 7.52, p = .008$ ($\eta^2_p = .090$), *Entspannung* mit $F(1, 76) = 5.39, p = .023$ ($\eta^2_p = .066$) und *Flucht* mit $F(1, 76) = 4.13, p = .046$ ($\eta^2_p = .052$) feststellbar. Bei *Selbstbestätigung* und *Entspannung* waren die Effekte mittlerer Größe, einen kleinen Effekt gab es bei *Flucht*. Da es sich bei den Interaktionen um ordinale Wechselwirkungen handelte, war die Interpretation der Haupteffekte ohne Einschränkungen möglich.

In den folgenden Subtests waren tendenzielle Interaktionen zu beobachten:

Für *Positive Selbstinstruktionen* mit $F(1, 76) = 2.90, p = .093$ ($\eta^2_p = .037$), *Selbstbeschuldigung* mit $F(1, 76) = 3.64, p = .060$ ($\eta^2_p = .046$) und *Aggression* mit $F(1, 76) = 2.99, p = .088$ ($\eta^2_p = .038$) zeigten sich Tendenzen zu signifikanten Interaktionen aus Zeit x Bedingung.

Keine signifikanten Interaktionen zeigten sich in den Subskalen für *Bagatellisierung* mit $F(1, 76) = 2.41, p = .124$ ($\eta^2_p = .031$), für *Herunterspielen* mit $F(1, 76) = 1.85, p = .178$ ($\eta^2_p = .024$), für *Schuldabwehr* mit $F(1, 76) = 1.99, p = .163$ ($\eta^2_p = .025$), für *Ablenkung* mit $F(1, 76) = 0.80, p = .373$ ($\eta^2_p = .010$), für *Ersatzbefriedigung* mit $F(1, 76) = 2.19, p = .143$ ($\eta^2_p = .028$), für *Situationskontrolle* mit $F(1, 76) = 0.01, p = .927$ ($\eta^2_p < .001$), für *Reaktionskontrolle* mit $F(1, 76) = 1.41, p = .238$ ($\eta^2_p = .018$), für *Soziales Unterstützungsbedürfnis* mit $F(1, 76) = 0.02, p = .898$ ($\eta^2_p < .001$), für *Vermeidung* mit $F(1, 76) = 1.03, p = .314$, für *Soziale Abkapselung* mit $F(1, 76) = 0.86, p = .358$ ($\eta^2_p = .011$), für *Gedankliche Weiterbeschäftigung* mit $F(1, 76) = 1.64, p = .205$ ($\eta^2_p = .021$), für *Resignation* mit $F(1, 76) = 1.33, p = .252$ ($\eta^2_p = .017$), für *Selbstbemitleidung* mit $F(1, 76) = 0.22$ ($\eta^2_p < .001$), $p = .883$ und für *Pharmakaeinnahme* mit $F(1, 76) = 0.34, p = .559$ ($\eta^2_p = .005$).

Haupteffekte Zeit

Prinzipiell ist anzumerken, dass ein signifikanter Haupteffekt für den Innersubjektfaktor Zeit alleine noch keine Interventionswirksamkeit anzeigt.

Der Haupteffekt Zeit fiel in der Dimension *Gedankliche Weiterbeschäftigung* mit der Prüfgröße $F(1, 76) = 5.76, p = .019 (\eta^2_p = .070)$ signifikant aus. Beide Gruppen verbesserten sich bezüglich *Gedankliche Weiterbeschäftigung* mit einem mittelgroßen Effekt im Zeitverlauf ($t1: M = 2.30, SD = .98; t2: M = 2.11, SD = .94$), so dass keine spezifische Interventionswirksamkeit angezeigt werden konnte.

Auch für die Subskala *Selbstbeschuldigung* zeigte sich mit $F(1, 76) = 5.46, p = .022 (\eta^2_p = .067)$ ein signifikanter Innersubjekt-Effekt ($t1: M = 1.70, SD = .86; t2: M = 1.51, SD = .77$). Dabei konnte ein mittlerer Effekt beider Gruppen mit einer Verbesserung für *Selbstbeschuldigung* im Zeitverlauf beobachtet werden.

Mit $F(1, 76) = 8.53, p = .005 (\eta^2_p = .101)$ wurde auch im Subtest *Aggression* ein signifikanter Haupteffekt Zeit beobachtet ($t1: M = 1.41, SD = .80; t2: M = 1.20, SD = .72$). Die beiden Bedingungen verbesserten sich bezüglich *Aggression* im Zeitverlauf.

Bezüglich der Innersubjekt-Effekte (Zeit) zeigte die Prüfgröße F für die Subskalen *Bagatellisierung* mit $F(1, 76) = 0.21, p = .652$, für *Herunterspielen* mit $F(1, 76) = 0.01, p = .934$, für *Schuldabwehr* mit $F(1, 76) = 2.66, p = .107$, für *Ablenkung* mit $F(1, 76) = 0.10, p = .921$, für *Ersatzbefriedigung* mit $F(1, 76) = 2.00, p = .161$, für *Selbstbestätigung* mit $F(1, 76) = 1.40, p = .240$, für *Entspannung* mit $F(1, 76) = 0.03, p = .863$, für *Situationskontrolle* mit $F(1, 76) = 0.79, p = .377$, für *Reaktionskontrolle* mit $F(1, 76) = 0.80, p = .375$, für *Positive Selbstinstruktionen* mit $F(1, 76) = 0.02, p = .877$, für *Soziales Unterstützungsbedürfnis* mit $F(1, 76) = 1.64, p = .204$, für *Vermeidung* mit $F(1, 76) = 1.15, p = .288$, für *Flucht* mit $F(1, 76) = 0.15, p = .696$, für *Soziale Abkapselung* mit $F(1, 76) = 1.55, p = .218$, für *Resignation* mit $F(1, 76) = 2.14, p = .148$, für *Selbstbemitleidung* mit $F(1, 76) = 0.83, p = .364$ und für *Pharmakaeinnahme* mit $F(1, 76) = 0.59, p = .446$ keine signifikanten Ergebnisse.

Haupteffekte Bedingung

Prinzipiell ist anzumerken, dass ein signifikanter Haupteffekt für den Zwischensubjektfaktor Bedingung noch keine Interventionswirksamkeit anzeigt.

Signifikante Ergebnisse waren für die Zwischensubjekt-Effekte in den Dimensionen *Ersatzbefriedigung* mit $F(1, 76) = 5.88, p = .018 (\eta^2_p = .072)$, (UG = 1.44, KG = 1.85), für *Entspannung* mit $F(1, 76) = 7.51, p = .008 (\eta^2_p = .090)$, (UG = 2.50, KG = 2.00), für

Situationskontrolle mit $F(1, 76) = 5.31, p = .024 (\eta^2_p = .065)$, (UG = 2.99, KG = 2.68) und für *Vermeidung* mit $F(1, 76) = 5.94, p = .017 (\eta^2_p = .072)$, (UG = 1.82, KG = 2.23) feststellbar.

Für die Dimensionen *Ersatzbefriedigung*, *Entspannung*, *Situationskontrolle* und *Vermeidung* konnten demnach signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen zugunsten der Untersuchungsgruppe bei mittelgroßer Effektstärke festgestellt werden.

Für *Selbstbemitleidung* mit $F(1, 76) = 3.08, p = .083 (\eta^2_p = .039)$, (UG = 1,19, KG = 1,51) war eine Tendenz zur Signifikanz beobachtbar.

In den Subskalen waren bezüglich der Zwischensubjekt-Effekte (Haupteffekte Bedingung) für *Bagatellisierung* mit $F(1, 76) = 0.24, p = .628$, für *Herunterspielen* mit $F(1, 76) = 0.97, p = .328$, für *Schuldabwehr* mit $F(1, 76) = 0.97, p = .322$, für *Ablenkung* mit $F(1, 76) = 1.17, p = .283$, für *Selbstbestätigung* mit $F(1, 76) = 0.01, p = .948$, für *Reaktionskontrolle* mit $F(1, 76) = 2.37, p = .128$, für *Positive Selbstinstruktionen* mit $F(1, 76) = 0.03, p = .869$, für *Soziales Unterstützungsbedürfnis* mit $F(1, 76) = 0.47, p = .497$, für *Flucht* mit $F(1, 76) = 1.30, p = .257$, für *Soziale Abkapselung* mit $F(1, 76) = 0.69, p = .409$, für *Gedankliche Weiterbeschäftigung* mit $F(1, 76) = 0.03, p = .866$, für *Resignation* mit $F(1, 76) = 1.99, p = .163$, für *Selbstbeschuldigung* mit $F(1, 76) = 1.83, p = .180$, für *Aggression* mit $F(1, 76) = 2.74, p = .102$ und für *Pharmakaeinnahme* mit $F(1, 76) = 1.06, p = .307$ $p = .180$ keine signifikanten Ergebnisse zu verzeichnen.

Der Tabelle 17 können die Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der 20 Subskalen des SVF120 in Abhängigkeit von Zeit und Bedingung entnommen werden.

Tabelle 17

Deskriptivstatistische Kennwerte für die 20 Subskalen des SVF120 in Abhängigkeit von Zeit und Bedingung ($n_1=39$; $n_2=39$)

SVF120 Dimension	Bedingung	pre		post	
		M	SD	M	SD
Bagatellisierung	UG	2.04	.78	2.18	.69
	KG	2.21	.56	2.14	.56
	Gesamt	2.13	.68	2.16	.62
Herunterspielen	UG	1.95	.92	2.05	.87
	KG	1.88	.69	1.77	.83
	Gesamt	1.92	.80	1.91	.86
Schuldabwehr	UG	1.80	.66	1.98	.67
	KG	2.01	.59	2.03	.57
	Gesamt	1.91	.63	2.00	.62
Ablenkung von Situationen	UG	1.95	.65	2.00	.73
	KG	2.15	.55	2.09	.65
	Gesamt	2.05	.61	2.05	.69
Ersatzbefriedigung	UG	1.44	.91	1.44	.88
	KG	1.95	.74	1.75	.67
	Gesamt	1.69	.87	1.60	.79
Selbstbestätigung	UG	1.77	.87	2.06	.82
	KG	1.98	.70	1.87	.75
	Gesamt	1.88	.79	1.96	.79
Entspannung	UG	2.44	.97	2.57	1.03
	KG	2.08	.65	1.92	.71
	Gesamt	2.26	.84	2.25	.94
Situationskontrolle	UG	2.97	.74	3.02	.63
	KG	2.65	.70	2.71	.62
	Gesamt	2.81	.74	2.87	.64
Reaktionskontrolle	UG	2.06	.75	2.18	.58
	KG	2.34	.58	2.32	.64

	Gesamt	2.20	.68	2.25	.61
Positive Selbstinstruktionen	UG	2.77	.78	2.89	.78
	KG	2.86	.57	2.75	.64
	Gesamt	2.81	.68	2.82	.71
Soziales Unterstützungsbedürfnis	UG	2.29	.91	2.38	.99
	KG	2.16	.93	2.24	.90
	Gesamt	2.23	.92	2.31	.94
Vermeidung	UG	1.74	.81	1.90	.80
	KG	2.23	.77	2.24	.88
	Gesamt	1.99	.82	2.07	.85
Flucht	UG	1.35	.87	1.21	.82
	KG	1.42	.82	1.52	.67
	Gesamt	1.39	.84	1.36	.76
Soziale Abkapselung	UG	1.29	.85	1.12	.83
	KG	1.36	.88	1.34	.81
	Gesamt	1.33	.86	1.23	.82
Gedankliche Weiterbeschäftigung	UG	2.37	1.02	2.07	.96
	KG	2.24	.94	2.15	.92
	Gesamt	2.30	.98	2.11	.94
Resignation	UG	1.17	.88	1.03	.82
	KG	1.34	.70	1.32	.62
	Gesamt	1.25	.80	1.17	.74
Selbstbemitleidung	UG	1.23	.95	1.15	.88
	KG	1.53	.82	1.48	.75
	Gesamt	1.38	.90	1.31	.83
Selbstbeschuldigung	UG	1.66	.90	1.32	.78
	KG	1.74	.83	1.70	.72
	Gesamt	1.70	.86	1.51	.77
Aggression	UG	1.22	.82	1.14	.81
	KG	1.60	.74	1.27	.63
	Gesamt	1.41	.80	1.20	.72
Pharmakaeinnahme	UG	.50	.62	.49	.68
	KG	.68	.74	.61	.62
	Gesamt	.59	.69	.55	.65

Die Abbildungen 9-11 veranschaulichen die signifikanten Wechselwirkungen der Faktoren Zeit x Bedingung für die Skalen *Selbstbestätigung*, *Entspannung* und *Flucht* des SVF120.

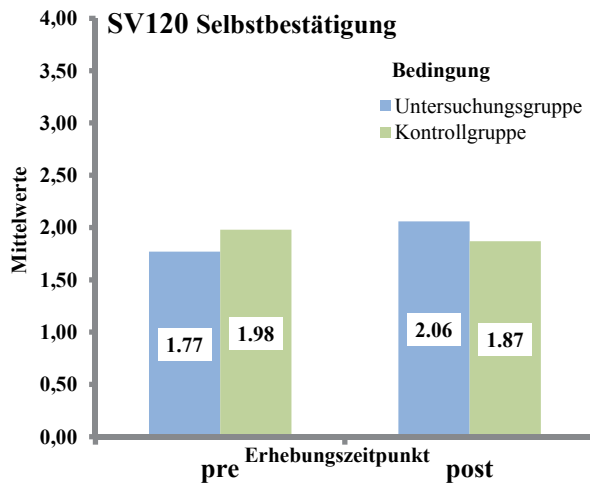


Abbildung 9. Interaktion von Zeit x Bedingung für SVF120 - Selbstbestätigung (POS)

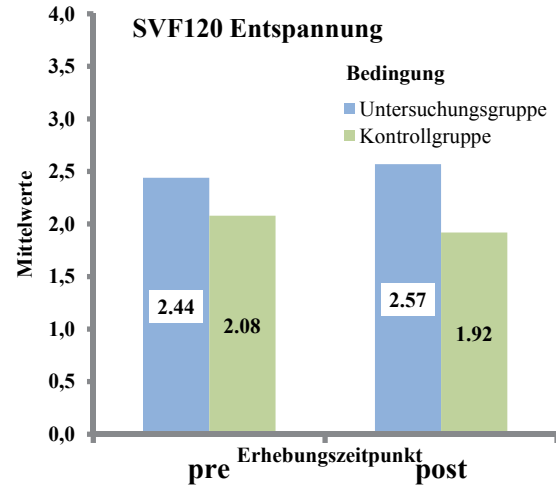


Abbildung 10. Interaktion von Zeit x Bedingung für SVF120 - Entspannung (POS)

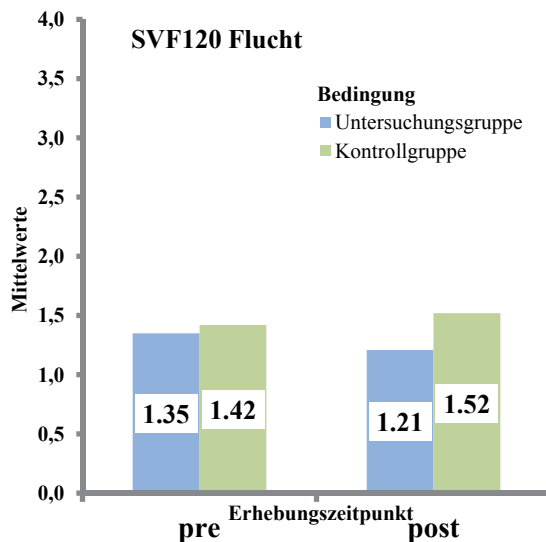


Abbildung 11. Interaktion von Zeit x Bedingung für SVF120 - Flucht (NEG 13-18)

Aufgrund der signifikanten Interaktionen der Faktoren Zeit x Bedingung bei den beiden *Positiv-Strategien Selbstbestätigung* und *Entspannung* sowie der signifikanten Interaktion in der Dimension *Flucht*, die den *Negativ-Strategien* zugeordnet wird, wurde eine weitere ANOVA für die Gesamtskalen *Positiv- und Negativstrategien* des SVF120 durchgeführt.

Dementsprechend fungierten bei dieser ANOVA als abhängige Variablen die beiden Skalen *Positiv-Strategien* (POS 1-10 = Subtests 1-10) und *Negativ-Strategien* (NEG); der Innersubjektfaktor war Zeit (Haupteffekt A) und der Zwischensubjektfaktor Bedingung (Haupteffekt B).

Die Varianzhomogenität, geprüft anhand des Levene-Tests, konnte für die beiden Gesamtskalen angenommen werden ($ps > .05$).

Für die Gesamtskala *Positiv-Strategien* (POS 1-10) des SVF120 war ein signifikanter Interaktionseffekt aus Zeit x Bedingung mit $F(1, 76) = 6.33, p = .014 (\eta^2_p = .077)$ feststellbar. Der Haupteffekt Zeit fiel mit $F(1, 76) = 0.31, p = .578$ nicht signifikant aus und auch der Haupteffekt Bedingung zeigte mit $F(1, 76) = 0.01, p = .962$ ein nicht signifikantes Ergebnis.

In der Tabelle 18 sind die entsprechenden Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für die Gesamtskalen Positiv- und Negativstrategien des SVF120 veranschaulicht.

Tabelle 18

Deskriptivstatistische Kennwerte für die Positiv- und Negativstrategien des SVF120 in Abhängigkeit von Zeit und Bedingung ($n_1=39; n_2=39$)

		pre		post	
SVF120	Bedingung	M	SD	M	SD
Positiv-Strategien (1-10)	UG	2.12	.51	2.24	.47
	KG	2.21	.37	2.14	.43
	Gesamt	2.16	.44	2.19	.45
Negativ-Strategien (13-18)	UG	1.51	.76	1.32	.71
	KG	1.60	.67	1.58	.60
	Gesamt	1.56	.71	1.45	.67

Die Abbildung 12 zeigt die signifikante Interaktion von Zeit x Bedingung für die Positiv-Strategien (POS 1-10) des SVF120.

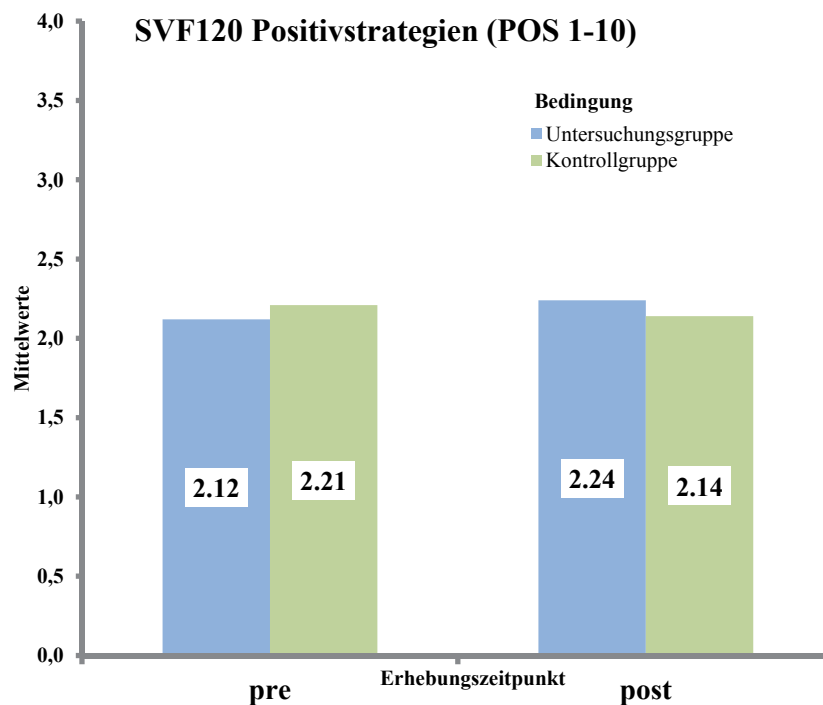


Abbildung 12. Interaktion von Zeit x Bedingung für SVF120 (POS 1-10)

Zur differenzierten Interpretation der Interaktion bei den *Positiv-Strategien (POS 1-10)* waren *t*-Tests für verbundene Stichproben erforderlich.

Mit $t(38) = -2.08$, $p = .044$ war für die Untersuchungsbedingung ein signifikanter Effekt gegeben und somit eine Zunahme der *Positiv-Strategien (POS 1-10)* beobachtbar. Für die Kontrollbedingung war mit $t(38) = 1.45$, $p = .154$ kein Effekt und daher keine Veränderung bezüglich der *Positiv-Strategien (POS 1-10)* zu verzeichnen. Die Differenz der beiden Mittelwerte der positiven Verarbeitungsstrategien beider Zeitpunkte ergab für die Kontrollbedingung einen Wert von 0.08 (0.0756) der den behandlungsunabhängigen Trend bildete und damit darüber informierte, dass die Kontrollgruppe um diese Differenz im Zeitverlauf abbaute. Die Kontrollbedingung wurde als behandlungsunabhängiger Effekt folglich der Untersuchungsbedingung zugefügt. Die Berechnung der Differenz der beiden Mittelwerte der *positiven Stressverarbeitungs-Strategien (POS 1-10)* beider Zeitpunkte ergab für die Untersuchungsbedingung einen Wert von 0.12, der als Zuwachs in der Untersuchungsbedingung mit dem behandlungs-unabhängigen Effekt addiert wurde und einen Wert von 0.20 ausmachte. Somit war ein Nettointerventionseffekt von 0.20 Punkten für die

Untersuchungsgruppe mit Berücksichtigung der Kontrollgruppe auf einer vierstufigen Skala (0-4) der *positiven Stressverarbeitungs-Strategien (POS 1-10)* zu verzeichnen.

