

Wohlbefinden in Lebenskrisen

Der Einfluss von sozialer Unterstützung, sozialem Engagement und Religiosität im Umgang mit außergewöhnlichen Lebenssituationen

Dissertation zur Erlangung
des Doktorgrades der Psychologie Dr. phil.

vorgelegt beim Fachbereich Psychologie und Sportwissenschaften
der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt am Main

von Beate Cornelia Jendro (vormals: Jendro-Heitel)
Weckmarkt 11, 60311 Frankfurt am Main
geboren am 21. Oktober 1962 in Darmstadt

Gutachter: Prof. Dr. Siegfried Preiser
Prof. Dr. Dr. Christian Zwingmann

Datum: 22. Januar 2013

Belastet, behindert, enttäuscht – und dennoch aktiv und glücklich?

Menschen sind ungeheuer anpassungsfähig. Sie lernen mit kritischen Situationen konstruktiv umzugehen. Sie suchen bei widrigen Umständen nach neuen Wegen zu ihren Lebenszielen oder sie adaptieren ihre Ziele an die Möglichkeiten der Realität. Selbst die Erfahrungen von Glück und Zufriedenheit passen sich in Krisensituationen und plötzlichen Enttäuschungen nach einer kurzen Schockphase den veränderten Umständen an. So sehen wir fassungslos die Bilder von Menschen, die in den Ruinen ihrer Häuser musizieren, tanzen und lachen. Menschen feiern nach schweren Schicksalsschlägen Dankgottesdienste, weil sie überlebt haben. Wenige Stunden nach Naturkatastrophen, nach Schock, Tränen und Verzweiflung, beginnen Menschen aktiv und oft in solidarischer Nachbarschaftshilfe mit den Aufräum-, Säuberungs- und Wiederaufbauarbeiten. Und bei Befragungen zur Lebenszufriedenheit unterscheiden sich Lotto-Millionäre kaum von Menschen, die an Multipler Sklerose erkrankt sind. Woher nehmen sie die Kraft, das Engagement, die Gelassenheit? Es gibt ja auch die anderen Reaktionen, die lähmende Resignation, Verbitterung, Vorwürfe und Schuldgefühle, das Verharren in der Depression. Was nimmt diesen Menschen die Energie, die Motivation, die emotionale Stabilität?

Beate Jendro hat Menschen mit Krisenerfahrungen und Enttäuschungen befragt, darunter viele Mitglieder von Selbsthilfegruppen. Die Fragen zielten auf ihre Lebenszufriedenheit, ihr Engagement sowie auf ihren inneren und äußeren Ressourcen. Nach einem halben Jahr hat sie die Befragung wiederholt, um etwaige Veränderungen zu erfassen. Sie hat eine Reihe von interessanten Antworten auf ihre Fragestellungen gefunden, aber auch etliche neue Fragen aufgeworfen – was ja für die weiterführende Forschung besonders ergiebig sein kann.

Sicher war es auch für die Forscherin eine Enttäuschung, dass die zentrale Hypothese ihres Dissertationsprojektes nicht bestätigt wurde: Es konnte nicht nachgewiesen werden, dass nach Krisenerfahrungen soziales Engagement in Gruppen oder im privaten Umfeld dazu beiträgt, Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden zu erhalten. Vielleicht ist es ähnlich wie bei der sozialen Unterstützung: Diese kann viel zur Bewältigung von

Lebenskrisen beitragen; aber falsch gegebene Unterstützung kann auch blockieren und deprimieren, wenn sie die eigenen Kräfte ignoriert oder gar verschüttet. Auch soziales Engagement in Krisensituationen kann zu lähmenden Enttäuschungen, zum Gefühl der Überforderung, zu Erfahrungen der Undankbarkeit und Ungerechtigkeit führen. Ebenso ist es aber auch denkbar, dass soziales Engagement Selbstwirksamkeit und persönliche Kompetenzen erweitert und dadurch zur Lebenszufriedenheit beiträgt. Die Frage nach der Bedeutung von Engagement für das Wohlbefinden in Lebenskrisen ist damit also nicht ad acta gelegt, sondern gerade erst neu eröffnet: Welche Formen und welche Rahmenbedingungen von Engagement sind geeignet, einen Beitrag zur Lebenszufriedenheit zu leisten?