Die 0.20 Punkte entsprechen einer Effektstärke von $d = 0.33$ für den Interventionseffekt der Untersuchungsgruppe zusätzlich zum Effekt der Kontrollgruppe, der mit $d = -0.23$ eine Verschlechterung anzeigte. Somit wies der Nettoeffekt der Intervention mit $d = 0.56$ einen mittleren Effekt zugunsten der *positiven Stressverarbeitungs-Strategien (POS 1-10)* auf (Cohen, 1988).

In der Abbildung 13 ist der Nettoeffekt der Intervention mit den jeweiligen Effektstärken der Untersuchungs- und Kontrollgruppe für die positiven Stressverarbeitungs-Strategien (POS 1-10) dargestellt.

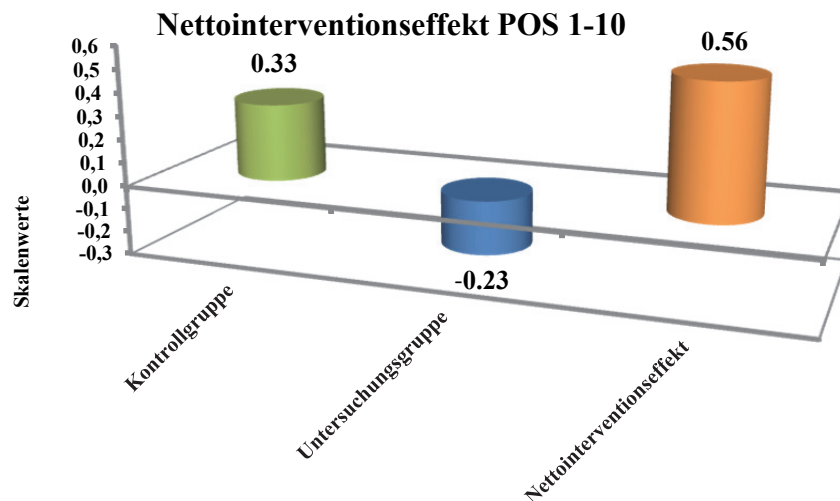


Abbildung 13. Nettoeffekt der Intervention mit Effektstärken der Untersuchungs- und Kontrollgruppe für positive Stressverarbeitungs-Strategien (POS 1-10)

Für die *Negativ-Strategien* (Skalen 13-18) des *SVF120* war mit $F(1, 76) = 2.95, p = .090$ ($\eta^2_p = .037$) keine signifikante Interaktion aus Zeit x Bedingung feststellbar. Allerdings war eine Tendenz zu einer Wechselwirkung beobachtbar. Mit $F(1, 76) = 4.51, p = .037$ ($\eta^2_p = .056$) zeigte sich ein signifikanter Innersubjekt-Effekt, der auf eine Veränderung im Zeitverlauf hinwies ($t1: M = 1.56, SD = .71$; $t2: M = 1.45, SD = .67$). Die *Negativ-Strategien* verringern sich in beiden Gruppen bei gegebenem (noch) kleinem Effekt. Der Haupteffekt Bedingung war mit $F(1, 76) = 1.48, p = .227$ für die *Negativ-Strategien* nicht signifikant.

Zweifaktorielle MANOVAs mit Messwiederholung wurden für die *positiven Stressverarbeitungs-Strategien POS 1, POS 2 und POS 3* durchgeführt.

Die Homogenität der Kovarianzen-Matrizen der abhängigen Variablen konnte mit .736, geprüft mittels Box-M-Test, angenommen werden. Auch die Homogenität der Varianzen, geprüft mittels Levene-Test, konnte jeweils angenommen werden ($ps > .05$).

Die Prüfung der Interaktion aus Zeit x Bedingung zeigte für die *Positiv-Strategien POS 1* mit $F(1, 76) = 3.60, p = .062$ ($\eta^2_p = .045$) ein nicht signifikantes Ergebnis mit einer Tendenz zur Signifikanz. Auch die Haupteffekte Zeit und Bedingung fielen mit $F(1, 76) = 0.60, p = .442$ und mit $F(1, 76) = 0.01, p = .941$ nicht signifikant aus. Da für die *Positiv-Strategien POS 1* keine Interaktion gegeben war, war kein Trainingseffekt anzunehmen.

Für die *Positiv-Strategien POS 2* konnte die Interaktion von Zeit x Bedingung mit $F(1, 76) = 7.51, p = .008$ ($\eta^2_p = .090$) als signifikant mit einem mittleren Effekt beobachtet werden, so dass die Haupteffekte aus Zeit mit $F(1, 76) = 0.02, p = .890$ und Bedingung mit $F(1, 76) = 0.02, p = .903$ differenziert zu interpretieren waren. Die Haupteffekte zeigten sich nicht signifikant.

Die Abbildung 14 zeigt die signifikante Interaktion der Faktoren Zeit x Bedingung für die Positiv-Strategien (POS 2) des SVF120.

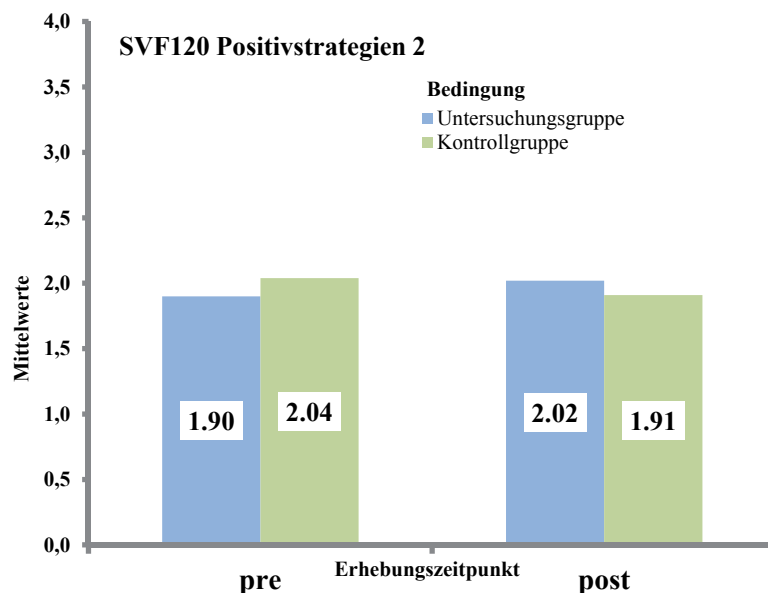


Abbildung 14. Interaktion von Zeit x Bedingung für die Positiv-Strategien (POS 2) des SVF120

Zur detaillierten Interpretation der Interaktion bei den *Positiv-Strategien POS 2* waren weitere *t*-Tests für abhängige Stichproben erforderlich.

Tabelle 19 veranschaulicht die deskriptivstatistischen Kennwerte der Positivstrategien POS 1-POS 3 des SVF120.

Tabelle 19

Deskriptivstatistische Kennwerte der Positiv-Strategien POS 1-POS 3 des SVF120 in Abhängigkeit der Bedingungen im Zeitverlauf ($n_1=39$; $n_2=39$)

SVF120	Bedingung	pre		post	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
POS 1	UG	1.93	.60	2.07	.53
	KG	2.04	.45	1.98	.48
	Gesamt	1.98	.53	2.02	.51
POS 2	UG	1.90	.65	2.02	.70
	KG	2.04	.51	1.91	.57
	Gesamt	1.97	.58	1.96	.64
POS 3	UG	2.60	.63	2.70	.54
	KG	2.61	.48	2.60	.56
	Gesamt	2.61	.55	2.65	.55

Der *t*-Test für verbundene Stichproben ergab für die *Positiv-Strategien POS 2* in der Untersuchungsbedingung mit $t(38) = -1.76$, $p = .087$ ein tendenziell signifikantes Ergebnis im Zeitverlauf. Mit einem $d = -0.28$ war für die Untersuchungsgruppe somit ein kleiner Effekt zur Verbesserung zu beobachten (Cohen, 1988). Für die Kontrollbedingung konnte mit $t(38) = 2.14$, $p = .039$ ein signifikantes Ergebnis im Sinne einer Abnahme (Verschlechterung) beobachtet werden. Diese Abnahme zeigte sich mit $d = 0.34$, die auch einen kleinen Effekt bedeutet. Der Gesamtnettoeffekt der Intervention bezüglich der *Positiv-Strategien POS 2 Ablenkung* betrug demnach $d = 0.62$ und kann nach Cohen (1988) als mittelgroßer Effekt bezeichnet werden. Der Nettoeffekt der Intervention war mit 0.25 Punkten auf einer Skala zwischen 0 und 4 gegeben.

In der Abbildung 15 ist der Gesamtnettoeffekt der Intervention mit den jeweiligen Effektstärken der Untersuchungs- und Kontrollgruppe für die positiven Stressverarbeitungs-Strategien (POS 2) *Ablenkung* dargestellt.

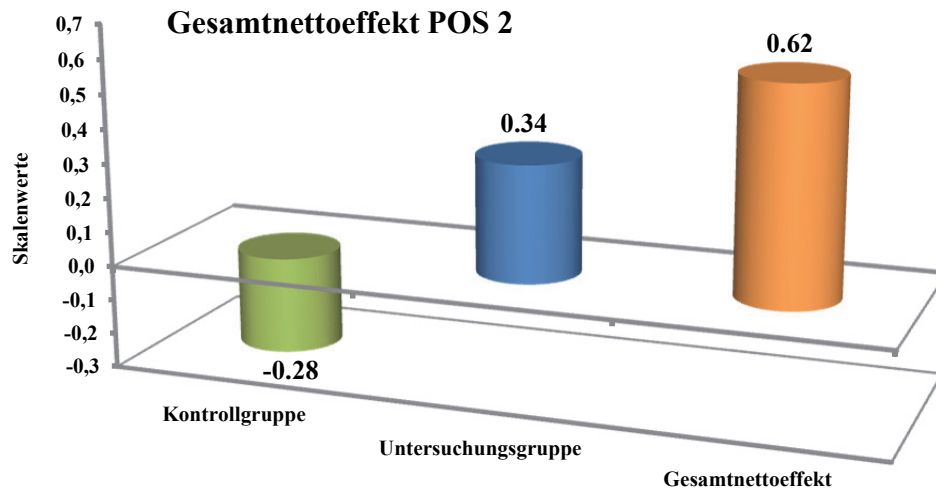


Abbildung 15. Gesamtnettoeffekt der Intervention mit Effektstärken der Untersuchungs- und Kontrollgruppe für die POS 2 - Strategien *Ablenkung*

Für die *Positiv-Strategien POS 3* war die Interaktion Zeit x Bedingung mit der Prüfgröße $F(1, 76) = 1.31$, $p = .256$ nicht signifikant. Aufgrund der nicht signifikanten Wechselwirkung konnten die Haupteffekte uneingeschränkt interpretiert werden. Die Haupteffekte Zeit und Bedingung zeigten mit $F(1, 76) = 0.63$, $p = .432$ und mit $F(1, 76) = 0.15$, $p = .700$ ebenfalls ein nicht signifikantes Ergebnis, womit bezüglich der *Positiv-Strategien POS 3* weder eine zeitliche Veränderung noch ein Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt wurde.

Zusammenfassend konnten für die *Positiv-Strategien POS 1* und *POS 3* keine signifikanten Ergebnisse beobachtet werden, jedoch konnte für die *Positiv-Strategien POS 2* ein mittelgroßer Effekt belegt werden.

12.5.3 Ergebnisse des SF-36

Zur Beantwortung der dritten Fragestellung konnte als Voraussetzung die Normalverteilung der abhängigen Variable ebenfalls aufgrund des zentralen Grenzwerttheorems für die Anwendung der ANOVA angenommen werden. Als abhängige Variablen fungierten die *physische* und *psychische Summenskala*; den Innersubjektfaktor (Haupteffekt A) bildete der Faktor Zeit und den Zwischensubjektfaktor (Haupteffekt B) die Bedingung.

Die Varianzhomogenität wurde mit dem Levene-Test geprüft und konnte für die *physische* und die *psychische Summenskala* angenommen werden ($ps > .05$).

Summenskalen

Für die *physische Summenskala* lag mit $F(1, 76) = 2.65$, $p = .108$ ($\eta^2_p = .034$) kein Interaktionseffekt aus Zeit x Bedingung vor. Die Prüfgröße fiel mit $F(1, 76) = 2.74$, $p = .102$ nicht signifikant aus, womit kein Haupteffekt A im Zeitverlauf gegeben war. Auch der Haupteffekt B zeigte mit $F(1, 76) = 0.70$, $p = .407$ kein signifikantes Ergebnis und somit keinen Unterschied zwischen den Gruppen.

Bei der *psychischen Summenskala* war die Interaktion (Zeit x Bedingung) mit $F(1, 76) = 0.31$, $p = .580$ ($\eta^2_p = .004$) nicht signifikant. Es wurde kein signifikanter Innersubjekt-Effekt mit $F(1, 76) = 2.91$, $p = .092$ ($\eta^2_p = .037$) festgestellt, wobei eine Tendenz bezüglich einer Veränderung über die Zeit in beiden Gruppen beobachtet wurde. Die Prüfgröße $F(1, 76) = 2.46$, $p = .121$ zeigte für den Zwischensubjekt-Effekt kein signifikantes Ergebnis und demnach keinen Unterschied zwischen den Gruppen.

Da weder in der *physischen* noch in der *psychischen Summenskala* eine signifikante Interaktion vorlag, war kein Trainingseffekt der TPM gegeben.

In Tabelle 20 sind die Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für die physische und psychische Summenskala des SF-36 dargestellt.

Tabelle 20

Deskriptivstatistische Kennwerte für die physische und psychische Summenskala des SF-36 in Abhängigkeit von Zeit und Bedingung ($n_1=39$; $n_2=39$)

		pre		post	
SF-36	Bedingung	M	SD	M	SD
physisch	UG	84.81	15.41	84.85	16.70
	KG	79.72	18.75	84.57	15.08
	Gesamt	82.11	17.27	84.71	15.81
psychisch	UG	78.87	17.88	81.30	18.13
	KG	71.73	20.36	76.51	20.31
	Gesamt	75.30	19.37	78.91	19.28

Die insgesamt acht Subskalen des SF-36 zum physischen und zum psychischen Wohlbefinden wurden ebenso getrennt auf Signifikanz geprüft. Die Messgenauigkeit und Zuverlässigkeit konnte aufgrund der von Bullinger und Kirchberger (1998) angeführten Reliabilitäten, die im Allgemeinen das $\alpha = .70$ -Kriterium erfüllen, angenommen werden.

Physische Dimensionen

Die Varianzhomogenität, geprüft mittels Levene-Test, ergab für die *physischen* Subskalen folgende Ergebnisse: für die Skalen *Körperliche Funktionsfähigkeit* zeigten sich mit $p = .031$ und für die Skala *Körperliche Rollenfunktion* mit $p = .045$ signifikante Werte zum ersten Zeitpunkt, die auf die Verletzung der Varianzhomogenität hinweisen. Auch für *Schmerzen* war mit $p = .50$ ein knapp signifikantes Ergebnis gegeben. Da sich die ANOVA bei gleich großen Stichproben jedoch robust verhält, können die Ergebnisse dennoch ohne Einschränkung interpretiert werden (Backhaus et al., 2011).

Bezüglich der vier physischen Subskalen *Körperliche Funktionsfähigkeit* fiel die Interaktion mit $F(1, 76) = 3.19$, $p = .078$ ($\eta^2_p = .040$) nicht signifikant aus, obwohl eine Tendenz zu einer Interaktion gegeben war. Ebenso zeigte sich für die Skala mit $F(1, 76) = 1.96$, $p = .166$ kein signifikanter Haupteffekt A und mit $F(1, 76) = 2.21$, $p = .141$ auch kein signifikanter Haupteffekt B.

Für die Skala *Körperliche Rollenfunktion* war mit $F(1, 76) = 1.31, p = .255 (\eta^2_p = .017)$ keine signifikante Wechselwirkung gegeben. Die Prüfgrößen fielen sowohl für den Haupteffekt Zeit mit $F(1, 76) = 2.33, p = .131$ als auch für den Haupteffekt B mit $F(1, 76) = .61, p = .438$ nicht signifikant aus.

Die Interaktion Zeit x Bedingung zeigte bei *Körperliche Schmerzen* mit $F(1, 76) = .676, p = .413 (\eta^2_p = .009)$ ein nicht signifikantes Ergebnis, womit keine Wechselwirkung feststellbar war. Sowohl für den Haupteffekt A mit $F(1, 76) = 1.05, p = .308$ als auch für den Haupteffekt B mit $F(1, 76) = 1.38, p = .243$ waren nicht signifikante Ergebnisse zu beobachten.

Für *Allgemeine Gesundheit* lag mit $F(1, 76) = 0.19, p = .173 (\eta^2_p = .024)$ keine signifikante Wechselwirkung vor. Die Prüfgröße $F(1, 76) = 0.56, p = .457$ zeigte ein nicht signifikantes Ergebnis bezüglich des Haupteffekts A, wohingegen der Haupteffekt B mit $F(1, 76) = 4.89, p = .030 (\eta^2_p = .060)$ signifikant ausfiel und demnach ein Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der physischen Subskala *Allgemeine Gesundheit* angenommen werden konnte (UG = 75.64, KG = 67.63). Die Untersuchungsgruppe wies bessere Werte in *Allgemeiner Gesundheit* bei gegebenem mittlerem Effekt auf.

In Tabelle 21 sind die Mittelwerte (M) und die dazugehörigen Standardabweichungen (SD) für jede der vier Subskalen zum physischen Wohlbefinden des SF-36 für beide Testzeitpunkte und beide Bedingungen dargestellt.

Tabelle 21

Deskriptivstatistische Kennwerte für die 4 Subskalen physisch des SF-36 in Abhängigkeit von Zeit und Bedingung ($n_1=39$; $n_2=39$)

		pre		post	
SF-36 physisch	Bedingung	M	SD	M	SD
Körperliche Funktionsfähigkeit	UG	93.85	10.60	93.33	12.27
	KG	87.56	16.93	91.79	11.27
	Gesamt	90.71	14.39	92.56	11.73
Körperliche Rollenfunktion	UG	87.18	27.43	88.46	26.81
	KG	78.85	33.71	87.82	29.17
	Gesamt	83.01	30.82	88.14	27.83
Schmerzen	UG	82.05	21.53	82.49	23.59
	KG	85.36	21.80	89.31	17.53
	Gesamt	83.71	21.59	85.90	20.93
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	UG	76.15	18.72	75.13	17.60
	KG	65.90	16.97	69.36	16.83
	Gesamt	71.03	18.49	72.24	17.35

Psychische Dimensionen

Im Folgenden werden die Ergebnisse für die vier Subskalen des *SF-36 psychisch* dargestellt. Die Varianzhomogenität, mittels Levene-Test geprüft, konnte für drei der vier Subskalen angenommen werden ($ps > .05$). Für die Skala *Emotionale Rollenfunktion* war mit $p = .016$ zum zweiten Testzeitpunkt die Gleichheit der Varianzen verletzt. Auch in diesem Fall gilt, dass die Ergebnisse ohne Einschränkung interpretierbar sind, da sich die ANOVA bei gleich großen Stichproben robust verhält (Backhaus, Erichson, Plinke, & Weiber, 2011).

Bezüglich der vier psychischen Subskalen zeigte sich im Subtest *Vitalität* mit $F(1, 76) = 1.16$, $p = .284$ ($\eta^2_p = .015$) keine signifikante Wechselwirkung. Mit der Prüfgröße $F(1, 76) = 1.86$, $p = .177$ war ein nicht signifikantes Ergebnis für den Haupteffekt A und mit $F(1, 76) = 1.34$, $p = .250$ ein nicht signifikantes Ergebnis für den Haupteffekt B zu verzeichnen.

Für die Skala *Soziale Funktionsfähigkeit* war mit $F(1, 76) = .75, p = .389$ ($\eta^2_p = .010$) eine nicht signifikante Interaktion (Zeit x Bedingung) beobachtbar. Auch fielen die Haupteffekte Zeit mit $F(1, 76) = .54, p = .466$ und Bedingung mit $F(1, 76) = 0.86, p = .357$ nicht signifikant aus.

Bei der *Emotionalen Rollenfunktion* zeigte sich mit $F(1, 76) = .05, p = .825$ ($\eta^2_p = .001$) eine nicht signifikante Wechselwirkung von Zeit x Bedingung. Des Weiteren war mit $F(1, 76) = 2.40, p = .125$ kein signifikanter Haupteffekt Zeit und mit $F(1, 76) = 1.46, p = .230$ auch kein signifikanter Haupteffekt Bedingung gegeben.

Da $F(1, 76) = 0.28, p = .598$ ($\eta^2_p = .004$) für den Subtest *Psychisches Wohlbefinden* eine nicht signifikante Interaktion zeigte, waren die Haupteffekte uneingeschränkt interpretierbar. Die Prüfgröße zeigte mit $F(1, 76) = 3.43, p = .068$ ($\eta^2_p = .043$) einen nicht signifikanten Haupteffekt Zeit, wobei allerdings eine Tendenz zu einem Anstieg über die Zeit in beiden Bedingungen zu beobachten war ($t_1: M = 73.38, SD = 19.39$; $t_2: M = 76.97, SD = 17.17$). Der Haupteffekt Bedingung fiel mit $F(1, 76) = 5.42, p = .023$ ($\eta^2_p = .067$) signifikant aus, womit ein Unterschied mittleren Effektes zwischen den Bedingungen feststellbar war und die Untersuchungsgruppe höhere Werte aufwies (UG = 79.33, KG = 71.03).

Der Tabelle 22 können die Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für die vier Subskalen zum psychischen Wohlbefinden des SF-36 in Abhängigkeit von Zeit und Bedingung entnommen werden.

Tabelle 22

Deskriptivstatistische Kennwerte für die 4 Subskalen psychisch des SF-36 in Abhängigkeit von Zeit und Bedingung ($n_1=39$; $n_2=39$)

		pre		post	
SF-36 psychisch	Bedingung	M	SD	M	SD
Vitalität	UG	64.23	19.08	64.87	21.87
	KG	57.31	20.71	62.82	17.24
	Gesamt	60.77	20.08	63.84	19.59
Soziale Funktionsfähigkeit	UG	89.42	18.70	89.10	21.11
	KG	83.97	17.90	87.82	19.13
	Gesamt	86.70	18.39	88.46	20.02
Emotionale Rollenfunktion	UG	83.76	33.22	90.60	25.30
	KG	76.92	35.99	82.05	35.74
	Gesamt	80.34	34.58	86.32	31.06
Psychisches Wohlbefinden	UG	78.05	18.14	80.62	14.61
	KG	68.72	19.70	73.33	18.88
	Gesamt	73.38	19.39	76.97	17.17

12.5.4 Ergebnisse des MI-RSB 48

Für die Prüfung von Effekten bezüglich des religiösen/spirituellen Befindens wurde eine weitere ANOVA durchgeführt. Der Innersubjektfaktor (Haupteffekt A) war der Faktor Zeit und den Zwischensubjektfaktor (Haupteffekt B) bildete der Faktor Bedingung. Die abhängige Variable war die *Gesamtskala* des religiös-spirituellen Befindens (MI-RSB 48).

Die Voraussetzung der Varianzhomogenität (Levene-Test mit $ps > .05$) war für die *Gesamtskala* des MI-RSB 48 erfüllt.

Gesamtskala

Eine Interaktion Zeit x Bedingung war für die *Gesamtskala* des MI-RSB 48 mit $F(1, 76) = .95$, $p = .333$ ($\eta^2_p = .012$) nicht feststellbar. Mit $F(1, 76) = 3.94$, $p = .051$ ($\eta^2_p = .049$) zeigte sich kein signifikanter Haupteffekt Zeit, wobei eine Tendenz zur Signifikanz gegeben war.

Ein signifikanter Zwischensubjekt-Effekt konnte mit $F(1, 76) = 15.60, p = .001 (\eta^2_p = .170)$ beobachtet werden, der auf einen Unterschied zwischen den beiden Bedingungen hinwies (UG = 4.59, KG = 3.94) und einen besseren Wert in der Untersuchungsgruppe aufwies.

In Tabelle 23 sind die entsprechenden Mittelwerte (M) und die Standardabweichungen (SD) für die Gesamtskala des MI-RSB 48 in Abhängigkeit von Zeit und Bedingung veranschaulicht.

Tabelle 23

Deskriptivstatistische Kennwerte für die Gesamtskala des MI-RSB 48 in Abhängigkeit von Zeit und Bedingung ($n_1=39; n_2=39$)

		pre		post	
MI-RSB 48 gesamt	Bedingung	M	SD	M	SD
	UG	4.53	.82	4.65	.75
	KG	3.92	.71	3.96	.74
	Gesamt	4.22	.82	4.31	.82

Zur Prüfung der einzelnen Komponenten des religiös/spirituellen Befindens wurde eine weitere ANOVA durchgeführt. Die abhängigen Variablen waren dementsprechend *Hoffnung immanent*, *Vergeben*, *Erfahrungen von Bedeutung und Sinn*, *Hoffnung transzendent*, *Allverbundenheit* und *Allgemeine Religiosität*.

Die Prüfung der Varianzhomogenität der abhängigen Variablen wurde mit dem Levene-Test durchgeführt und ergab einzig für die Skala *Erfahrungen von Bedeutung und Sinn* mit $p = .004$ zum ersten Zeitpunkt den Hinweis auf eine Verletzung der Voraussetzung. Da sich die Varianzanalyse - wie bereits angeführt - bei gleich großen Stichproben robust verhält, dürfen die Ergebnisse dennoch interpretiert werden (Backhaus et al., 2011).

Subskalen

Bezüglich der *MI-RSB 48 Subskalen* war keine Wechselwirkung für die Skala *Hoffnung immanent* aus Zeit x Bedingung mit $F(1, 76) = .60, p = .442 (\eta^2_p = .008)$ gegeben, womit die Haupteffekte uneingeschränkt interpretierbar waren. Mit $F(1, 76) = 4.62, p = .035 (\eta^2_p = .057)$ war ein signifikanter Innersubjekt-Effekt feststellbar. Dieser mittlere Effekt zeigte eine signifikante Zunahme in der Dimension *Hoffnung immanent* über die Zeit in beiden Gruppen ($t_1: M = 4.57, SD = .96; t_2: M = 4.73, SD = .91$). Die Prüfgröße $F(1, 76) = 6.54, p = .013 (\eta^2_p$

= .079) zeigte auch einen mittleren Zwischensubjekt-Effekt, der auf Unterschiede zwischen den Gruppen zugunsten der Untersuchungsbedingung hinwies (UG = 4.89, KG = 4.40).

Für *Vergeben* war mit $F(1, 76) = 1.18, p = .281$ ($\eta^2_p = .015$) keine signifikante Interaktion gegeben. Mit $F(1, 76) = 3.85, p = .053$ ($\eta^2_p = .048$) war kein signifikanter Haupteffekt Zeit feststellbar, allerdings wurde eine Tendenz zu Signifikanz beobachtet. Der Haupteffekt Bedingung zeigte sich mit der Prüfgröße $F(1, 76) = 7.38, p = .008$ ($\eta^2_p = .088$) signifikant. Betreffend der Dimension *Vergeben* wies die Untersuchungsgruppe bei mittlerem Effekt eine höhere Bereitschaft auf (UG = 4.90, KG = 4.26).

Bei der Subskala *Erfahrungen von Bedeutung und Sinn* war kein Interaktionseffekt aus Zeit x Bedingung mit $F(1, 76) = 0.21, p = .648$ ($\eta^2_p = .003$) feststellbar. Bei nicht signifikanter Interaktion war ein signifikanter Haupteffekt uneingeschränkt interpretierbar. Mit $F(1, 76) = 0.19, p = .667$ war kein Innersubjekt-Effekt Zeit gegeben, jedoch konnte mit $F(1, 76) = 6.88, p = .011$ ($\eta^2_p = .083$) ein signifikanter Haupteffekt Bedingung mit mittlerem Effekt beobachtet werden. Somit gab es einen Unterschied zwischen den Bedingungen zugunsten der Untersuchungsbedingung (UG = 5.00, KG = 4.61).

Für die Skala *Allgemeine Religiosität* zeigte sich mit $F(1, 76) = 1.32, p = .255$ ($\eta^2_p = .017$) eine nicht signifikante Interaktion (Zeit x Bedingung). Es war mit $F(1, 76) = 1.00, p = .320$ kein Innersubjekt-Effekt feststellbar, jedoch gab es mit $F(1, 76) = 8.89, p = .004$ ($\eta^2_p = .105$) einen signifikanten Zwischensubjekt-Effekt mittlerer Größe. Die Bedingungen unterschieden sich, wobei der Wert in der Untersuchungsbedingung höher ausgeprägt war (UG = 3.96, KG = 2.98).

Mit $F(1, 76) = 1.18, p = .282$ ($\eta^2_p = .015$) zeigte sich keine signifikante Interaktion von Zeit x Bedingung für die Skala *Hoffnung transzendent*. Der Haupteffekt Zeit war mit $F(1, 76) = 0.01, p = .984$ nicht signifikant, jedoch konnte mit der Prüfgröße $F(1, 76) = 6.83, p = .011$ ($\eta^2_p = .082$) ein signifikantes Ergebnis mit mittlerem Effekt bezüglich des Zwischensubjekt-Faktors Bedingung festgestellt werden. Dieser Unterschied zwischen den Gruppen verwies auf einen höheren Wert zugunsten der Untersuchungsbedingung (UG = 4.57, KG = 4.11).

Bezüglich der Subskala *Allverbundenheit* konnte mit $F(1, 76) = 2.63, p = .109$ ($\eta^2_p = .033$) keine signifikante Wechselwirkung beobachtet werden. Es war mit $F(1, 76) = 3.41, p = .069$

($\eta^2_p = .043$) kein Innersubjekt-Effekt zu verzeichnen, wobei eine Tendenz zur Signifikanz im Zeitverlauf gegeben war. Ein signifikanter Zwischensubjekt-Effekt konnte mit $F(1, 76) = 12.09, p = .001$ ($\eta^2_p = .137$) festgestellt werden. Für Allverbundenheit gab es demnach einen großen Unterschied zwischen den Bedingungen mit einem höheren Wert in der Untersuchungsbedingung (UG = 4.22, KG = 3.25).

Zusammenfassung zum religiös-spirituellen Befinden

Interaktions-Effekte von Zeit x Bedingung gab es für die *Gesamtskala* des MI-RSB 48 nicht. Ein Innersubjekt-Effekt konnte für die *Gesamtskala* des MI-RSB 48 nicht beobachtet werden, es war eine Tendenz zur Signifikanz gegeben. Ein großer Zwischensubjekt-Effekt war für die *Gesamtskala* zu verzeichnen, der einen Unterschied zwischen den Bedingungen bedeutet.

Bezüglich der sechs *Subskalen* waren keine Interaktions-Effekte von Zeit x Bedingung festzustellen. Einen signifikanten mittleren Innersubjekt-Effekt bzgl. einer Verbesserung beider Gruppen gab es für die Skala *Hoffnung immanent*, eine Tendenz zur Signifikanz der Innersubjekt-Effekte wurde für die Subtests *Vergeben* und *Allverbundenheit* festgestellt.

In allen Subskalen des MI-RSB 48 konnten mittlere bis große Zwischensubjekt-Effekte mit besseren Werten in der Untersuchungsbedingung beobachtet werden, die Unterschiede zwischen den Bedingungen aufzeigten und aufgrund der nicht signifikanten Interaktionen in allen untersuchten Skalen uneingeschränkt interpretierbar waren.

In Tabelle 24 sind die Mittelwerte (M) und die dazugehörigen Standardabweichungen (SD) für die sechs Subskalen des MI-RSB 48 in Abhängigkeit von Zeit und Bedingung dargestellt.

Tabelle 24

Deskriptivstatistische Kennwerte für die 6 Subskalen des MI-RSB 48 in Abhängigkeit von Zeit und Bedingung ($n_1=39$; $n_2=39$)

		pre		post	
MI-RSB 48	Bedingung	M	SD	M	SD
Hoffnung immanent	UG	4.79	.99	5.00	.85
	KG	4.35	.89	4.46	.90
	Gesamt	4.57	.96	4.73	.91
Vergeben	UG	4.87	1.17	4.93	1.14
	KG	4.14	.98	4.38	1.08
	Gesamt	4.50	1.13	4.65	1.14
Erfahrungen von Bedeutung und Sinn	UG	5.03	.56	4.97	.60
	KG	4.61	.89	4.61	.79
	Gesamt	4.82	.77	4.79	.72
Allgemeine Religiosität	UG	3.87	1.52	4.06	1.41
	KG	2.99	1.52	2.98	1.54
	Gesamt	3.43	1.58	3.52	1.57
Hoffnung transzendent	UG	4.52	.89	4.61	.96
	KG	4.15	.74	4.07	.80
	Gesamt	4.34	.83	4.34	.92
Allverbundenheit	UG	4.10	1.39	4.35	1.16
	KG	3.24	1.34	3.26	1.18
	Gesamt	3.67	1.43	3.80	1.28

12.5.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die aufgestellten Hypothesen (siehe Kapitel 9) zusammengefasst angeführt, um anhand der Ergebnisse die Fragestellungen zu beantworten. Aufgrund des zweifaktoriellen Zweigruppen-Pretest-Posttest-Versuchsplans waren die Interaktionen von besonderem Interesse und die korrekte Interpretation der Haupteffekte (Zeit und Bedingung) war von einem Auftreten der Wechselwirkungen abhängig.

H₁(1): Die erste Stufe des autodidaktischen TRILOGOS-Lehrgangs hat einen positiven Effekt auf den Kohärenzsinn (SOC).

Für die erste Beantwortung der Fragestellung und der daraus generierten Hypothese war die Nullhypothese H₀(1) beizubehalten, die besagt, dass die erste Stufe des autodidaktischen TRILOGOS-Lehrgangs keinen positiven Effekt auf den *Kohärenzsinn (SOC)* hat. Es waren in der Gesamtskala des SOC als auch in seinen Subskalen keine signifikanten Interaktionen aus Zeit x Bedingung feststellbar.

H₁(2): Das Training der ersten Stufe der Trilogos-PsyQ-Methode wirkt sich positiv auf die Stressverarbeitung (SV) aus.

Für die Beantwortung der zweiten Fragestellung und der daraus abgeleiteten Hypothese konnte die Alternativhypothese H₁(2) dahingehend angenommen werden, die besagt, dass sich das Training der ersten Stufe der Trilogos-PsyQ-Methode positiv auf die Stressverarbeitung auswirkt.

Für die *Positiv-Strategien POS 2* konnte die Hypothese H₁(2) insofern übernommen werden, dass sie Tendenzen zur Ablenkung von einer Belastung bzw. zur Hinwendung auf stressinkompatible (positive) Situationen/Zustände kennzeichnet.

Für die Subtests *POS 1* und *POS 3*, für die Dimensionen *Soziales Unterstützungsbedürfnis*, *Vermeidung*, *Aggression* und *Pharmakaeinnahme* und auch für die *Negativ-Strategien (NEG)* konnte die Alternativhypothese nicht bestätigt werden, - die Nullhypothese H₀(2) war diesbezüglich beizubehalten.

H₁(3): Durch die Intervention der ersten Stufe der Trilogos-PsyQ-Methode kann ein positiver Effekt auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (gbLQ) erzielt werden.

Da keine signifikanten Interaktionen aus Zeit x Bedingung für die *psychischen* und *physischen Summenskalen* festgestellt wurden und auch in den einzelnen acht *Subskalen* keine Wechselwirkungen zu beobachten waren, war für die Beantwortung der diesbezüglichen

Fragestellung die Nullhypothese $H_0(3)$ beizubehalten. Diese besagt, dass durch die Intervention der ersten Stufe der Trilogos-PsyQ-Methode kein positiver Effekt auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (gbLQ) erzielt werden kann.

$H_1(4)$: Die erste Stufe des TRILOGOS-Lehrgangs hat einen positiven Effekt auf das religiös-spirituelle Befinden (RSB).

Aufgrund der nicht signifikanten Interaktionen von Zeit x Bedingung - sowohl in der Gesamtskala des MI-RSB 48 als auch für die einzelnen Subskalen - war die Nullhypothese $H_0(4)$ für die Beantwortung der vierten Fragestellung beizubehalten. Diese besagt, dass die erste Stufe des TRILOGOS-Lehrgangs keinen positiven Effekt auf das religiös-spirituelle Befinden (RSB) hat.

13 INTERPRETATION UND DISKUSSION

In diesem Kapitel werden die dargestellten Untersuchungsergebnisse der vorliegenden Diplomarbeit interpretiert und in einer Diskussion zusammengefasst. Die angeführte Literatur und die entsprechenden Studien werden mit den Ergebnissen dieser Untersuchung in Verbindung gebracht. Das vorrangige Studienziel dieser Pilotstudie war, die erste Stufe des TRILOGOS-Lehrgangs *Im Kontakt mit der inneren Stimme* zu evaluieren und auf Effekte bezüglich der Dimensionen der Gesundheit, dem Kohärenzsinn, der Stressverarbeitung und dem religiös-spirituellen Befinden zu untersuchen. Dabei war von Interesse, ob es Effekte gab und wie groß diese waren, um die praktische Relevanz für die Konstrukte herauszuarbeiten. Diese bezieht sich auf die Anwendungsmöglichkeiten der PsyQ-Methode als Präventionsmaßnahme, in der Gesundheitsförderung und auf eine mögliche Implementierung in die klinische Praxis.

Die finale Stichprobe setzte sich aus 78 Personen der Normalbevölkerung zusammen, die in Österreich leben. Als Ausschlusskriterien galten diagnostizierte psychische Krankheiten und Substanzabhängigkeit, das Mindestalter an der Studie wurde mit 23 Jahren festgelegt. Unter strenger Parallelisierung nach Geschlecht, Alter und weitgehend nach Bildungsstand erfolgte die Zuordnung der TeilnehmerInnen zu einer Untersuchungs- oder Kontrollbedingung, wobei exakt gleich viele Personen pro Bedingung zu Verfügung standen. Auch die spirituellen Vorkenntnisse der beiden Gruppen wurden geprüft und waren vergleichbar. Durch die

Beseitigung dieser potenziellen Störvariablen war davon auszugehen, dass gegebene Effekte nicht auf diese Variablen zurückzuführen sind. An der Studie beteiligten sich 54 Frauen und 24 Männer. Dabei betrug das mittlere Alter der Untersuchungsgruppe 47.4 Jahre ($SD = 15.2$) und jenes der Kontrollgruppe 47.9 Jahre ($SD = 16.0$), womit sich die beiden Bedingungen nur um ein halbes Jahr unterschieden. Das Bildungsniveau der finalen Stichprobe war bei 16 Personen (20.5%) niedrig, bei 26 TeilnehmerInnen (33.3%) mittel und bei 36 Teilnehmenden (46.2%) hoch, womit ein erhöhter Bildungsstand gegeben war. Der Lebensmittelpunkt von 43 Personen (55.1%) war in Wien. Die zweitgrößte Gruppe, bestehend aus 24 Personen (30.8%), wohnte in Kärnten und 11 TeilnehmerInnen (14.1%) kamen aus anderen Bundesländern. Bezüglich spiritueller Vorkenntnisse wiesen 17 Personen (21.8%) diese nicht auf und 61 Teilnehmende (78.2%) gaben diesbezügliche Kenntnisse an. Die Stichprobenumfänge der beiden Gruppen waren hinreichend groß (Bortz & Döring, 2006), womit eine Normalverteilung der abhängigen Variablen angenommen werden konnte.

Die Überprüfung der internen Konsistenz lieferte in der vorliegenden Untersuchung für jedes der drei vorgegebenen psychologischen Verfahren des SOC-13, SVF120 und MI-RSB 48 zufriedenstellende bis sehr gute Ergebnisse (Moosbrugger & Kelava, 2007), die sich mit den Ergebnissen der TestautorInnen weitgehend decken (Antonovsky, 1997; Janke et al., 1997; Unterrainer & Fink, 2013). Bei dieser Untersuchung waren die Reliabilitäten des SOC und des SVF120 sehr gut und jene des MI-RSB 48 gut bis sehr gut (Moosbrugger & Kelava, 2007). Die Reliabilitäten des SF-36 sind laut TestautorInnen (Bullinger & Kirchberger, 1998) und Literatur befriedigend bis sehr gut mit Ausnahme der Subskala *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* ($\alpha = .57$).

Kohärenzsinn (SOC-13)

Der Gesamtscore des *SOC-13* im Fragebogen zur Lebensorientierung zeigte keine signifikante Interaktion bzw. keinen Trainingseffekt. Zudem wurden keine Veränderung im Zeitverlauf und kein Unterschied zwischen den Gruppen beobachtet. Es war somit kein Effekt im Konstrukt Kohärenzsinn zu verzeichnen, womit für die Beantwortung der diesbezüglichen Fragestellung die Nullhypothese beibehalten wurde, die besagt, dass die erste Stufe des autodidaktischen TRILOGOS-Lehrgangs keinen positiven Effekt auf den Kohärenzsinn (SOC) hat.

Im Subtest *Handhabbarkeit* war eine signifikante Verbesserung mit einem kleinen Effekt im Zeitverlauf ($\eta^2_p = .054$) in beiden Gruppen und im Subtest *Bedeutsamkeit* eine Tendenz zur Signifikanz im Unterschied zwischen den Gruppen ($\eta^2_p = .048$) gegeben.

Gemäß Antonovsky (1997) ist für die statistische Analyse der SOC-Gesamtscore zu interpretieren, da die Beziehungen der drei Komponenten des SOC untrennbar miteinander verbunden und nur theoretisch unterschiedlich seien. Antonovskys durchgeführte Faktorenanalyse ergab keine separierbaren Faktoren und er postulierte, dass diese auf einen Generalfaktor hindeuten würden (1991). Kritik zum SOC gab es von mehreren AutorInnen, die versuchten, die drei Komponenten mittels Faktorenanalyse kenntlich zu machen. Die Ergebnisse deuteten dabei auch eher auf einen Generalfaktor hin, bei dem alle Skalen das Gleiche messen (Hawley et al., 1992; Sack et al., 1997).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie, die für das SOC keinen Trainingseffekt ergaben, können dahingehend interpretiert werden, dass ab dem Alter von 20 Jahren das SOC bereits größtenteils stabil ist und sich nicht mehr wesentlich verändert (Antonovsky, 1997). Die Teilnehmenden der gegenständlichen Studie waren erwachsene Personen ab 23 Jahren aus der Normalbevölkerung. Das SOC ist laut Antonovsky (1997) allerdings als dispositionale Orientierung und nicht als stabile Persönlichkeitseigenschaft aufzufassen, womit eine Veränderung der SOC-Werte durch eine Intervention prinzipiell gegeben ist.

Ein Effekt auf den Kohärenzsinn, wie er in der bereits angeführten MBSR-Studie von Kabat-Zinn und Skillings (1989) nachgewiesen wurde, konnte für die Trilogos-PsyQ-Methode nicht festgestellt werden.

Stressverarbeitungsstrategien (SVF120)

Von den 20 Subskalen des SVF120 zeigten sich für die drei Dimensionen *Selbstbestätigung* ($\eta^2_p = .090$), *Entspannung* ($\eta^2_p = .066$) und *Flucht* ($\eta^2_p = .052$) signifikante Interaktionseffekte. Dabei waren die Effekte von *Selbstbestätigung* und *Entspannung* mittlerer Größe; diese beiden Subskalen sind den Positiv-Strategien zugeordnet. Bei *Flucht* war ein (noch) kleiner Effekt zu verzeichnen, wobei diese Dimension zu den Negativ-Strategien zählt.