Neben diesem herausfordernden Noch-Nicht-Ergebnis erscheinen mir die soziale Unterstützung, die Selbstwirksamkeit und der Bewältigungsstil der flexiblen Zielanpassung in besonderer Weise als persönliche und soziale Einflussfaktoren auf das Wohlbefinden praktisch bedeutsam: Die soziale Unterstützung, weil sie Partnern, Freunden, Seelsorgern und Psychotherapeuten Möglichkeiten bietet, Leid zu lindern und Lebenszufriedenheit zu fördern. Die Selbstwirksamkeit, weil die Förderung der Überzeugung, durch eigenes Handeln etwas positiv gestalten zu können, als ein ganz wichtiges Erziehungs- und Entwicklungsziel bestätigt wird. Die flexible Zielanpassung, weil sie Auswege aus der allzu hartnäckigen Fixierung auf verlorene oder nicht erreichbare Lebensziele eröffnet und die Aufmerksamkeit auf neue lohnende Lebensziele lenkt. Zwar bremsen Flexibilität und Selbstwirksamkeit offenbar die Verbesserung des Wohlbefindens zwischen den beiden Befragungszeitpunkten; aber zu beiden Zeiten überwiegen ganz deutlich die positiven Wirkungen.

Für religiöse Menschen stellt ein bedrohliches und strafendes Gottesbild einen Risikofaktor für das emotionale Wohlbefinden dar; dieses Zerrbild durch die Vorstellung eines gnädigen, vergebenden und unterstützenden Gottes zu ersetzen, könnte ihnen helfen, Ängste und unberechtigte Schuldgefühle zu überwinden.

Wohlbefinden in Lebenskrisen – Vorwort

Ich wünsche, dass die Publikation dieser Arbeit dazu beiträgt, die Forschung über hilfreiche Ressourcen und Bewältigungsformen zu intensivieren, damit Menschen in belastenden Situationen dennoch bestmöglich Lebenszufriedenheit und seelische Gesundheit erhalten und wiedererlangen können.

Siegfried Preiser

Goethe-Universität Frankfurt am Main

und Psychologische Hochschule Berlin

Herzlichen Dank

Mein Dank geht an alle Personen, die mich entweder als Multiplikatoren oder anderweitig in unterschiedlichsten Bereichen unterstützt haben und damit auch maßgeblich an dem Zustandekommen der Studie beteiligt waren:

Inge Ahl, Siegfried Auerbach, Gabriele Beißwenger, Pfr. Franz-Josef Berbner, Hans-Heinrich Bergweiler, Annette Bork, Evi A. Borst, Helga Blum, Annegret Braun, Michael Brockmann, Kerstin Brusdeylins, Silke Buchenau, Bernd Eigenbrod, Martina Erkelenz, Corinna Fleckenstein, Birgit Göbel, Pfr. Franz-Josef Hassemer, Helga Heim, Helmut Heitel, Lukas Heitel, Irene Herbert, Sigrid Herbrich, Irmhild, Annette Jakobi, Annelis Jendro, Isolde Jendro, Thomas Kistner, Axel Koch, Felix Kowalski, Thomas Knöll, Elke Lechthaler, Gisela Lechthaler, Oliver Lind, Barbara Lüddemann, Volker Maschke, Katja (Kim) Mävers, Ute Meissner-Ohl, Hans-Carl Mennigmann, Daxi Naab, Gisela Petersen, Norbert Philipp, Manfred Picolin, Dietrich Plehn, Ulla Plehn, Edith Prinz, Karola Püschel, Dr. Elke Rathsfeld-Offner, Ulrich Rauch, Irene Reiß, Steffen Rindfuss, Christel Sauer, Dr. Peter Sawinski, Pfr. Frieder Schmidt, Ottmar Schnee, Stephan Schwammel, Pfr. Gerhard Siegert, Gerda Siek, Susanne Sturm, Petra Tamleh, Reinhold Trüller, Gertrud Übel, Ingeborg Uhl, Karin Volz, Willi Volz, Christine Zwanzger-Mosebach.