Tendenzen zu signifikanten Interaktionen aus Zeit x Bedingung wurden für *Positive Selbstinstruktionen* ($\eta^2_p = .037$), *Selbstbeschuldigung* ($\eta^2_p = .046$) und *Aggression* ($\eta^2_p = .038$) beobachtet. Somit konnten mittlere bis größere Effekte signifikant ausfallen.

Bei den Interaktionen handelte es sich um ordinale Wechselwirkungen, womit die Interpretation der Haupteffekte ohne Einschränkungen möglich war. Prinzipiell zeigt ein signifikanter Haupteffekt für den Innersubjektfaktor Zeit keine Interventionswirksamkeit an.

In der Dimension *Gedankliche Weiterbeschäftigung* ($\eta^2_p = .070$) konnte ein mittlerer Effekt festgestellt werden, der besagt, dass sich beide Gruppen im Zeitverlauf verbesserten.

Auch für die Subskala *Selbstbeschuldigung* ($\eta^2_p = .067$) zeigte sich ein signifikanter Innersubjekt-Effekt mittlerer Größe. In beiden Gruppen konnte eine Verbesserung im Zeitverlauf beobachtet werden.

Im Subtest *Aggression* ($\eta^2_p = .101$) wurde ein signifikanter Haupteffekt Zeit beobachtet, wobei sich die beiden Gruppen bezüglich *Aggression* im Zeitverlauf verbesserten. Dennoch konnte keine spezifische Interventionswirksamkeit für die Haupteffekte gezeigt werden.

Prinzipiell zeigt ein signifikanter Haupteffekt auch für den Zwischensubjektfaktor Bedingung keine Interventionswirksamkeit an. Für die Dimensionen *Ersatzbefriedigung* ($\eta^2_p = .072$), für *Entspannung* ($\eta^2_p = .090$), für *Situationskontrolle* ($\eta^2_p = .065$) und für *Vermeidung* ($\eta^2_p = .072$) konnten signifikante Zwischensubjekt-Effekte festgestellt werden. Diese waren mittelgroß und fielen zugunsten der Untersuchungsgruppe aus.

Für *Selbstbemitleidung* ($\eta^2_p = .039$) war eine marginale Signifikanz beobachtbar.

Da keine signifikanten Interaktionen von Zeit x Bedingung in den vier Subtests *Soziales Unterstützungsbedürfnis*, *Vermeidung*, *Aggression* und *Pharmakaeinnahme* festgestellt wurden, die nicht eindeutig den Bereichen Positiv- bzw. Negativ-Strategien zuzuordnen sind, wurden diese Dimensionen in weiterer Folge nicht mehr berücksichtigt.

Bei der Durchführung einer weiteren ANOVA konnte für die Gesamtskala *Positiv-Strategien* (Subtests 1-10) des *SVF120* ein mittelgroßer Interaktionseffekt aus Zeit x Bedingung ($\eta^2_p = .077$) festgestellt werden. Die Haupteffekte Zeit und Bedingung zeigten keine signifikanten Ergebnisse. Zur differenzierten Interpretation der Interaktion in der Gesamtskala *Positiv-Strategien* waren demnach *t*-Tests für verbundene Stichproben erforderlich. Der Nettoeffekt der Intervention wies mit $d = 0.56$ (Cohen, 1988) einen mittleren Effekt zugunsten der *positiven Verarbeitungsstrategien (POS 1-10)* auf.

Bezüglich der *negativen Verarbeitungsstrategien (NEG 13-18)* ($\eta^2_p = .037$) war lediglich eine Tendenz zu einer signifikanten Wechselwirkung gegeben. Es gab eine Verringerung der *Negativ-Strategien* mit kleinem Effekt im Zeitverlauf in beiden Gruppen. Der Haupteffekt Bedingung war nicht signifikant. Es konnte keine spezifische Interventionswirksamkeit für die Haupteffekte bezüglich der *Negativ-Strategien* gezeigt werden.

Zudem wurde eine zweifaktorielle MANOVA mit Messwiederholung durchgeführt. Bei den *Positiv-Strategien POS 2* konnte eine Interaktion von Zeit x Bedingung mit mittlerem Effekt

($\eta^2_p = .090$) beobachtet werden. Der t -Test für verbundene Stichproben zeigte einen kleinen Effekt bezüglich einer Verbesserung der Untersuchungsgruppe bei den *Positiv-Strategien POS 2*. Der Gesamtnettoeffekt für die Untersuchungsbedingung betrug $d = 0.62$ und verwies auf einen mittleren Effekt (Cohen, 1988). Demzufolge konnte bei den *Positiv-Strategien POS 2* ein mittelgroßer Effekt bezüglich der Tendenzen zur *Ablenkung* von einer Belastung beziehungsweise zur Hinwendung auf stressinkompatible, positive Situationen/Zustände festgestellt werden. Alle drei *Positiv-Strategien POS 1*, *POS 2* und *POS 3* beziehen sich auf Maßnahmen, die auf eine Stressreduktion abzielen.

Für die *Positiv-Strategien POS 1* war keine signifikante Interaktion aus Zeit x Bedingung gegeben und somit war kein Trainingseffekt bezüglich kognitiver Bewältigungsstrategien im Sinne von *Abwertung/Abwehr* zu beobachten.

Für die *Positiv-Strategien POS 3* war weder die Interaktion Zeit x Bedingung noch einer der beiden Haupteffekte signifikant, womit keine Maßnahmen zur Kontrolle des Stressors festgestellt werden konnten.

Für die zweite Fragestellung konnte die Alternativhypothese teilweise bestätigt werden, die besagt, dass die erste Stufe des autodidaktischen TRILOGOS-Lehrgangs *Im Kontakt mit der inneren Stimme* einen positiven Effekt auf die Stressverarbeitung hat. Diese Bestätigung gilt den *Positiv-Strategien POS 2*. Hinsichtlich dieses Effektes konnte die Wirksamkeit der TPM als Bewältigungsressource für den Alltag aufgezeigt werden. Für die weiteren untersuchten Stressverarbeitungsstrategien konnte keine Wirksamkeit der Intervention festgestellt werden.

Wie im Theorieteil bereits angeführt wurde, zeigte eine MBSR-Studie von Shapiro et al. (1998) durch das MBSR-Training eine nachhaltige Verringerung von Stress. Auch die Studien von Fehr (2002) und Kabat-Zinn und Skillings (1989) belegten wiederholt eine höhere Stressresistenz bei regelmäßigem Meditieren im Rahmen von MBSR. In einer Follow-Up-Studie zu MBSR (Reibel et al., 2001) konnte auch noch weniger Stress nachgewiesen werden. Gemeinsamkeiten der MBSR-Methode (Kabat-Zinn & Skillings, 1989) und der TPM-Methode (Roethlisberger, 2012) wurden in dieser Arbeit geschildert. Zusammenfassend haben beide Methoden das Lernen, verantwortungsvoll mit sich selbst umzugehen, innere Ruhe zu finden, die eigene Stressresistenz zu erhöhen und die Wiederherstellung der eigenen Gesundheit zum Ziel.

Körperliche und psychische Dimensionen (SF-36)

Die Ergebnisse des SF-36 zeigten weder für die *physische* noch für die *psychische Summenskala* eine Interaktion und somit konnten auch keine Trainingseffekte in den einzelnen Bereichen angenommen werden. Es ist demzufolge nicht belegbar, ob die Intervention der TMP-Methode einen bedeutenden Effekt erbrachte. Der Haupteffekt Zeit war tendenziell nur für die *psychische Summenskala* ($\eta^2_p = .037$) gegeben, die auf eine marginale Signifikanz bezüglich einer psychischen Verbesserung im Zeitverlauf in beiden Gruppen hinwies. Es zeigte sich kein Unterschied zwischen den Gruppen in den beiden Summenskalen.

Für die vier Subtests zum *Physischen Wohlbefinden* waren keine Interaktionen aus Zeit x Bedingung gegeben, obwohl sich eine Tendenz zur Signifikanz in der Dimension *Körperliche Funktionsfähigkeit* ($\eta^2_p = .040$) zeigte. Bezüglich des Haupteffektes Bedingung war in der Dimension *Allgemeine Gesundheit* ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ($\eta^2_p = .060$) zugunsten der Untersuchungsgruppe zu verzeichnen. Die weiteren drei Haupteffekte Bedingung sowie alle vier Haupteffekte Zeit waren für *Physisches Wohlbefinden* nicht signifikant.

Auch für die vier Subtests zum *Psychischen Wohlbefinden* des SF-36 gab es keine signifikanten Interaktionen. Lediglich der Haupteffekt Zeit zeigte für den Subtest *Psychisches Wohlbefinden* eine Tendenz zu einem Anstieg im Zeitverlauf ($\eta^2_p = .043$), die beide Gruppen betrifft. Für die Dimension *Psychisches Wohlbefinden* zeigte sich ein Unterschied zwischen den Bedingungen ($\eta^2_p = .067$) mit einem besseren Wert in der Untersuchungsgruppe.

Aufgrund von nicht signifikanten Interaktionseffekten (Zeit x Bedingung) der *psychischen* und *physischen Summenskalen* und der nicht signifikanten Interaktionen in den insgesamt acht Subdimensionen der vier *physischen* und vier *psychischen* Bereiche war die Nullhypothese für die Beantwortung der dritten Fragestellung beizubehalten.

Effekte der MBSR-Methode (Reibel et al., 2001), die in den Skalen Vitalität, körperlichem Schmerz, Rollenlimitierung durch körperliche Gesundheit und sozialem Funktionieren aufgezeigt wurden, konnten für die Trilogos-PsyQ-Methode nicht festgestellt werden.

Religiös-spirituelles Befinden (MI-RSB 48)

Für die *Gesamtskala* des religiös/spirituellen Befindens war keine Interaktion zwischen den Faktoren Zeit x Bedingung und folglich keine Therapiewirksamkeit zu beobachten. Es konnte eine marginale Signifikanz ($\eta^2_p = .049$) bezüglich einer zeitlichen Verbesserung in beiden

Gruppen festgestellt werden. Die Gruppen unterschieden sich signifikant ($\eta^2_p = .170$) mit einem höheren Wert zugunsten der Untersuchungsgruppe.

Bezüglich der Subskalen des MI-RSB 48 zeigten sich keine Interaktionen. Es wurde eine Veränderung im Sinne einer Zunahme im Zeitverlauf in der Dimension *Hoffnung immanent* ($\eta^2_p = .057$) in beiden Gruppen festgestellt. Eine tendenzielle Verbesserung im Zeitverlauf konnte in den Dimensionen *Vergeben* ($\eta^2_p = .048$) und *Allverbundenheit* ($\eta^2_p = .043$) in beiden Gruppen beobachtet werden.

In allen sechs Subskalen des MI-RSB 48 *Hoffnung immanent* ($\eta^2_p = .079$), *Vergeben* ($\eta^2_p = .088$), *Erfahrungen von Bedeutung und Sinn* ($\eta^2_p = .083$), *Allgemeine Religiosität* ($\eta^2_p = .105$), *Hoffnung transzendent* ($\eta^2_p = .082$) und *Allverbundenheit* ($\eta^2_p = .137$) waren signifikante Zwischensubjekt-Effekte gegeben. Bei diesen Unterschieden zwischen den Gruppen wies die Untersuchungsbedingung durchgehend höhere Werte auf.

Bei einer größeren Stichprobe wäre eventuell eine Interaktion möglich. Die Unterschiede zwischen den Gruppen wurden - wie bereits erwähnt - bereits im Vorfeld zu beheben versucht, wobei das Alter und das Geschlecht durch eine strenge Parallelisierung vergleichbar waren und der Bildungsstand weitgehend mit berücksichtigt werden konnte. Die spirituellen Vorkenntnisse der Teilnehmenden waren auch vergleichbar, womit die obgenannten potentiellen Störvariablen (confounders) beseitigt wurden. Eventuell sind die signifikanten Gruppenunterschiede mit den höheren Werten der Untersuchungsgruppe auf die Erwartungshaltung dieser Bedingung bezüglich einer positiven Wirkung der Intervention zurückzuführen.

Aufgrund der nicht signifikanten Ergebnisse, sowohl in der Gesamtskala des MI-RSB 48 als auch für die einzelnen Subskalen, wurde die Nullhypothese für die Beantwortung der vierten Fragestellung beibehalten, die besagt, dass die erste Stufe der Trilogos-PsyQ-Methode keinen positiven Einfluss auf das religiös-spirituelle Befinden hat.

Unabhängig des Niveauunterschieds waren demgegenüber die bedingungsspezifischen Veränderungen von Interesse. Diese konnten jedoch nur beim SVF120 beobachtet werden. Insgesamt zeigte sich die Wirksamkeit der Intervention durch die TPM nur in einigen Bereichen. Allerdings ist festzuhalten, dass der Effekt der Intervention klein ausfiel und über weite Strecken kein signifikantes Niveau aufwies.

Die praktische Relevanz der Trilogos-PsyQ-Methode, d.h. der Nettointerventionseffekt wurde durch die berechnete Effektstärke d (Cohen, 1988) bewertet. Für die *Positiv-Strategien POS 2*

ließ sich ein mittlerer Effekt ($d = 0.62$) nachweisen. Für die Gesamtskala der *positiven Verarbeitungsstrategien POSI-10* zeigte die Effektstärke mit $d = 0.56$ ebenso einen mittleren Effekt. Eine zusätzliche Post-Bestimmung von Effektgrößen mit dem Programm G*Power ergab ebenfalls einen mittleren Effekt von $f = 0,278$ (entsprechend Cohens $d = 0.56$).

Für die Berechnung des Nettoeffekts der Intervention wurde der Untersuchungskontext, die Auswahl der Zielgruppe, spirituelle Vorerfahrung, die Formulierung der Forschungsfragen und die daraus abgeleiteten Hypothesen mit berücksichtigt. Die Hypothesen wurden gerichtet formuliert, da Effekte durch eine Intervention therapeutischen Charakters angenommen wurden (Bortz und Döring, 2006). Auch Roethlisberger (2012) stellt eine Verbesserung des gesundheitlichen Bereichs und der Bewältigung des Alltags durch die Trilogos-PsyQ-Methode in Aussicht. Ein weiterer Untersuchungskontext bezog sich auf Studien zum MBSR-Training, in denen mehrfach Effekte nachgewiesen werden konnten. Die beiden Methoden wurden in der vorliegenden Arbeit zueinander in Bezug gesetzt und Unterschiede und Gemeinsamkeiten herausgearbeitet. Somit wurden für die vorliegende Arbeit aus relevanter Literatur und entsprechenden Studien die Forschungsfragen und dazugehörigen Hypothesen abgeleitet. Als Pilotstudie gibt es für den Trilogos-Lehrgang noch keine Vergleichsstudien bzw. erwiesenen Effekte, wobei die TPM als komplexe Methode neu in ihrer Art ist.

Anhand der Ergebnisse dieser Untersuchung ist festzuhalten, dass das Lesen von Büchern mit einem Umfang von mehreren hundert Seiten sich als Herausforderung herausstellen kann. Dies wurde von manchen TeilnehmerInnen bei der Posttest-Erhebung bestätigt.

Zwei Fragen wurden der Untersuchungsgruppe bei der Posttest-Erhebung als zusätzliche Absicherung der Effekte des Quasi-Experiments gestellt. Bezüglich der Frage, ob sich durch die Durchführung der ersten Stufe des Trilogos-Lehrgangs etwas in Ihrem Leben verändert habe, bejahten von den 39 Personen 28 TeilnehmerInnen (71.8%) eine subjektive Veränderung und 11 Teilnehmende (28.2%) verneinten diese. Die Antworten weisen darauf hin, dass die TPM für knapp zwei Drittel der Befragten eine Veränderung im Leben brachte. Diese war von den bejahenden 28 Personen für 13 TeilnehmerInnen (46.43%) auf das Trilogos-PsyQ-Training rückführbar, für 12 Teilnehmende (42.86%) war dies teilweise so und 2 Untersuchungspersonen (10.71%) gaben an, dass keine diesbezüglichen Veränderungen aufgetreten seien. Somit zeigte die TPM für beinahe die Hälfte der 28 teilnehmenden der Untersuchungsgruppe laut eigenen Angaben eine Wirkung. Die Ergebnisse dienen als Zusatzinformation bezüglich der Anwendungsmöglichkeit des Trilogos-Lehrgangs. Durch

diese beiden Zusatzfragen ergaben sich im Vergleich zu den inferenzstatistischen Daten positivere Werte.

Zu den Fragen bezüglich „Aura lesen“ und „Kontaktaufnahme mit Verstorbenen“ gab es keine positiven Antworten. Dies wird wohl erst nach Beendigung der drei Stufen des Trilogos-Trainings möglich sein, wie in Aussicht gestellt (Roethlisberger, 2012).

Durch Aussenden und Aufhängen eines Ankündigungsschreibens zur Studie wurden bereits eingangs die wichtigsten Informationen mitgeteilt. Diese Herangehensweise diente als Versuch, die Kooperationsbereitschaft mit den potenziellen TeilnehmerInnen zu erhöhen (Bortz & Döring, 2006). Im Vorfeld war nicht bekannt, wie viele Personen sich für die Intervention interessieren und diese auch erfolgreich durchführen würden. Für jede teilnehmende Person war notwendigerweise auch eine Person für die Kontrollgruppe zuzuordnen, da aufgrund des Untersuchungsdesigns des Quasi-Experiments die interne Validität durch eine Parallelisierung erhöht werden sollte. Immer wieder sprangen anfangs vermeintliche TeilnehmerInnen aufgrund von Zeitmangel, diversen unvorhergesehenen Ereignissen, der Seitenanzahl des Buches bzw. des autodidaktischen Lehrgangs selbst und dem damit verbundenen zeitlichen Aufwand bereits vor einer endgültigen Entscheidung zur Teilnahme an der Intervention wieder ab.

Als weitere Maßnahme, einem Abbruch der Studie entgegenzuwirken, diente bei den beiden Untersuchungen der schriftliche Hinweis bezüglich der Zusicherung der Anonymität und vertraulichen Behandlung der erhobenen Daten. Jeder Untersuchungsperson wurde das Buch *Im Kontakt mit der inneren Stimme* im Wert von 101.80 Euro als finanzieller Anreiz (Incentive) (Bortz & Döring, 2006) nach der Pretest-Erhebung gratis zu Verfügung gestellt.

Die Ausfallsquote von TeilnehmerInnen (Bortz & Döring, 2006) machte letztlich 15 Untersuchungspersonen aus, wobei durch die Parallelisierung weitere 15 Kontrollpersonen aus der Studie ausgeschlossen wurden. Insgesamt konnten somit von 108 TeilnehmerInnen (100%) 78 Teilnehmende (72.2%) den beiden Bedingungen zugeordnet werden, die die Intervention erfolgreich beendeten und auch die Posttest-Erhebung absolvierten. Die Drop-Out-Rate (Ausfallsquote) belief sich demzufolge auf 27.8% und dürfte den Grund auch im relativ hohen Aufwand haben, zu beiden Messzeitpunkten eine recht umfangreiche Erhebung bearbeiten zu müssen. Bei der Bearbeitung psychologischer Verfahren sollte der damit verbundene zeitliche Aufwand für die Untersuchungspersonen im Sinne der Gütekriterien Ökonomie und Zumutbarkeit (Moosbrugger & Kelava, 2012) möglichst gering sein.

Drei Teilnehmende füllten bei der ersten Erhebung einzelne Fragen nicht aus, die die Versuchsleiterin durch baldige Kontaktaufnahme beantwortet bekam. Somit war ein vollständiger Datensatz vorhanden, womit die Dateneingabe in das Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 21 erfolgen konnte, die über Wochen dauerte.

Die durchschnittliche Erarbeitungsdauer von einem halben Jahr war mit einer Mindestzeit von vier Monaten anberaumt, die jedoch von den wenigsten Teilnehmenden in dieser Zeit durchgeführt werden konnte. Die Untersuchungsgruppe wurde alle drei Wochen via Mail kontaktiert, um einerseits die Motivation zur Weiterbearbeitung aufrecht zu erhalten und über den ungefähren Soll-Stand des Buchkapitels zu informieren. Durch die damit verbundene kontinuierliche Aufrechterhaltung des Kontaktes könnte ein Versuchsleitereffekt (Bortz & Döring, 2006) aufgetreten sein. Ein derartiger Effekt bezeichnet eine mögliche Beeinflussung der Untersuchungsergebnisse. Um diesen möglichst gering zu halten, bekamen alle UntersuchungsteilnehmerInnen regelmäßig Mails mit denselben Inhalten. Ohne die entsprechenden Vorgaben zum Soll-Stand der zu lesenden Kapitel, die kontinuierlich alle drei Wochen schriftlich via Mails verschickt wurden, wäre die Ausfallsquote zusätzlich gestiegen. Eine weitere Standardisierung der Untersuchungsbedingung erfolgte bei der Instruktion im Rahmen der Pre- und Posttest-Erhebungen, die beiden Bedingungen in schriftlicher Form vorgegeben wurde und demzufolge auftretende Unterschiede zwischen den beiden Gruppen nicht durch Versuchsleitereffekte erklärbar sind (Bortz & Döring, 2006). In diesem Sinne wurde auch in beiden Bedingungen die Abfolge der zu bearbeitenden psychologischen Erhebungsinstrumente konstant gehalten.

Als Vorteil der persönlichen Erhebung ist generell anzumerken, dass bei auftretenden Verständnisfragen diese erklärt werden können und darauf geachtet wird, dass alle Items beantwortet werden. Limitationen hätte die Studie etwa bei Online-Erhebungen erfahren, bei denen nicht nachvollzogen werden kann, unter welchen Konditionen die Teilnehmenden den Fragebogen ausfüllen. Außerdem waren aufgrund der Altersunterschiede in jeder Gruppe auch Personen an der Untersuchung beteiligt, die keine Computerkenntnisse aufweisen bzw. für die eine Online-Studie laut eigenen Angaben eine Barriere bedeutet hätte. Das Nebengütekriterium Zumutbarkeit fordert eine Berücksichtigung des Zeitaufwands, der physischen und psychischen Belastung während einer Testung; ältere Menschen sind im Umgang mit dem Computer im Allgemeinen weniger geübt (Kubinger, 2009).