Falls diese Liste irrtümlich nicht vollständig sein sollte, bitte ich mein Versehen zu entschuldigen.

Ein ganz besonderer Dank geht aber vor allem an Herrn Prof. Dr. Siegfried Preiser, der mir die Chance zu dieser Arbeit gab und durch dessen Unterstützung ich diese für mich höchst-außergewöhnliche Lebenssituation meistern konnte.

Inhalt	Seite
0 Zusammenfassung und Überblick	1
1 Theoretische Grundlagen	3
1.1 Einleitung	3
1.2 Kritische Lebenssituationen	5
1.2.1 Auslöser von Krisen/Stress.....	6
1.2.2 Effekte von Distress auf die Gesundheit	7
1.2.3 Stressbewältigung (Coping)	10
1.3 Persönlichkeit	14
1.3.1 Attribution/Kontrollüberzeugungen	17
1.3.2 Selbstwirksamkeit.....	20
1.3.3 Tenazität/Flexibilität.....	21
1.4 Engagement	23
1.4.1 Ehrenamt.....	25
1.4.2 Selbsthilfe	27
1.5 Sozialer Kontext	28
1.6 Religiosität und Spiritualität.....	33
1.7 Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden.....	39
1.8 Allgemeine Fragestellung und Hypothesen.....	42
2 Methode.....	45
2.1 Vorgehensweise bei der Datengewinnung	45
2.2 Beschreibung der Untersuchungsgruppen	47
2.2.1 Stichprobe der Pilotstudie.....	47
2.2.2 Stichprobe der Hauptuntersuchung	48
2.2.2.1 Durchführung der Hauptuntersuchung.....	49
2.2.2.2 Demographische Variablen der Hauptuntersuchung.....	51

2.3	Beschreibung der Untersuchungsinstrumente mit teststatistischen Kennwerten der Skalen und Indizes	52
2.3.1	Auslöser von Lebenskrisen.....	53
2.3.2	Belastungserleben.....	55
2.3.3	Aktivitäten und Engagement	57
2.3.3.1	Teilnahme an und Engagement für Gruppen	57
2.3.3.2	Freizeit.....	59
2.3.3.3	Motivation für oder gegen die Beteiligung an Gruppen	59
2.3.4	Persönlichkeitsvariablen.....	60
2.3.4.1	Kontrollüberzeugungen.....	60
2.3.4.2	Selbstwirksamkeit	61
2.3.4.3	Tenazität/Flexibilität	62
2.3.5	Sozialer Kontext	65
2.3.5.1	Soziales Netz.....	65
2.3.5.2	Ebenen der Erfassung sozialer Unterstützung.....	65
2.3.6	Religiöse Einstellungen	69
2.3.7	Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit.....	71
2.3.7.1	Körperlicher und seelischer Gesundheitszustand.....	71
2.3.7.2	Bereichsbezogene Lebenszufriedenheit	72
2.3.7.3	Allgemeine Lebenszufriedenheit.....	74
2.3.8	Demographische Variablen	75
3	Ergebnisse	76
3.1	Ergebnisse zum Untersuchungsverlauf und den –instrumenten.....	76
3.1.1	Auslöser, Beeinträchtigung und Hilfestellungen.....	76
3.1.2	Erleben und Verhalten im Rückblick bis heute	78
3.1.3	Aktivitäten und Engagement	79
3.1.3.1	Teilnahme.....	79
3.1.3.2	Engagement.....	80