Es sei als weitere Anmerkung hinzugefügt, dass es sich bei den Begriffen Spiritualität und Gesundheit um multidimensionale Konstrukte handelt, die von verschiedenen Autoren differenziert aufgefasst werden (Bucher, 2007). Eingangs zu jedem Abschnitt wurde demnach auf die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Definitionen eingegangen, um letztlich die für diese Arbeit relevanten Begriffsbezeichnungen aufzuzeigen.

Im Rahmen der Intervention war es vorgesehen, diese selbständig und nicht in Gruppen durchzuführen, um einer diesbezüglichen Datenverzerrung durch verschiedene Erarbeitungsweisen des Lehrgangs *Im Kontakt mit der inneren Stimme* entgegenzuwirken. Manche TeilnehmerInnen hätten sich das Erarbeiten des Inhalts und einen diesbezüglichen Austausch in Gruppen gewünscht, da ein Gruppensetting wahrscheinlich auch eine andere Motivation mit sich brächte, als das umfassende Buch von 652 Seiten alleine zu erarbeiten. Manche Personen beschwerten sich diesbezüglich bei der Untersuchungsleiterin und empfanden das Erarbeiten des Buches als große Aufgabe. Anzumerken ist allerdings, dass ein Erarbeiten der Themen in Gruppen aufgrund fehlender personeller, zeitlicher und örtlicher Ressourcen nicht durchführbar war.

Bei einer Person aus der Untersuchungsgruppe kam während der Interventionszeit aufgrund einer Meditation ein nicht bearbeitetes Kindheitstrauma ins Bewusstsein, wobei die Versuchsleiterin dieser empfahl, vorübergehend die Intervention zu stoppen und sich bei Bedarf professionelle Hilfe für eine Aufarbeitung der besagten Probleme zu holen. Dieser Teilnehmer pausierte kurz und führte letztlich den Lehrgang erfolgreich weiter fort. Zwei weitere Personen schilderten während der Posttest-Erhebung persönlich erlebte Begegnungen negativer Art (Erscheinen von spirituellen Lehrern) durch die Erarbeitung der Literatur *Im Kontakt mit der inneren Stimme*.

Limitationen

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass keine signifikanten Interaktionseffekte der beiden Faktoren Zeit und Bedingung gegeben waren, die mit den psychologischen Untersuchungsinstrumenten SOC-13, SF-36 und MI-RSB 48 evaluiert wurden. Für den vorliegenden Stichprobenumfang konnten mittelgroße bis größere Effekte ein signifikantes Niveau erreichen. Somit lagen die in dieser Untersuchung beobachteten kleinen Effekte unterhalb der Nachweisgrenze. Dementsprechend wären für nachfolgende Erhebungen

Stichprobenumfänge $N > 100$ erforderlich, um signifikante Effekte anzuzeigen. Zum Nachweis der gezeigten Trends wären für weitere Studien größere Stichproben nötig. Bei nicht signifikanten Ergebnissen ist zu schließen, dass die vorliegenden Effekte nicht jenes Ausmaß erreicht haben, um auffällig zu werden.

Als Limitation soll hierzu auch angemerkt werden, dass die nicht signifikanten Ergebnisse des SF-36 etwa durch gegebene Decken- oder Ceilingeffekte (Bröder, 2011) zustande gekommen sein könnten, die bedeuten, dass in dem Bereich der bestmöglichen gesundheitsbezogenen Lebensqualität nur schlecht zwischen den verschiedenen Personen differenziert werden kann. Somit sind Unterschiede in den Maximalwerten nicht feststellbar. Testwerte können nur einen beschränkten Wertebereich erzielen und haben dadurch einen höchsten erreichbaren Messwert (Bröder, 2011). Der SF-36 wurde auch von Bernklev et al. (2005) aufgrund von Deckeneffekten kritisiert, wobei diese auch in der vorliegenden Studie durch die Ziehung der Stichprobe aus der gesunden Normalpopulation vermutet werden können.

Die vier vorgegebenen Messverfahren bestanden aus Fragebögen, die in Form von Selbstbeurteilungen bearbeitet wurden. Dadurch wäre mit der Beantwortung der Fragen eine Tendenz zu sozial erwünschtem Antworten (Bortz & Döring, 2006) und in diesem Sinne eine potenzielle Verzerrung der Antworten zugunsten der Teilnehmenden möglich. Allerdings wurden die Fragen unter Wahrung der Anonymität beantwortet, auf die von der Untersuchungsleiterin bei den Datenerhebungen explizit hingewiesen wurde.

Die Vorgabe des SVF120 mit seinen 120 Items empfanden manche Teilnehmende als anstrengend, da sich ihrer Meinung mehrere Fragen wiederholten. Demzufolge ist zu überlegen, ob dieses Messinstrument im Rahmen einer Untersuchung mit einer klinischen Stichprobe generell brauchbar ist. Als Kritik zu dem besagten Fragebogen ist nach Beutel und Brähler (2004) anzumerken, dass dieses Messverfahren für die klinische Anwendung zu lange ist und keine Stellung zur Frage der Stabilität von Bewältigungsstrategien genommen wurde. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigten mit den Werten zwischen .62 und .78 jedoch eine zufriedenstellende Retest-Reliabilität bezüglich der erhobenen Bewältigungsstrategien und bestätigen die postulierte Stabilität der Stressverarbeitungsstrategien des SVF120 von Janke et al. (1997).

14 AUSBLICK

Die vorliegende Studie verfolge das Ziel, die Intervention des Lehrgangs *Im Kontakt mit der inneren Stimme* auf Effekte bezüglich einer Verbesserung des Kohärenzsинns, der Gesundheit, der Stressverarbeitung und des religiös-spirituellen Befindens zu prüfen. Die Erprobung des autodidaktischen Lehrgangs erfolgte als Pilotstudie mit Personen aus der Normalbevölkerung, die in Österreich leben.

Bei gegebenen signifikanten Untersuchungsergebnissen war von Interesse, die PSYQ-Methode in der Prävention oder Gesundheitsförderung anwenden bzw. diese in die klinische und therapeutische Praxis implementieren zu können. Positive Effekte konnten dabei in den *Positiv-Strategien (POS-2)* der Stressverarbeitung gezeigt werden, die sich auf Tendenzen zur *Ablenkung* von einer Belastung bzw. zur Hinwendung auf positive Situationen/Zustände beziehen. Der Gesamtettoeffekt zeigte sich mit $d = 0.62$ mittelgroß und belegt die Wirkung der Intervention. Demzufolge kann der Trilogos-PsyQ-Methode eine praktische Relevanz bezüglich positiver Bewältigungsstrategien im Umgang mit Stress zugeschrieben werden, wie es die Autorin vorgibt (Roethlisberger, 2012).

Der Lehrgang beinhaltet auch Meditationen, die sich laut Studie erwiesenermaßen positiv auf Meditierende auswirken (Shapiro, 1980). Meditationspraktiken haben bereits ihren Weg in die Psychotherapie gefunden, - auch die TPM besteht zum Teil aus geführten Meditationen, die anhand der Vorgabe im Buch bzw. mit CDs durchzuführen waren. In angeführten Studien (Reibel et al., 2001; Fehr, 2002; Shapiro et al., 1998; Kabat-Zinn & Skillings, 1989) konnten positive Effekte auf die Stressverarbeitung durch das MBSR-Training (Kabat-Zinn, 1994) verzeichnet werden. Um mit den alltäglichen Stressoren besser umgehen zu können, empfiehlt es sich, Meditationen bzw. Entspannungstrainings durchzuführen (Zimbardo, 1995; Kabat-Zinn, 1989, 1994). Diese können als Präventionsmaßnahme im Sinne des Erhaltens und Erreichens der Gesundheit und zur Förderung dieser empfohlen werden (Strauß, 2004). Die praktische Bedeutsamkeit der Intervention kann bzgl. der beobachteten Effekte, auch wenn diese gering waren, für zukünftige Forschung relevant werden (Bortz und Döring, 2006).

In den anderen Bereichen, die in dieser Arbeit untersucht wurden, konnten keine Effekte festgestellt werden. Diese betrafen die gesundheitsbezogene Lebensqualität, den Kohärenzsinn und das religiös-spirituelles Befinden.

Eine Empfehlung für eine Implementierung der TPM könnte auch insofern gegeben werden, da laut Studien (Callahan & Pincus., 1995; Franke et. al., 1997; Klaffke, 1997, zitiert nach Antonovsky, 1997) Personen mit Suchtproblematik geringere SOC-Werte aufweisen und bei

diesen somit Defizite in den Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit vorliegen. Durch die psychologische Untersuchung des Lehrgangs *Im Kontakt mit der inneren Stimme* konnten keine diesbezüglichen positiven Veränderungen in den drei obgenannten Dimensionen verzeichnet werden. Die Stichprobe dieser Studie bestand allerdings aus Personen der Normalpopulation. Der Kohärenzsinn könnte bei Jugendlichen durch spirituelle Praxis im Sinne von Meditationen gestärkt werden, wie es auch ein spirituelles Trainingsprogramm für die Anonymen Alkoholiker gibt, das sich bislang sehr bewährt hat (Murken, 2008). Des Weiteren könnten sich die Meditationsinhalte des Lehrgangs auch positiv auf Personen mit Suchtproblematik auswirken, da diese ein niedriges religiös-spirituelles Befinden aufweisen (Unterrainer et al., 2010).

Das Bundesministerium für Gesundheit (2014) verbietet anhand ihrer Richtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen und religiösen Methoden spirituelle Praktiken im therapeutischen Setting. Diese dürften sich in diesem Sinne auf das Erlernen von „Aura lesen“ und die „Aufnahme des Kontaktes mit Verstorbenen“ beziehen und dürfen gemäß der neuen Richtlinie (Bundesministerium für Gesundheit, 2014) demnach in Österreich nicht im psychotherapeutischen Kontext angewendet werden. Meditationspraktiken sind von dieser Richtlinie ausgeschlossen und gelten mittlerweile als etablierte Entspannungsmethoden in der therapeutischen Praxis (Zimbardo, 1995).

Das Trilogos-Training (Stufe 1) beinhaltet in den sechs Lektionen Meditationen und Visualisierungsübungen und leitet zu einer Reflexion der erlebten Inhalte an, anhand derer die gewonnenen Erkenntnisse in den Alltag integriert werden sollen. Anhand der Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung konnten Stressverarbeitungsstrategien belegt werden. Demzufolge kann die TPM als Ressource für die Bewältigung täglicher Herausforderungen empfohlen werden. Zusätzlichen Befragungen zufolge erlebten 28 von 39 Teilnehmenden durch die Durchführung der TPM eine subjektive Veränderung in ihrem Leben. Von diesen 28 Personen führte knapp die Hälfte ihre Veränderung im Leben direkt auf die Trilogos-PsyQ-Methode zurück. Zudem bestätigten einzelne TeilnehmerInnen bei der Posttest-Erhebung einen subjektiven Mehrgewinn im Sinne von vermehrter Reflexion, Sinnfindung, gegenseitiger Wertschätzung und Auseinandersetzung mit Spiritualität. Demnach ist der Trilogos-Lehrgang auch der persönlichen spirituellen Individuation dienlich.

15 ABSTRACT (deutsch)

Ziel: Diese Pilotstudie prüfte die Wirksamkeit der ersten Stufe des Lehrgangs *Im Kontakt mit der inneren Stimme*. Die praktische Relevanz wurde für die vier Konstrukte Kohärenzsinn, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Stressverarbeitung und religiös-spiritueller Befinden herausgearbeitet. Bei gegebenen Effekten wäre eine Implementierung der TPM in die klinische Praxis, als Präventionsmaßnahme und im Rahmen von Gesundheitsförderung denkbar. Die vorliegende Arbeit möchte zudem Anregungen für zukünftige Forschung zur Trilogos-PsyQ-Methode geben.

Methode: Das Design des Zweigruppen-Pre-Posttest-Plans umfasste eine Untersuchungs- und eine Kontrollbedingung. Die Untersuchungsgruppe nahm an der Intervention teil, bei der der Lehrgangsinhalt des Buches zu spirituellen Inhalten und Meditationen zu erarbeiten war. Die Kontrollgruppe wurde ohne Durchführung der Intervention untersucht. Insgesamt beteiligten sich 78 erwachsene Freiwillige an der Studie. Die Kontrollgruppe unterlag einer Parallelisierung, um die interne Validität zu erhöhen.

Ergebnisse: Die Wirksamkeit der Intervention konnte für die Positiv-Strategien (POS 2) der Stressverarbeitung (SVF-120) festgestellt werden. Diese weisen mit einem mittelgroßen Effekt ($d = 0.62$) auf Tendenzen zur Ablenkung von einer Belastung bzw. zur Hinwendung auf positive Situationen/Zustände hin. Für die anderen Konstrukte konnte keine Wirksamkeit beobachtet werden.

Konklusion: Die praktische Bedeutung zur Trilogos-PsyQ-Methode konnte für das Konstrukt Stressverarbeitung nachgewiesen werden. Die Studie zeigt, dass durch die Meditationen und die spirituellen Inhalte ein mittlerer Effekt in den POS 2- Strategien auftritt. Somit kann die TPM in Hinsicht ihres Effekts als Präventionsmaßnahme, in der Gesundheitsförderung und für die klinische Praxis empfohlen werden.

Schlüsselwörter: Trilogos-PsyQ-Methode Effekt Kohärenzsinn gesundheitsbezogene Lebensqualität Stressverarbeitung religiös-spiritueller Befinden praktische Relevanz

ABSTRACT

Aim: This pilot study examined the effectiveness of the first grade of the course *Im Kontakt mit der inneren Stimme*. The practical relevance was worked out for the four constructs: sense of coherence, health-related quality of life, stress processing and religious-spiritual condition. Significant effects of the TPM support to derive applications for prevention, health promotion and clinical practice. Furthermore this survey wants to give suggestions for future research of the Trilogos-PsyQ-method.

Method: The design of a branch rough pre post test plan was chosen, with an examination and a control condition. The examination group took part in the intervention. The course content of the book, with meditations and spiritual exercises, had to be worked through. The control group was examined without taking part in the intervention. A total of 78 adult volunteers participated in the study. The choice of the control group has been subjected to a parallelisation to increase internal validity.

Results: The effectiveness of the intervention was observed for the positive strategies (POS 2) of the stress processing (SVF-120). The middle-sized effect points at tendencies to divert stressful events and turn them into positive ones. For the other constructs effectiveness could not be observed.

Conclusion: The practical relevance of the Trilogos-PsyQ-method could be proved for the construct stress processing. This survey shows that by the meditations and the spiritual contents and instructions an effect occurs concerning the POS 2 strategies. This method can therefore be recommended as prevention measure, in health promotion and in clinical practice.

keywords: Trilogos-PsyQ method effect sense of coherence health-related quality of life stress processing religious-spiritual condition practical relevance

16 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

APA	American Psychological Association
gbLQ	Gesundheitsbezogene Lebensqualität
GRD	generalisiertes Widerstandsdefizit
GRRs	Generalisierte Widerstandsressourcen (Generalized Resistance Resources)
HEDE-Kontinuum	„health-ease“ und „dis-ease“-Kontinuum (Gesundheit und Entgesundheit)
ICD-10	International Classification of Diseases
KG	Kontrollgruppe
MBSR	mindful-based stress reduction (achtsamkeitsbasierte Stressreduktion)
MI-RSB 48	Multidimensionales Inventar zum religiös-spirituellen Befinden
SF-36	Short Form Health Survey (Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand)
SKID-I	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (Achse I: Psychische Störungen)
SAR-Modell	Anforderungs- Ressourcen-Modell der Gesundheit
SOC	Kohärenzgefühl, Kohärenzsinn, Kohärenzempfinden (sense of coherence)
SOC-13	Fragebogen zur Lebensorientierung
SV	Stressverarbeitung
SVF120	Stressverarbeitungsfragebogen
TPM	Trilogos-PsyQ-Methode
RSB	religiös-spirituelles Befinden
UG = VG = IG	Untersuchungsgruppe = Versuchsgruppe = Interventionsgruppe
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)

17 LITERATURVERZEICHNIS

- Angermeyer, M. C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- Anson, O., Paran, E., Neumann, L., & Chernichovsky, D. (1993). Gender differences in health perceptions and their predictors. *Social Science and Medicine*, 36(4), 419-427.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1983). The Sense of Coherence: Development of a Research Instrument. *Newsletter and Research Reports* (W. S. Schwartz Research Center of Behavioral Medicine, Tel Aviv University), 1, 1-11.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In A. Franke & M. Broda (Eds.), *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenesekonzept* (pp. 3-14). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit (Unraveling the mystery of health)* (Trans. Franke, A.). Tübingen: dgvt-Verlag.
- American Psychological Association (APA). (2009). *APA concise dictionary of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2011). *Multivariate Analysemethoden - Eine anwendungsorientierte Einführung* (13th ed.). Berlin: Springer.
- Becker, P. (1997). Prävention und Gesundheitsförderung. In R. Schwarzer (Ed.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (pp. 517-534). Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P., Schulz, P., & Schlotz, W. (2004). Persönlichkeit, chronischer Stress und körperliche Gesundheit. Eine prospektive Studie zur Überprüfung eines systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12(1), 11-23.
- Bengel, J., Strittmacher, R., & Willmann, H. (1999). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert: eine Expertise. (4th ed.). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Benson, H., Alexander, S., & Feldman, C. L. (1975). Decreased premature ventricular contractions through use of the relaxing response in patients with stable ischaemic heart-disease. *The Lancet*, 306(7931), 380-382. doi:10.1016/S0140-6736(75)92895-0
- Bernklev, T., Jahnsen, J., Lygren, I., Henriksen, M., Vatn, M., & Moum, B. (2005). Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease measured with the Short Form-36: psychometric assessments and a comparison with general population norms. *Inflammatory Bowel Disease*, 11(10), 909-918.

- Beutel, M. E., & Brähler, E. (2004). Testinformationen. *Diagnostica - Zeitschrift für Psychologische Diagnostik und Differentielle Psychologie*, 50(3), 165-167. doi:10.1026/0012-1924.50.3.165
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4th ed.). Heidelberg: Springer.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7th ed.). Berlin: Springer.
- Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M., & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology*, 8(5), 417-428.
- Broda, M., & Franke, A. (Eds.). (1993). *Psychosomatische Gesundheit - Versuch einer Abkehr vom Pathogenesekonzept*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Broda, M., Bürger, W., Dinger-Broda, A., & Massing, H. (1996). *Die Berus-Studie. Zur Ergebnisevaluation der Therapie psychosomatischer Störungen bei gewerblichen Arbeitnehmern*. Bad Münstereifel: Westkreuz-Verlag.
- Bröder, A. (2011). *Versuchsplanung und experimentelles Praktikum*. Göttingen: Hogrefe.
- Bucher, A. (2007). *Psychologie der Spiritualität*. Weinheim: Beltz.
- Bühl, A., & Zöfel, P. (2000). *SPSS Version 10. Einführung in die moderne Datenanalyse* (7th ed.). München: Addison- Wesley.
- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand-Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M., Ravens-Sieberger, U., & Siegrist, J. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin – eine Einführung. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberger (Eds.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive* (pp. 11-21).
- Bundesministerium für Gesundheit. (2014). *Richtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen und religiösen Methoden des Bundesministeriums für Gesundheit eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates vom 16.06.2014*. Retrieved from <http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/7/0/5/CH1002/CMS1415709133783/richtlinieabgrenzungesoterik.pdf> (Access on August 8th 2015)
- Callahan, L. F., Pincus, Th. (1995). The sense of coherence scale in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 8(1), 28-35.
- Chida, Y., Steptoe, A., & Powell, L. H. (2009). Religiosity/spirituality and mortality: A systematic quantitative review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 81-90. doi:10.1159/000190791
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Compas, B. E. (2004). Processes of risks and resilience during adolescence. In R. M. Lerner, & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of Adolescent Psychology*, 263-296. Hoboken: Wiley.

- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1997). Longitudinal stability of adult personality. In R. Hogan & J. A. Johnson (Eds.), *Handbook of Personality Psychology* (pp. 269-290). San Diego: Academic Press.
- Daaleman, T. P., & Frey, B. B. (2004). The Spirituality Index of Well-Being: A new instrument for health-related quality of life research. *Annals of Family Medicine*, 2(5), 499-503.
- Dedert, E. A., Studts, J. L., Weissbecker, I., Salmon, P. G., Banis, P. L., & Sephton, S. E. (2004). Religiosity may help preserve the cortisol rhythm in women with stress-related illness. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34(1), 61-77. doi:10.2190/2Y72-6H80-BW93-U0T6
- Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell - Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin: Österreichische Fachzeitschrift für medizinische Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 16(2), 3-12.
- Egger, J. W. (2013). Zur spirituellen Dimension des biopsychosozialen Modells. *Zeitschrift für Psychologische Medizin: Österreichische Fachzeitschrift für medizinische Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 24(2), 39-46.
- Ellison, C. W. (1994). *Spiritual Well Being Scale*. San Francisco: Harper & Row.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Fehr, T. (2002). Der gesundheitliche Nutzen von Meditationstechniken mit spiritueller Zielrichtung. In W. Belschner (Ed.), *Transpersonale Forschung im Kontext* (pp. 351-392). Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssysteme der Universität Oldenburg.
- Field, A. (2009). *Discovery statistics using SPSS* (3rd ed.). London: SAGE.
- Franke, A., Elsesser, K., Algermissen, G., & Stitzler, F. (1997). *Gesundheit und Abhängigkeit bei Frauen. Eine Salutogenetische Verlaufsstudie*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Franke, A. (2010). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (2nd ed.). Bern: Huber.
- G*Power 3.1.9.2. *Statistical power analysis program*. (2014). Retrieved from <http://www.gpower.hhu.de>
- Grof, St. (1986). *Alte Weisheit und modernes Denken. Spirituelle Traditionen in Ost und West im Dialog mit der neuen Wissenschaft*. München: Kösel.
- Grof, St. (1994). *Das Abenteuer der Selbstentdeckung: Heilung durch veränderte Bewußtseinszustände; ein Leitfad*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Grof, Chr. & Grof, St. (Eds.). (1991). *Spirituelle Krisen. Chancen der Selbstfindung*. München: Kösel
- Grom, B. (2007). *Religionspsychologie*. München: Kösel.
- Grom, B. (2011). Wie gesund macht der Glaube? *Stimmen der Zeit*, 229(2), 101-112.
- Hannöver, W., Michael, A., Meyer, C., Rumpf H. J., Hapke U., & John U. (2004). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. Ergänzungen zu den deutschen Normwerten aus einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54, 179-186.

- Hawley, D. J., Wolfe, F., & Cathey, M. A. (1992). The Sense of Coherence Questionnaire in patients with Rheumatic J. Disorders. *Rheumatology*, 19, 1912-1981.
- Hefti, R. (2011). Religion und Mortalität. In C. Klein, H. Berth & F. Balck (Eds.), *Gesundheit - Religion - Spiritualität* (pp. 361-374). München: Juventa.
- Hill, T. D., Burdette, A. M., Ellison, C. G., & Musick, M. A. (2006). Religious attendance and health behaviors of Texas adults. *Preventive Medicine*, 42(4), 309-312. doi:10.1016/j.ypmed.2005.12.05
- Hollywell, C., & Walker, J. (2009). Private prayer as a suitable intervention for hospitalised patients: A critical review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 18(5), 637-651. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02510.x
- Hurrelmann, K. (1994). *Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf* (3rd ed.). Weinheim: Juventa-Verlag.
- Jacobson, E. (1970). *Modern treatment of tense patients*. Springfield: Thomas.
- Janke, W., & Erdmann, G. (1985). *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF 120). Eine Kurzbeschreibung und Grundlegende Kennwerte*. Göttingen: Hogrefe.
- Janke, W., Erdmann, G., & Kallus, K. W. (1997). *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF) mit SVF 120*. Göttingen: Hogrefe.
- Jung, C. G. (1971). *Gesammelte Werke*. 16, p. 167-170, §§ 353-539. Olten: Walter-Verlag.
- Jung, C. G. (1994). *Gesammelte Werke*. 6, §§ 743-748. Olten: Walter-Verlag.
- Jung, C. G., Franz, M.-L., Henderson, J. L., Jacobi, J., & Jaffé, A. (2012). *Der Mensch und seine Symbole* (18th ed.). Ostfildern: Patmos-Verlag.
- Kabat-Zinn, J. (1991). *Gesund und stressfrei durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung*. München: Barth.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J., & Skillings, A. (1989). *Sense of coherence and stress hardness as predictors and measure of outcome of a stress reduction program*. Poster presented at the meeting of the Society of Behavioral Medicine, San Francisco.
- Kammerl, M. (2010). *Positive Wirkung von Meditation. Eine Studie zu Spiritualität, Achtsamkeit, Glück, Lebenszufriedenheit, Ängstlichkeit, Persönlichkeit und Meditationstiefe*. Saarbrücken: VDM-Verlag Dr. Müller.
- Karasu, B. I. (1999). Spiritual psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 53(2), 143-162.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health - Inquiry into hardness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
- Kubinger, K. D. (2009). *Psychologische Diagnostik. Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens* (2nd ed.). Göttingen: Hogrefe.

- La Cour, P., Avlund, K., & Schultz-Larsen, K. (2006). Religion and survival in a secular region. A twenty year follow-up of 734 Danish adults born in 1914. *Social Science and Medicine*, 62(1), 157-164. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.05.029
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3), 141-169.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaption*. New York: Oxford University Press.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 440-442. doi: 10.1136/jech.2005.034777
- Lutgendorf, S. K., Russell, D., Ullrich, P., Harris, T. B., & Wallace, R. (2004). Religious participation, interleukin-6, and mortality in older adults. *Health Psychology*, 23(25), 465-475. doi:10.1037/0278-6133.23.5.465
- Lutz, R. (1980). Skript zur Entspannungsinstruktion. *Mitteilungen der DGVT. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie*, 12(3), 530-545.
- Lutz, R., & Wieberg, H. J. (1982). Effektivitätsuntersuchung verschiedener Entspannungstechniken. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 11, 98-115.
- Margraf, J., Siegrist, J., & Neumer, S. (Eds.). (1998). *Gesundheits- und Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin: Springer.
- Maslow, A. H. (1985). *Psychologie des Seins. Ein Entwurf* (3rd ed.). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Masten, A. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In M. C. Wang & E. W. Gordon (Eds.), *Resilience in inner-city America. Challenges and prospects*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G., & Thoresen, C. E. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19(3), 211-222. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.19.3.211>
- McCullough, M. E. (2001). Religious involvement and mortality. In T. Plante & A. C. Sherman (Eds.). (2001). *Faith and health. Psychological perspectives* (pp. 53-74). New York: The Guilford Press.
- Moosbrugger, H., & Kelava, A. (Eds.). (2007). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer.
- Moosbrugger, H., & Kelava, A. (2012). Qualitätsanforderungen an einen psychologischen Test (Testgütekriterien). In H. Moosbrugger & A. Kelava (Eds.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (2nd ed., p. 7-26) . Heidelberg: Springer.
- Murken, S. (2008). Das Konzept der Zwölf Schritte und der „Höheren Macht“. Zum Genesungsprogramm der Anonymen Alkoholiker. *Prävention*, 31(2), 57-60.

- Murken, S., & Reis, D. (2010). Religiosität, Spiritualität und Krebserkrankung. In C. Klein, H. Berth & F. Balck (Eds.), *Gesundheit - Religion - Spiritualität* (pp. 321-332). München: Juventa.
- Noack, R. H. (1997). Salutogenese: Ein neues Paradigma in der Medizin? In H. H. Bartsch & J. Bengel (Eds.), *Salutogenese in der Onkologie* (pp. 88-105). Basel: Karger.
- Obisesan, T., Livingston, T., Trulear, H. D., & Gillium, F. (2006). Frequency of attendance at religious services, cardiovascular disease, metabolic risk factors and dietary intake in Americans: An age-stratified exploratory analysis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(4), 435-448. doi:10.2190/9W22-00H1-362K-0279
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being, and the quality of life. In L.A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, (pp. 224-237). New York: Wiley.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice*. New York: The Guilford Press.
- Pargament, K. I. (1999). The psychology of religion and spirituality: Yes and no. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 9(1), 3-16. doi:10.1207/s15327582ijpr0901-2
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually Integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred*. New York: The Guilford Press.
- Park, C. L. (2007). Religiousness/spirituality and health: A meaning systems perspective. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(4), 319-328. doi:10.1007/s10865-007-9111-x
- Pschyrembel, W., & Arnold, U. (Eds.). (2014). *Pschyrembel - Klinisches Wörterbuch* (266th ed.). Berlin: De Gruyter.
- Reibel, D., Greeson, J., Brainard G., & Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and healthrelated quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*, 23(4), 183-192. doi:10.1016/S0163-8343(01)00149-9
- Roethlisberger, L. V. (2012). *Im Kontakt mit der inneren Stimme. PsyQ Training für Persönlichkeits- und Bewusstseinsbildung. Ein autodidaktischer TRILOGOS-Lehrgang. Stufe I: PsyQ - bewusst leben*. Berlin: Pro BUSINESS GmbH.
- Rost, J. (2004). *Lehrbuch Testtheorie - Testkonstruktion* (2nd ed.). Bern: Huber.
- Sack, M., Künsebeck, H.-W., Lamprecht, F. (1997). Kohärenzgefühl und psychosomatischer Behandlungserfolg. *Psychotherapie., Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 47, 149-155.
- Schnell R., Hill P. B., & Esser E. (1999). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (6th ed.). München: Oldenbourg.
- Schultz, I. H. (1987). *Das autogene Training* (18th ed.). Stuttgart: Thieme.
- Shapiro, D. H. (1980). *Meditation: Self-regulation strategy and altered state of consciousness*. New York: Aldine.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(6), 581-599.

- Sherman, A. C., Plante, T. G., Simonton, S. Latif, U., & Anaissie, E. J. (2009). Prospective study of religious coping among patients undergoing autologous stem cell transplantation. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(1), 118-128.
- Stangl, W. (2012). *Emergenz. Lexikon für Psychologie und Pädagogik*. Retrieved from <http://www.lexikon.stangl.eu/5391/emergenzt/> (Access on September 21st 2015)
- Steinmann, R. M. (2012). *Spiritualität - Die vierte Dimension der Gesundheit. Eine Einführung aus der Sicht von Gesundheitsförderung und Prävention* (2nd ed.). Berlin: LIT.
- Strauß, B., Berger, U., Troschke, J., & Brähler, E. (Eds.). (2004). *Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Stumm, G. & Fritz, A. (Hrsg.) (2009). Unter Mitarb. von M. Voracek u. P. Gumhalter. *Wörterbuch der Psychotherapie 2., erw. Auflage*. Wien: Springer.
- Unterrainer, H. F., Schögl, H., Ladenhauf K. H., Wallner-Liebmann, S., & Kapfhammer, H.-P. (2009). Spiritualität und Sucht. Struktur und Inhalt der Gottesbeziehung von Abhängigen im Vergleich zu allgemein-psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollpersonen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 32(1), 29-36.
- Unterrainer, H. F., Huber, H. P., Ladenhauf, K. H., Wallner, S. J., & Liebmann, P. M. (2010). MI-RSB 48. Die Entwicklung eines multidimensionalen Inventars zum religiös-spirituellen Befinden. *Diagnostica*, 56(2), 82-93. doi:10.1026/0012-1924/a000001
- Unterrainer, H. F., Schögl, H., Lewis, A. J., Fink, A., Weiss, E., & Kapfhammer, H. P. (2013). *Neuropsychiatrie. Religiös/Spirituelles Befinden bei psychisch Kranken: Ängstlich/ Depressive und Suchtkranke im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen*. Wien: Springer.
- Unterrainer, H. F., & Fink, A. (2013). Das Multidimensionale Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MI-RSB): Normwerte für die österreichische Allgemeinbevölkerung. *Diagnostica*, 59(1), 33-44. doi:10.1026/0012-1924/a000079
- Werner, E. E., & Smidi, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: Mc Graw-Hill.
- Wirtz, M. A., & Strohmmer, J. (Eds.). (2013). *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (16. ed.). Bern: Huber.
- Wirtz M. A. (Ed.). (2014). *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (17th ed.). Bern: Huber.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S., & Zaudig, M. (1997). *SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Fydrich, Th. (1997). *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (Eds.). (2006). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (Eds.). (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2nd ed.). Heidelberg: Springer.

- World Health Organization (WHO). (1946). *Official records*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. *Official Records of the World Health Organization*, (2), 100.
- World Health Organization (WHO). (1994). *International statistical classification of diseases and related public health problems, 1-3*, (10th ed.). Geneva: World Health Organisation.
- Zimbardo, P. G. (1995). *Psychologie* (6th ed.). Berlin: Springer.
- Zwingmann, C. (2004). Spiritualität/Religiösität und das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität: Definitionsansätze, empirische Evidenz, Operationalisierungen. In C. Zwingmann & H. Moosbrugger (Eds.), *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie* (pp. 215-237). Münster: Waxmann.

III ANHANG

1 TABELLENVERZEICHNIS

1	<i>Fragen, Gesamtanzahl der Items und Beispielitems des Screenings</i>	56
2	<i>Dimensionen, Item-Nummern und Beispielitems des SOC-13</i>	57
3	<i>Dimensionen, Gesamtanzahl der Items und Beispielitems des SVF 120</i>	58
4	<i>Dimensionen, Anzahl der Items und Beispielitems des SF-36</i>	60
5	<i>Dimensionen, Anzahl der Items und Beispielitems des MI-RSB 48</i>	61
6	<i>Häufigkeiten und Anteilswerte von Geschlecht in Abhängigkeit der Bedingung</i>	65
7	<i>Häufigkeiten und Anteilswerte von Bildung in Abhängigkeit der Bedingung</i>	66
8	<i>Häufigkeiten und Anteilswerte von Familienstand in Abhängigkeit der Bedingung</i>	67
9	<i>Häufigkeiten und Anteilswerte von Wohnort in Abhängigkeit der Bedingung</i>	68
10	<i>Häufigkeiten und Anteilswerte spiritueller Vorkenntnisse in Abhängigkeit der Bedingung</i>	69
11	<i>SOC-13 Reliabilitäten Pretest - Posttest (N = 78)</i>	71
12	<i>SVF120 Reliabilitäten Pretest - Posttest (N = 78)</i>	72
13	<i>MI-RSB 48 Reliabilitäten Pretest - Posttest (N = 78)</i>	73
14	<i>Sechs-Monats-Stabilitäten der Gesamtskalen SOC-13, MIRSB, SF-36 physisch und psychisch sowie der Positiv- und Negativstrategien des SVF120 (N = 78)</i>	74
15	<i>Deskriptivstatistische Kennwerte für die Gesamtskala des Kohärenzsinn SOC-13 in Abhängigkeit von Zeit und Bedingung (n₁=39; n₂=39)</i>	75
16	<i>Deskriptivstatistische Kennwerte für die Subskalen Bedeutsamkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit des SOC in Abhängigkeit von Zeit und Bedingung (n₁=39; n₂=39)</i>	77
17	<i>Deskriptivstatistische Kennwerte für die 20 Subskalen des SVF120 in Abhängigkeit von Zeit und Bedingung (n₁=39; n₂=39)</i>	81
18	<i>Deskriptivstatistische Kennwerte für die Positiv- und Negativstrategien des SVF120 in Abhängigkeit von Zeit und Bedingung (n₁=39; n₂=39)</i>	84
19	<i>Deskriptivstatistische Kennwerte der Positivstrategien POS 1-POS 3 des SVF120 in Abhängigkeit der Bedingungen im Zeitverlauf (n₁=39; n₂=39)</i>	88
20	<i>Deskriptivstatistische Kennwerte für die physische und psychische Summenskala des SF-36 in Abhängigkeit von Zeit und Bedingung (n₁=39; n₂=39)</i>	91
21	<i>Deskriptivstatistische Kennwerte für die 4 Subskalen physisch des SF-36 in Abhängigkeit von Zeit und Bedingung (n₁=39; n₂=39)</i>	93
22	<i>Deskriptivstatistische Kennwerte für die 4 Subskalen psychisch des SF-36 in Abhängigkeit von Zeit und Bedingung (n₁=39; n₂=39)</i>	95
23	<i>Deskriptivstatistische Kennwerte für die Gesamtskala des MI-RSB in Abhängigkeit von Zeit und Bedingung (n₁=39; n₂=39)</i>	96
24	<i>Deskriptivstatistische Kennwerte für die 6 Subskalen des MI-RSB 48 in Abhängigkeit von Zeit und Bedingung (n₁=39; n₂=39)</i>	99

2 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

1	Photograph of Linda Vera Roethlisberger. (2015). Retrieved from http://trilogos.ch/page/linda-vera-roethlisberger	10
2	Photograph of the TRILOGOS - Institut für Persönlichkeits- und Bewusstseinsbildung, 8032 Zürich. © 2015 by DSA Eva Höck	10
3	Salutogenese-Modell mit Gesundheits-Krankheits-Kontinuum nach A. Antonovsky (1979), vereinfachte Darstellung von K. Hurrelmann (1994, p. 135)	20
4	Gegenüberstellung der Unterschiede zwischen Pathogenese und Salutogenese (Noack, 1997, p. 95)	23
5	Schematische Darstellung des Stressmodells nach Lazarus und Folkman (1984), (Strauß et al., 2004, p. 71)	29
6	Der biopsychosoziale Gesundheitsbegriff (J. Egger, 2005, p. 7)	34
7	Bedürfnispyramide nach Maslow. Retrieved from http://www.shaxmax.at/itwo/trainerwiki/index.php?title=Bed%C3%BCrfnispyramide	43
8	Standardisierte Effektgröße als Funktion von Stichprobenumfang unter Berücksichtigung der Power in Stufen 0.80 bis 0.95 bei $\alpha = 0.05$	70
9	Interaktion von Zeit x Bedingung für SVF120 - Selbstbestätigung (POS)	83
10	Interaktion von Zeit x Bedingung für SVF120 - Entspannung (POS)	83
11	Interaktion von Zeit x Bedingung für SVF120 - Flucht (NEG 13-18)	83
12	Interaktion von Zeit x Bedingung für SVF120 (POS 1-10)	85
13	Nettoeffekt der Intervention mit Effektstärken der Untersuchungs- und Kontrollgruppe für positive Stressverarbeitungs-Strategien (POS 1-10)	86
14	Interaktion von Zeit x Bedingung für die Positiv-Strategien (POS 2) des SVF120	87
15	Gesamtnettoeffekt der Intervention mit Effektstärken der Untersuchungs- und Kontrollgruppe für die POS 2 - Strategien <i>Ablenkung</i>	89
16	Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für <i>SOC gesamt</i>	131
17	Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für <i>SOC Bedeutsamkeit</i>	131
18	Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für <i>SOC Verstehbarkeit</i>	131
19	Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für <i>SOC Handhabbarkeit</i>	131
20	Profildigramme von zweifaktorieller ANOVA für <i>SF-36 physisch</i> und <i>psychisch gesamt</i>	131
21	Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für <i>SF-36 physisch</i> Körperliche Funktionsfähigkeit	132
22	Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für <i>SF-36 physisch</i> Schmerzen	132
23	Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für <i>SF-36 physisch</i> Körperliche Rollenfunktion	132
24	Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für <i>SF-36 physisch</i> Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	132
25	Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für <i>SF-36 psychisch</i> Vitalität	132
26	Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für <i>SF-36 psychisch</i> Soziale Funktionsfähigkeit	132

27	Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für <i>SF-36 psychisch Emotionale Rollenfunktion</i>	133
28	Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für <i>SF-36 psychisch Psychisches Wohlbefinden</i>	133
29	Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für <i>MI-RSB gesamt</i>	133
30	Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für <i>MI-RSB - Hoffnung immanent</i>	133
31	Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für <i>MI-RSB - Vergeben</i>	133
32	Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für <i>MI-RSB - Erfahrungen von Bedeutung und Sinn</i>	133
33	Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für <i>MI-RSB - Religiosität</i>	134
34	Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für <i>MI-RSB - Hoffnung transzendent</i>	134
35	Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für <i>MI-RSB - Allverbundenheit</i>	134
36	SVF120 - <i>POS 1</i>	134
37	SVF120 - <i>POS 3</i>	134
38	SVF120 - <i>Bagatellisierung</i>	134
39	SVF120 - <i>Herunterspielen</i>	135
40	SVF120 — <i>Schuldabwehr</i>	135
41	SVF120 - <i>Ersatzbefriedigung</i>	135
42	SVF120 - <i>Situationskontrolle</i>	135
43	SVF120 - <i>Reaktionskontrolle</i>	135
44	SVF120 - <i>Positive Selbstinstruktionen</i>	135
45	SVF120 - <i>Soziales Unterstützungsbedürfnis</i>	136
46	SVF120 - <i>Vermeidung</i>	136
47	SVF120 - <i>Soziale Abkapselung</i>	136
48	SVF120 - <i>Gedankliche Weiterbeschäftigung</i>	136
49	SVF120 - <i>Resignation</i>	136
50	SVF120 - <i>Selbstbemitleidung</i>	136
51	SVF120 - <i>Selbstbeschuldigung</i>	137
52	SVF120 - <i>Aggression</i>	137
53.	SVF120 - <i>Pharmakaeinnahme</i>	137
54	<i>Standardisierte Effektgröße als Funktion vom Stichprobenumfang</i>	137

3 ABBILDUNGEN (Zusatz)

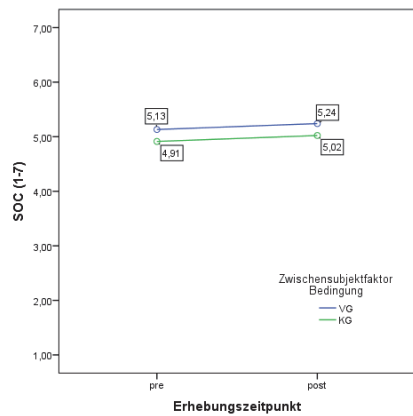


Abbildung 16. Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für *SOC gesamt*

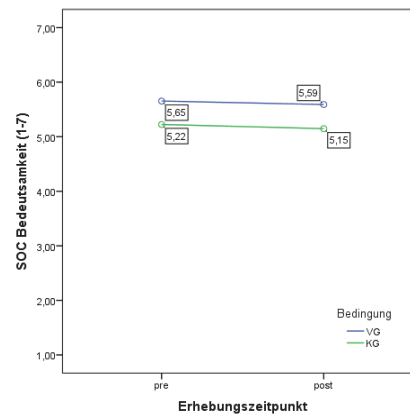


Abbildung 17. Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für *SOC Bedeutsamkeit*

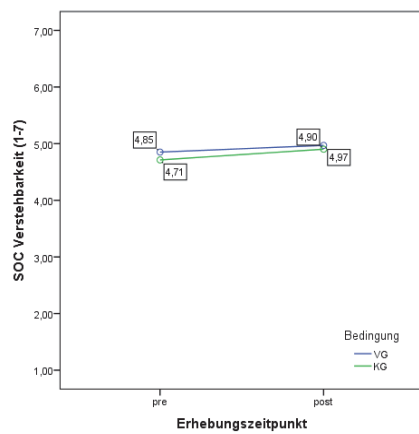


Abbildung 18. Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für *SOC Verstehbarkeit*

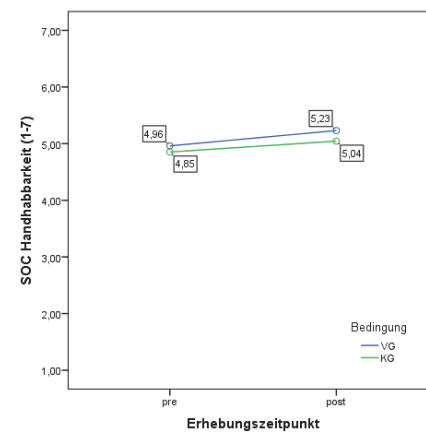


Abbildung 19. Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für *SOC Handhabbarkeit*

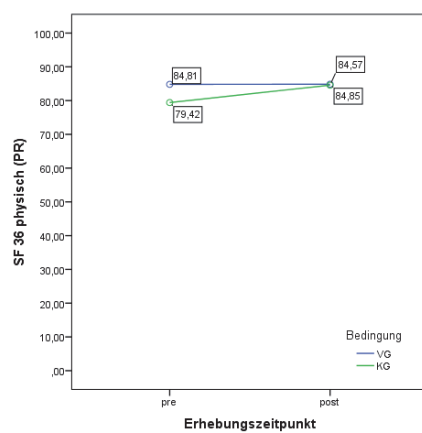
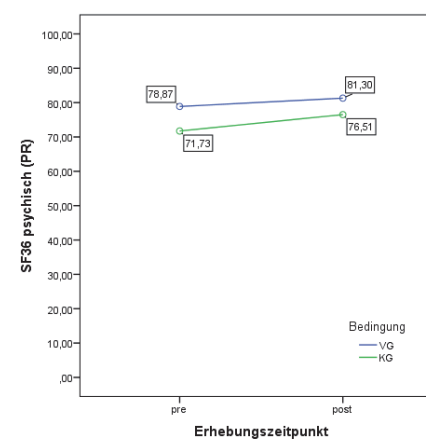


Abbildung 20. Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für *SF-36 physisch und psychisch gesamt*



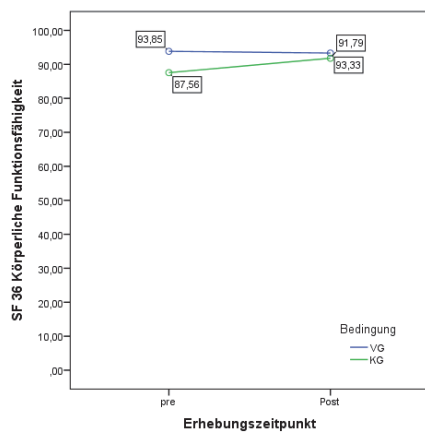


Abbildung 21. Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für *SF-36 physisch* Körperliche Funktionsfähigkeit

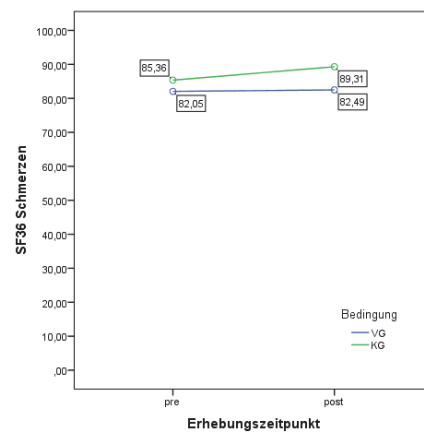


Abbildung 22. Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für *SF-36 physisch* Schmerzen

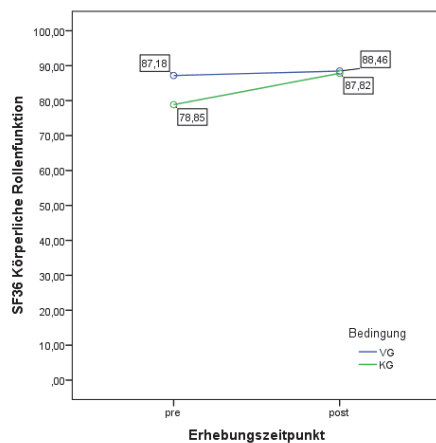


Abbildung 23. Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für *SF-36 physisch* Körperliche Rollenfunktion

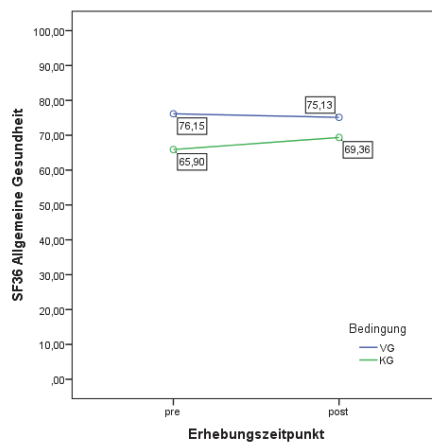


Abbildung 24. Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für *SF-36 physisch* Allgemeine Gesundheitswahrnehmung

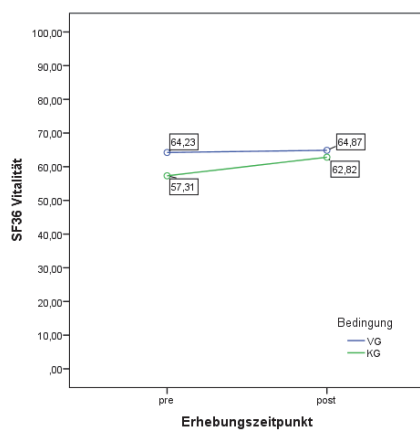


Abbildung 25. Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für *SF-36 psychisch* Vitalität

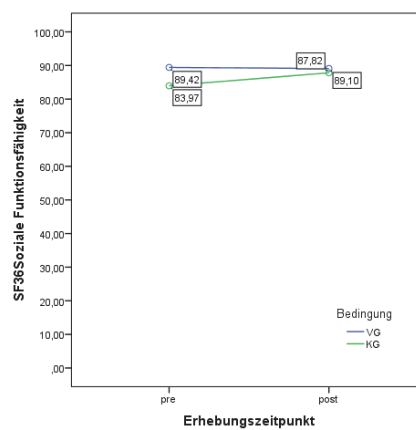


Abbildung 26. Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für *SF-36 psychisch* Soziale Funktionsfähigkeit

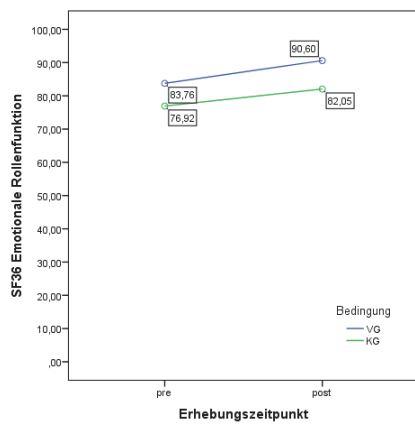


Abbildung 27. Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für *SF-36 psychisch* Emotionale Rollenfunktion

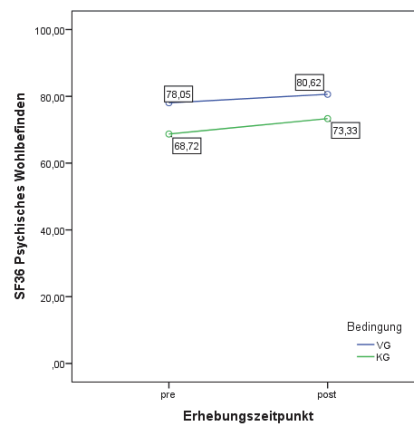


Abbildung 28. Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für *SF-36 psychisch* Psychisches Wohlbefinden

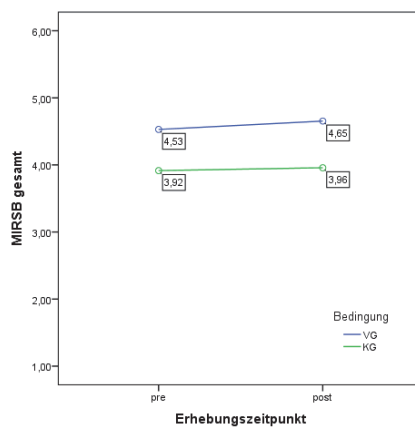


Abbildung 29. Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für *MI-RSB 48 gesamt*

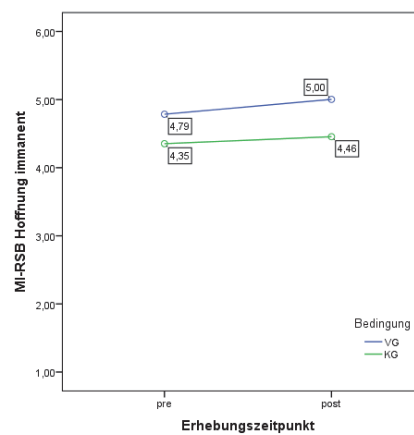


Abbildung 30. Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für *MI-RSB 48 - Hoffnung immanent*

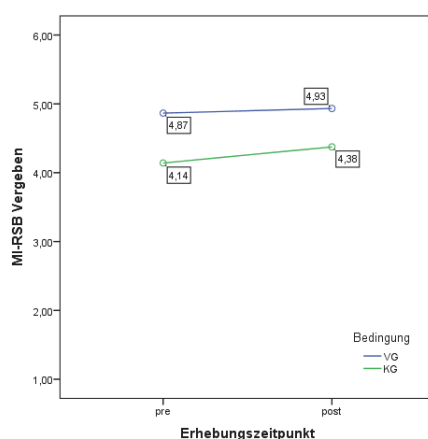


Abbildung 31. Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für *MI-RSB 48 - Vergeben*

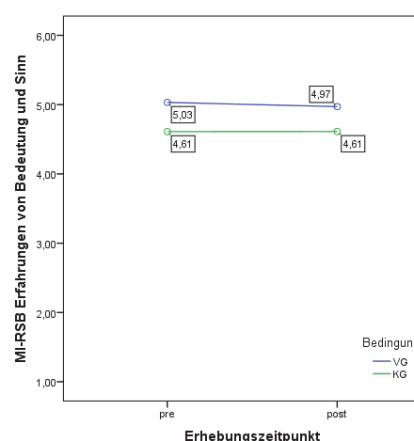


Abbildung 32. Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für *MI-RSB 48 - Erfahrungen von Bedeutung und Sinn*

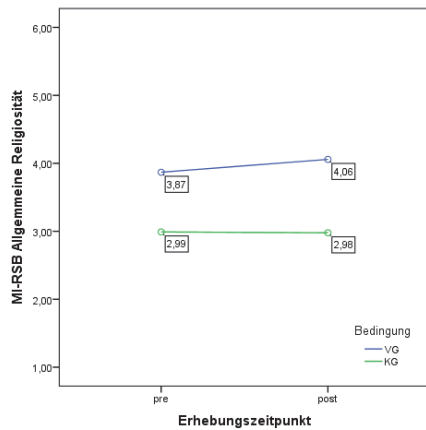


Abbildung 33. Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für MI-RSB 48 - Religiosität

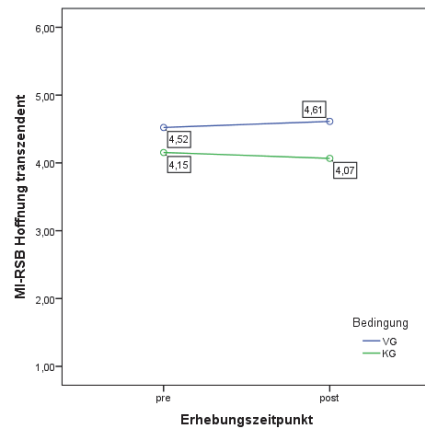


Abbildung 34. Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für MI-RSB 48 - Hoffnung transzendent

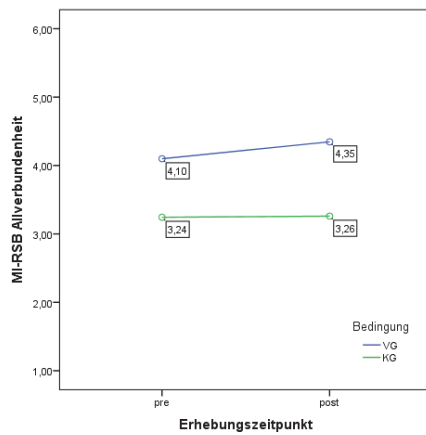


Abbildung 35. Profildigramm von zweifaktorieller ANOVA für MI-RSB 48 - Allverbundenheit

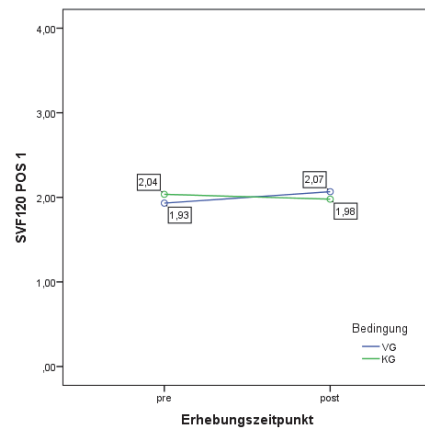


Abbildung 36. SVF120 - POS 1

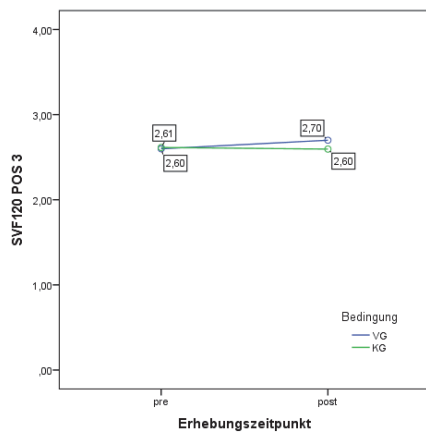


Abbildung 37. SVF120 - POS 3

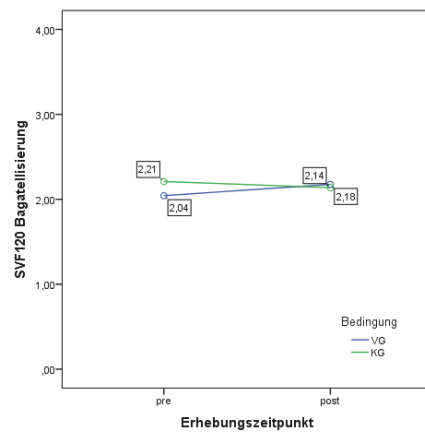


Abbildung 38. SVF120 - Bagatellisierung

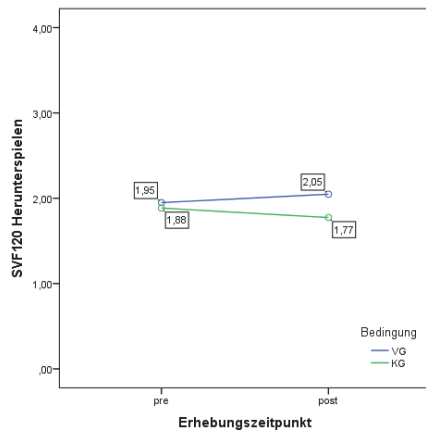


Abbildung 39. SVF120 - Herunterspielen

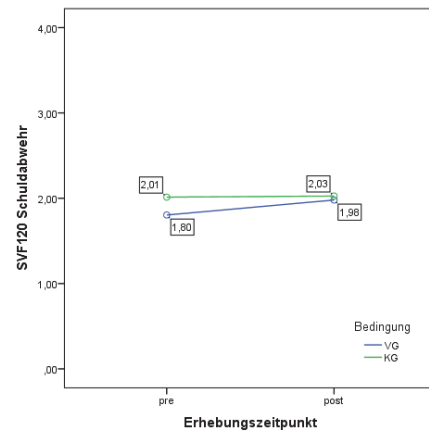


Abbildung 40. SVF120 - Schuldabwehr

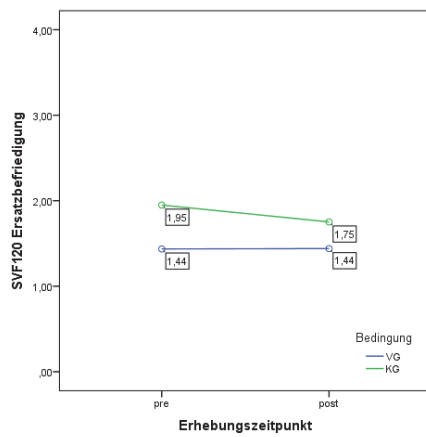


Abbildung 41. SVF120 - Ersatzbefriedigung

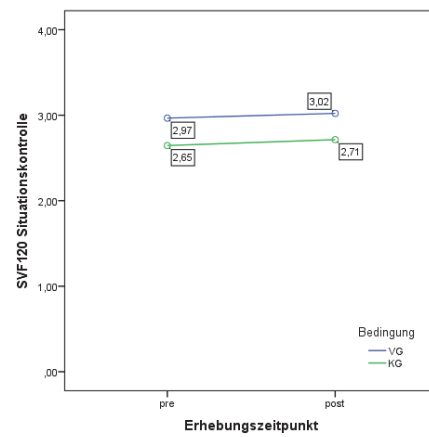


Abbildung 42. SVF120 - Situationskontrolle

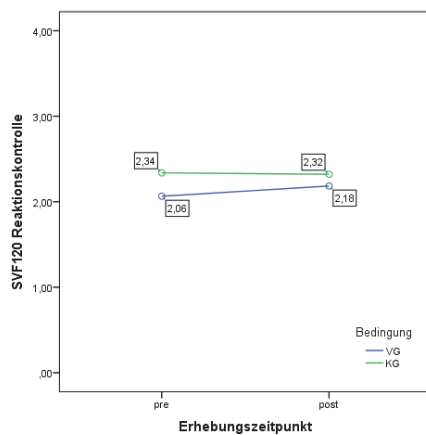


Abbildung 43. SVF120 - Reaktionskontrolle

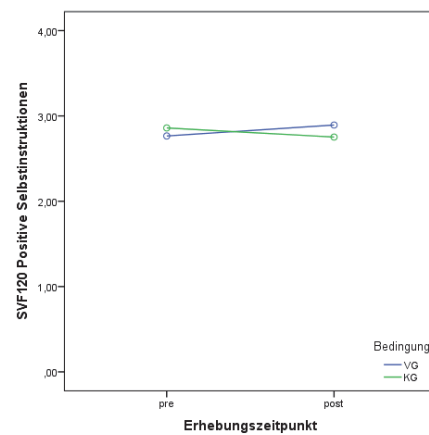


Abbildung 44. SVF120 - Positive Selbstinstruktionen

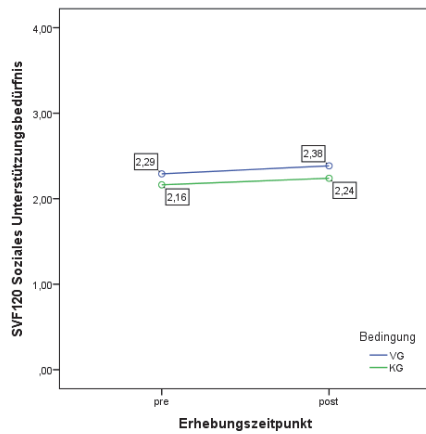


Abbildung 45. SVF120 - Soziales Unterstützungsbedürfnis

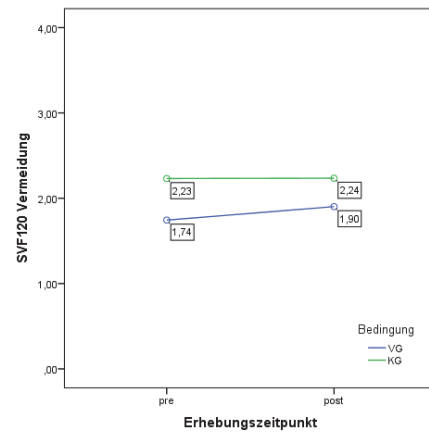


Abbildung 46. SVF120 - Vermeidung

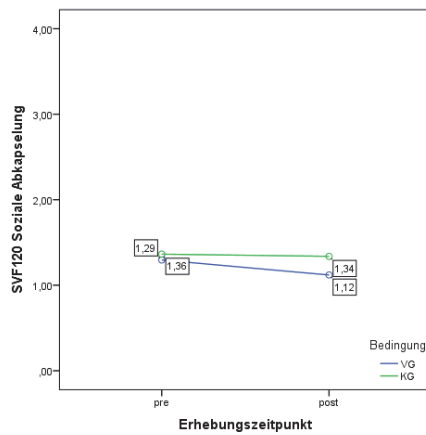


Abbildung 47. SVF120 - Soziale Abkapselung

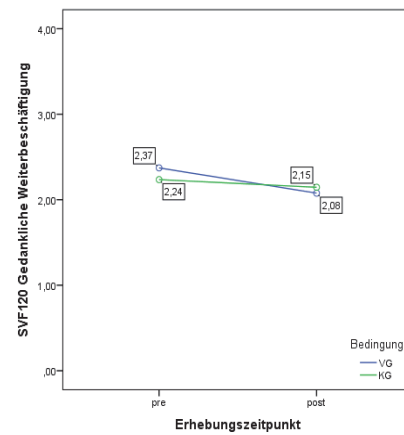


Abbildung 48. SVF120 - Gedankliche Weiterbeschäftigung

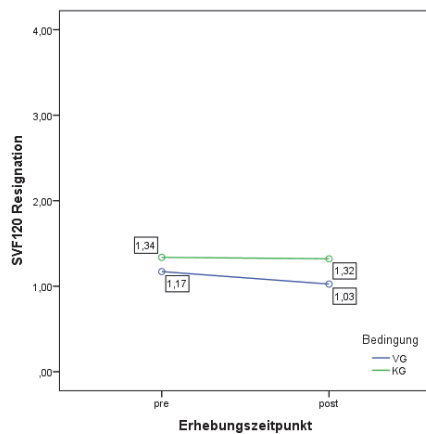


Abbildung 49. SVF120 – Resignation

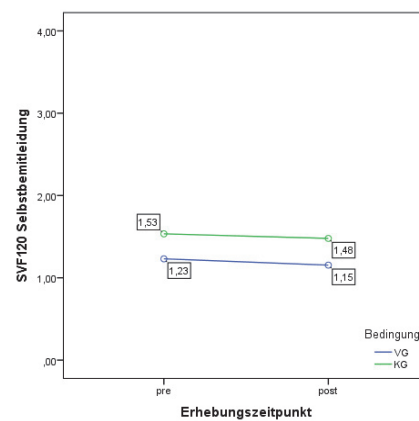


Abbildung 50. SVF120 - Selbstbemitleidung

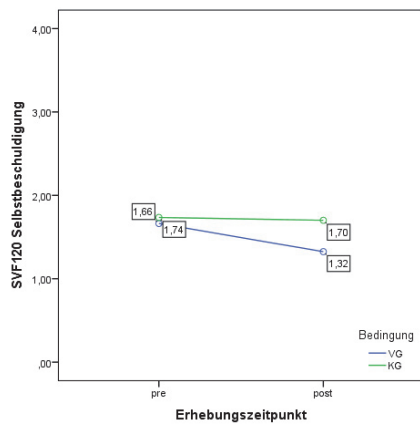


Abbildung 51. SVF120 - Selbstbeschuldigung

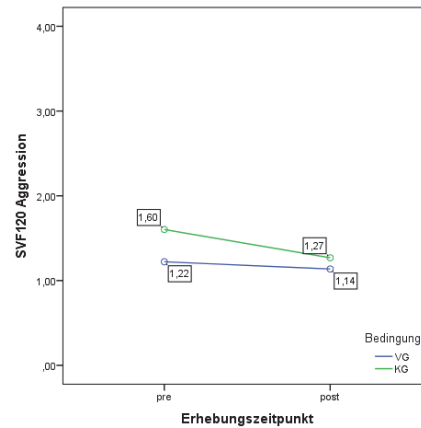


Abbildung 52. SVF120 - Aggression

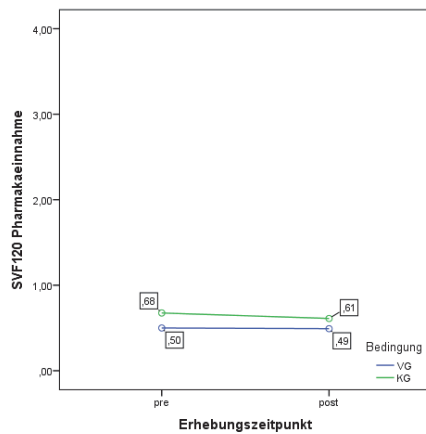


Abbildung 53. SVF120 - Pharmakaeinnahme

F tests - ANOVA: Repeated measures, between factors

Analysis: Sensitivity: Compute required effect size

Input: α err prob = 0.05

Power ($1-\beta$ err prob) = 0.80

Total sample size = 78

Number of groups = 2

Number of measurements = 2

Corr among rep measures = 0.5

Output: Noncentrality parameter λ = 8.0520239

Critical F = 3.9667598

Numerator df = 1.0000000

Denominator df = 76.0000000

Effect size f = 0.2782504

Abbildung 54. Standardisierte Effektgröße als Funktion vom Stichprobenumfang N (zu Abbildung 8.)

4 SOZIOGRAPHISCHES DATENBLATT

- 1) Alter _____ Jahre 2) Geschlecht m ☐ w ☐
- 2) Geburtsdatum _____
- 3) Bildungsstand/ höchste abgeschlossene Ausbildung
- ☐ Pflichtschule ☐ Hauptschule ☐ Berufsbildende mittlere Schule mit Matura (HAK, HTL, ...)
- ☐ Lehrabschluss (Berufsschule) ☐ Hochschulverwandte Lehranstalt (z.B. FH) ☐ Gymnasium mit Matura
- ☐ Universität (Bac, Master) ☐ Universität (Mag.) ☐ Postgraduiert (Dr.)
- 4) Ich übe folgenden Beruf aus _____
- 5) Ich wohne im Bundesland _____
- 6) Familienstand
- ☐ Single ☐ geschieden ☐ in Partnerschaft
- ☐ getrennt ☐ verheiratet ☐ verwitwet
- 7) Ich bin ein religiöser Mensch ☐ ja ☐ nein
- 8) Wenn ja, fühle ich mich folgender Religion zugehörig
- ☐ Christentum
- ☐ Islam
- ☐ Judentum
- ☐ Sonstiges _____
- 9) Ich bin ein spiritueller Mensch: ☐ ja ☐ nein
- 10) Ich habe Vorkenntnisse in Autogenem Training, Yoga, Meditationen, spiritueller Literatur ... ☐ ja ☐ nein
- 11) Wenn ja, mit welchen dieser Techniken sind Sie vertraut? _____
- 12) Ich führe diese Technik(en) seit _____ (Wochen, Monaten, Jahren) aus
(wie oft _____ (täglich, wöchentlich, monatlich))
- 13) Ich nehme mich als ☐ nicht ☐ wenig ☐ durchschnittlich ☐ erfahren ☐ sehr
erfahren in dieser/ diesen Techniken wahr.
- 14) Ich bin RaucherIn. ☐ ja ☐ nein
- 15) Ich nehme täglich Medikamente ein. ☐ ja ☐ nein
- 16) Wenn ja, um welche Medikamente handelt es sich? _____
- 17) Ich trinke täglich Alkohol. ☐ ja ☐ nein

5 TEILNEHMERINNENLISTE

<i>Nr.</i>	<i>Name</i>	<i>Geschlecht</i>	<i>Alter</i>	<i>Art</i>	<i>Bildung</i>	<i>A = Pre</i>	<i>B = Post</i>
001	MA	w	38	KG	5	2015.01.26.	2015.06.28.
002	PS	m	39	VG	3	2015.01.26.	2015.06.28.
003	HM	m	35	KG	8	2015.01.26.	2015.06.17.
004	HH	w	69	VG	3	2015.01.29.	2015.07.17.
005	HJ	m	74	VG	9	2015.01.29.	2015.07.17.
006	SJ	w	20	VG	7	2015.01.27.	Abbruch
007	KB	w	70	VG	5	2015.01.27.	2015.06.27.
008	NJ	w	26	VG	6	2015.01.28.	2015.07.12.
009	SJ	w	26	VG	5	2015.01.26.	2015.06.26.
010	DD	w	37	KG	6	2015.01.28.	2015.07.20.
011	SD	w	37	KG	-	2015.01.28.	ausgesch
012	KG	m	45	VG	3	2015.01.29	Abbruch
013	MW	m	38	VG	8	2015.01.29	2015.07.08.
014	SF	m	28	KG	5	2015.01.29.	2015.07.15.
015	SF	w	31	KG	5	2015.01.29.	2015.07.15.
016	SF	m	36	KG	9	2015.01.29.	2015.08.08.
017	SM	w	40	KG	8	2015.01.31.	fehlt B
018	SS	w	26	KG	7	2015.01.31.	fehlt B
019	IG	w	52	VG	2	2015.02.01.	2015.07.20.
020	LL	w	35	VG	5	2015.02.01.	2015.07.19.
021	SD	m	30	VG	4	2015.02.01.	2015.07.21.
022	CS	w	23	VG	3	2015.02.01.	2015.07.22.
023	SP	w	32	VG	7	2015.02.01.	2015.07.21.
024	TS	m	25	KG	3	2015.02.01.	2015.07.21.
025	HE	w	64	VG	9	2015.02.03.	2015.07.11.
026	HF	m	63	KG	8	2015.02.13.	2015.07.11.
027	TM	w	56	VG	5	2015.02.05.	2015.07.08.
028	TT	m	56	VG	3	2015.02.05.	Abbruch
029	AM	w	34	KG	5	2015.02.05.	2015.07.22.
030	MM	w	58	VG	5	2015.02.13.	2015.07.07.
031	RR	m	37	KG	8	2015.02.05.	2015.06.29.

032	LS	w	49	VG	3	2015.02.06.	Abbruch
033	WD	m	32	VG	3	2015.02.06.	2015.06.27.
034	MM	w	25	VG	5	2015.02.07.	2015.07.14.
035	XE	w	36	KG	5	2015.02.09.	2015.07.31.
036	KS	m	41	KG	4	2015.02.09.	2015.07.30.
037	PA	m	67	VG	4	2015.02.11.	2015.07.12.
038	MD	w	46	VG	3	2015.02.11.	2015.07.20.
039	PW	m	37	VG	4	2015.02.11.	Abbruch
040	GJ	w	26	VG	8	2015.02.12.	Abbruch
041	EE	w	67	VG	6	2015.02.12.	2015.06.25.
042	MG	w	58	VG	4	2015.02.13.	2015.07.09.
043	KJ	w	71	KG	4	2015.02.02.	2015.08.02.
044	PC	m	36	KG	8	2015.02.13.	fehlt B
045	PR	m	36	KG	7	2015.02.14.	2015.07.10.
046	SP	m	36	KG	9	2015.02.14.	2015.07.19.
047	MR	w	49	VG	4	2015.02.14.	2015.07.20. fehlt Zusatz
048	RS	w	36	VG	8	2015.02.15.	2015.07.08.
049	RS	m	43	KG	8	2015.02.15.	2015.07.08.
050	MV	m	56	VG	8	2015.02.16.	2015.07.08.
051	PD	w	30	VG	3	2015.02.16.	2015.07.17.
052	KD	m	54	KG	8	2015.02.16.	2015.06.16.
053	ED	w	32	KG	8	2015.02.16.	2015.05.09.
054	RA	w	70	KG	1	2015.02.15.	2015.08.01.
055	RS	m	76	KG	1	2015.02.15.	2015.08.01.
056	LS	w	34	KG	7	2015.02.18.	2015.07.05.
057	LM	m	35	KG	6	2015.02.18.	2015.07.07.
058	KF	w	63	KG	7	2015.02.18.	2015.06.24.
059	ZG	m	75	KG	4	2015.02.18.	2015.05.26.
060	ZB	w	45	VG	6	2015.02.19.	2015.06.22.
061	KK	m	66	KG	6	2015.02.19.	2015.06.24.
062	DJ	w	72	VG	6	2015.02.19.	Abbruch
063	RM	w	67	KG	2	2015.02.19.	2015.06.29.
064	RR	w	58	KG	4	2015.02.19.	2015.06.28.

065	RF	m	67	KG	3	2015.02.19.	2015.08.05.
066	HA	m	38	KG	3	2015.02.19.	2015.07.23.
067	CI	w	46	VG	3	2015.02.19.	Abbruch
068	CR	m	55	KG	3	2015.02.19.	2015.08.02.
069	MR	m	72	KG	9	2015.02.19.	fehlt B †
070	OF	w	43	KG	1	2015.02.19.	2015.08.02.
071	OA	m	50	KG	4	2015.02.19.	2015.08.02.
072	OD	m	25	KG	4	2015.02.19.	2015.08.01.
073	OS	m	28	KG	4	2015.02.19.	2015.08.02.
074	VL	w	31	VG	8	2015.02.26.	2015.07.30.
075	BE	w	61	VG	4	2015.02.26.	2015.07.21.
076	M	w	53	VG	3	2015.02.26.	2015.08.10.
077	HA	m	46	VG	8	2015.02.28.	2015.07.22.
078	KJ	w	45	KG	8	2015.03.20.	2015.08.04.
079	PC	w	35	VG	3	2015.03.14.	2015.07.09.
080	SC	w	51	VG	3	2015.03.03.	2015.07.14.
081	CS	w	62	VG	3	2015.03.03.	2015.07.23.
082	SF	w	39	KG	8	2015.02.16.	2015.07.10.
083	SF	w	64	KG	5	2015.02.16.	2015.07.10.
084	SF	w	64	KG	4	2015.02.16.	2015.06.28.
085	MS	m	40	KG	9	2015.02.16.	2015.06.28.
086	-	w	-	KG	-	2015.03.03.	ausgesch
087	MA	w	55	KG	6	2015.03.03.	2015.07.16.
088	-	w	-	KG	-	2015.03.03.	ausgesch
089	-	w	-	KG	-	2015.03.03.	ausgesch
090	-	w	-	KG	-	2015.03.03.	ausgesch
091	KM	w	70	KG	3	2015.03.03.	2015.07.20.
092	KI	w	78	KG	6	2015.03.02.	2015.08.03.
093	HP	m	77	KG	8	2015.02.25.	2015.06.24.
094	PE	m	74	KG	9	2015.03.08.	2015.07.02.
095	PF	w	66	KG	9	2015.03.08.	2015.07.02.
096	PT	w	30	KG	7	2015.03.08.	2015.07.01.
097	RN	m	34	VG	3	2015.03.03.	2015.07.19.
098	RF	w	24	KG	7	2015.03.03.	2015.07.19.

099	BL	m	30	VG	7	2015.03.03.	Abbruch
100	BM	w	30	KG	6	2015.03.03.	2015.07.17.
101	-	w		KG	-	2015.03.03.	ausgesch
102	-	w		KG	-	2015.03.11.	ausgesch
103	-	w		KG	-	2015.03.11.	ausgesch
104	SA	m	34	VG	1	2015.03.10.	2015.07.09.
105	MA	w	73	VG	8	2015.03.09.	2015.07.08.
106	NN	m	52	VG	3	2015.03.06.	2015.07.20.
107	MA	w	59	VG	3	2015.03.11.	Abbruch
108	GE	w	52	VG	7	2015.03.11.	Abbruch
109	ZT	m	52	VG	6	2015.03.16.	Abbruch
110	FM	w	58	VG	6	2015.03.17.	2015.07.08.
111	AA	w	36	VG	8	2015.03.18.	Abbruch
112	PA	w	40	VG	3	2015.03.18.	Abbruch
113	PD	m	36	VG	8	2015.03.24.	2015.07.01.
114	RK	w	27	KG	6	2015.03.24.	2015.08.06.
115	BJ	w	27	KG	6	2015.03.24.	2015.07.09.
116	SE	w	46	KG	3	2015.03.13.	2015.05.15.
117	KN	w	50	KG	3	2015.03.13.	2015.05.15.
118	KB	m	42	KG	3	2015.03.13.	fehlt B
119	KN	w	60	KG	4	2015.03.13.	2015.05.15.
120	KN	w	24	KG	1	2015.03.13.	2015.05.15.
121	KN	w	39	KG	4	2015.03.13.	2015.05.15.
122	MW	m	62	VG	4	2015.02.13.	Abbruch
123	UG	w	53	KG	5	2015.03.15.	2015.08.07.
124	-	w	21	KG	-	2015.04.04.	ausgesch
125	-	w	18	KG	-	2015.02.18.	ausgesch
126	-	w	-	KG	-	2015.03.16	ausgesch

6 CURRICULUM VITAE

DSA HÖCK Eva Christina

Persönliche Daten

Geburtsdatum 05.07.1978
Geburtsort Klagenfurt am Wörthersee
Nationalität Österreich
Kontakt moonlight123@gmx.at



Schulbildung

1984-1988 Volksschule, Klagenfurt am Wörthersee
1988-1996 Matura am BG/BRG Lerchenfeld, Klagenfurt am Wörthersee

Ausbildung

09/2000-07/2001 **Universitätslehrgang** für Soziale Arbeit, Klagenfurt am Wörthersee
09/2001-03/2005 **Akademie für Sozialarbeit**, 1210 Wien (Diplomierte Sozialarbeiterin)
Diplomarbeit: „Die Umstrukturierung des Jugendgerichtshofes und die Konsequenzen für die Sozialarbeit“

Universitäre Ausbildung

1996-2000 **Universität Wien**, Studium der Psychologie, Wien, Erstes
Diplomprüfungszeugnis (Wahlfach Psychiatrie)
2007-2015 **Universität Wien**, Fortführung des Studiums der Psychologie

Praktika

07/1998 Praktikum im Behinderten Förderungszentrum des Landes Kärnten,
Klagenfurt am Wörthersee
07/1999 Betreuung einer Kindergruppe am Hafner See, Kärnten („Kärntner
Naturfreunde“)
08/1999, 08/2000 Betreuung von Kindern und Jugendlichen in Italien („NÖ Volkshilfe“)
01/2001 Praktikum bei WUK-Jugendprojekt, 1130 und 1090 Wien
11/2001 Praktikum im Caritas-Betreuungszentrum „Gruft“, 1060 Wien
07/2002 Praktikum bei Sozialem Dienst der Justizanstalt Wien-Josefstadt, 1080
WS/2002 Langzeitpraktikum - Schulprojekt in Mexiko, Oaxaca, Bergdorf San
Christobal Amoltepec (Englisch- und Geographieunterricht an 2
Schulen, Computergrundkenntnisse, Umweltprojekt, Agrarprojekt und
Aufklärungsarbeit im Gesundheitswesen mit Arzt des Dorfes)
09/2003 Praktikum im Amt für Jugend und Familie, 1170 Wien
07-08/2012 6-Wochen-Praktikum Psychologie in Santa Cruz, Ecuador bei C.A.D.I.
(psychologische Beratung und Begleitung von Misshandlungs- und
Missbrauchsoffern), bei CIBV „los Pinguinitos“ - Kinderzentrum
(Kinderdiagnostik, psychologische Beratung, Sozialarbeit), wöchentlich

Gewaltprävention für PatientInnen im öffentlichen Krankenhaus
(Psychoedukation, Entspannungstechniken)

Berufserfahrung

01/2004-06/2005 Jugendbetreuung im Jugend- und Kulturhaus Agathon, Purkersdorf, NÖ
10/2006-06/2008 Bildungsassistentin, bfi, 1030 Wien
09/2008-12/2009 Sozialpädagogische Betreuung bei „Jugend am Werk“, 1200 Wien

Engagement

1998-2000 Englisch-Privatunterricht mit einer Wiener Hauptschülerin, 1140 Wien
1999-2003 Besuchsdienst bei einem Mann mit Mehrfachbehinderung, 1140 Wien
2001-2002 Lernbetreuung von 3 Romakindern („Romano-Centro“), 1140 Wien
2003-2005 Lernbetreuung von 3 Romakindern („Romano-Centro“), 1150 Wien
08/2006-07/2008 Lernbetreuung von 2 Romakindern („Romano-Centro“), 1060 Wien

Weitere Tätigkeiten

07/1996 Hotellerie in Niederösterreich, Schloss Plankenstein
07/1997 Au-Pair, London
08/1998 Restaurierung des Schlosses „Château d’Avezan“, Gascogne
09/1999-09/2000 Agent im Call-Center „Teleperformance“, Teilnahme am Seminar zu „Gesprächstechnik“, 1050 Wien
09/1999 Mitarbeit bei der Monet-Ausstellung in der Freyung, 1010 Wien
12/1999 Beschäftigung im METRO Simmering, 1110 Wien
11/2001-03/2002 Kinderbetreuung eines 6-jährigen Kindes, 1150 Wien
2002, 2004 Organisation und Durchführung von 2 Mexiko-Benefizveranstaltungen (WUK-Projektraum, Wien; Jugend- und Kulturhaus Agathon, NÖ)
11/2005 Volontärtätigkeit beim Wiederaufbau im Dorf Jocotenango nach dem Hurrican Stan, Guatemala
02/2006 Mithilfe auf der Leguanstation (bedrohte Utila-Leguane/Ctenosaura bakeri), Utila, Honduras
02-06/2006 Ausbildung zum und Tätigkeit als Divemaster in Utila, Honduras
WS 2014 Mitarbeit bei Aufbau der Akademie für Bewusstseinsforschung (ABF) (Arbeitsgruppentreffen, Protokollführung, Front Office), 1070 Wien
10-11/2014 Mitarbeit bei Internationaler Kunst- und Antiquitätenmesse (WIKAM), 1010 Wien
2013-2015 Hausbetreuung mit Tierpflege, 1190 Wien
2014-2015 3x Mitarbeit bei Weltkongress für Ganzheitsmedizin (Front Office, Back Office, Betreuung, Lektortätigkeit ...), München

Fort- und Weiterbildungen

10/2000 Fachtagung des Österreichischen Berufsverbandes Diplomierter SozialarbeiterInnen zum Thema „SozialarbeiterInnen sein - Herausforderung in der Risikogesellschaft“, Graz
10/2000 Veranstaltung und Workshops zum Thema „Fachtagung Kinderschutz“, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt

2001/09	Fortbildung zu „Borderline - über die Grenze“ (Kärntner Berufsverbandes Diplomierter SozialarbeiterInnen), Klagenfurt am Wörthersee
2003	Spanischkurs „Spanisch für Fortgeschrittene“ an der Volkshochschule Brigittenau, 1200 Wien
11/2005	Zertifikat Erster Hilfe- Kurs (Emergency First Respond), 1030 Wien
09/2006	Fortbildung zum Thema „1 Jahr Heimaufenthaltsgesetz“, St. Pölten
11/2006	Fortbildung zum Thema Gender Mainstreaming, bfi, 1030 Wien
2006/2007	Englisch für Bürokommunikation, bfi, 1030 Wien
07/2007	Trockentauchkurs, Neufelder See, NÖ
09/2007	Touch for Health I, VHS Meidling, 1120 Wien
05/2008-10/2009	StudentInnen-Fortbildung Ethnomedizin, München
09/2008-04/2009	TrainerInnen-Ausbildung (Jugend am Werk), 1200 Wien
05/2009-05/2010	Lehrgang Suchtprävention (ISP, SDW, wienXtra), 1080 Wien
2011-1012	Lehrgang Rituelle Körperhaltungen und Ekstatische Trance®, 1070 Wien

Weitere Qualifikationen

Englisch in Wort und Schrift

Spanisch in Wort und Schrift

Führerschein B

EDV: Microsoft Word, Power-Point- und Internetkenntnisse, Excelgrundkenntnisse, SPSS

Tauchzertifikat PADI Divemaster, 2006

ORIGINALITÄTSERKLÄRUNG

Ich, Eva Höck, versichere,
dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen
Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient
habe.

Datum

Unterschrift