3.1.3.3	Motivation	81
3.1.3.3.1	Gründe für die Teilnahme an Gruppen.....	81
3.1.3.3.2	Gründe für zusätzliches Engagement	82
3.1.3.3.3	Gründe gegen zusätzliches Engagement	82
3.1.3.4	Freizeit.....	83
3.1.4	Eigene Einflussmöglichkeiten	83
3.1.5	sozialer Kontext.....	85
3.1.6	Religiosität.....	88
3.1.7	Zufriedenheit und Wohlbefinden.....	88
3.2	Ergebnisse zu den Hypothesen	90
3.2.1	Einflussfaktoren für das Wohlbefinden (Hypothese 1)	90
3.2.1.1	Korrelative Zusammenhänge zum Wohlbefinden.....	91
3.2.1.2	Regression für das Kriterium Veränderungen im Wohlbefinden.....	98
3.2.1.3	Regressionsanalyse für das Kriterium Wohlbefinden (t1)	100
3.2.1.4	Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 1	102
3.2.2	Einflussfaktoren für soziales Engagement (Hypothese 2).....	104
3.2.2.1	Korrelative Zusammenhänge zum sozialen Engagement	104
3.2.2.2	Regression für das Kriterium soziales Engagement (Gesamt).....	108
3.2.2.3	Regression für das Kriterium soziales Engagement (getrennt).....	109
3.2.2.4	Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 2	110
3.2.3	Veränderung in den Merkmalen zwischen t1 und t2 (Hypothese 3).....	111
3.2.3.1	Unterschiede im Belastungsempfinden	112
3.2.3.2	Unterschiede im sozialen Engagement	113
3.2.3.3	Unterschiede in der sozialen Unterstützung.....	114
3.2.3.3.1	Unterschiede im sozialen Netz	114
3.2.3.3.2	Unterschiede in den Ebenen der sozialen Unterstützung	116
3.2.3.4	Unterschiede in den religiösen Einstellungen	117
3.2.3.5	Unterschiede in den Zufriedenheitswerten.....	118
3.2.3.6	Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 3	119
3.2.4	Einflussfaktoren und Hilfestellungen bei Krisen (Hypothese 4).....	121

Wohlbefinden in Lebenskrisen – Inhaltsverzeichnis

3.2.4.1	Umgang mit Erkrankung, Tod und Nicht-Erreichen.....	121
3.2.4.2	Umgang mit Trennung und Konflikten	124
3.2.4.3	Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 4	125
4	Resümee und praktische Folgerungen	127
5	Literaturverzeichnis.....	132

0 Zusammenfassung und Überblick

Diese Arbeit entstand im Rahmen eines größeren Forschungsprojektes zum Thema *Bewältigung von Lebensenttäuschungen*, initiiert von Prof. Dr. Siegfried Preiser am Institut für Psychologie der Universität Frankfurt am Main. In diesem Kontext wurde die vorliegende Studie entwickelt.

Ausgehend von interpersonalem Engagement wurden mögliche Verknüpfungen von Einflussfaktoren im Umgang mit unterschiedlichen kritischen Lebenssituationen und der sich daraus ergebenden Konsequenzen auf psychische und physische Gesundheit, d.h. persönliches Wohlbefinden untersucht. Das Konstrukt Wohlbefinden wurde in dieser Studie als eine latente Variable gebildet, die sich aus einer Konstellation von bereichsspezifischen und allgemeinen Lebenszufriedenheitsfaktoren, dem seelischen Gesundheitsempfinden und – mit negativem Gewicht - dem aktuellen Belastungsempfinden zusammensetzt.

Außer der Erfassung der Partizipation an sozialen Gemeinschaften bzw. des sozialen Engagements wurden intrapsychische, motivationale, biographische und soziale Faktoren erfasst sowie religiöse Aspekte einbezogen. Zielgruppen der Untersuchung waren Gruppierungen vorwiegend aus dem Selbsthilfebereich.

Zur Beachtung der Zeitperspektive war die Befragung als Längsschnittstudie in Form einer Zweifachmessung konzipiert.

Erhoben und untersucht wurden im einzelnen Belastungs-, Persönlichkeits-, Gesundheits- und Zufriedenheitsfaktoren, des Weiteren die Aspekte des sozialen Kontextes mit Differenzierung der Ebenen von sozialer Unterstützung sowie religiöse Aspekte als angenommene Einflussfaktoren auf Lebenszufriedenheit und persönliches Wohlbefinden.

Zusammenfassend hatten die Persönlichkeitsfaktoren Flexibilität und Selbstwirksamkeit den größten positiven Einfluss auf Wohlbefinden. Bzgl. des sozialen Engagements zeigte sich dagegen kein signifikanter Einfluss.

Neben den Variablen Flexibilität und Selbstwirksamkeit stellte sich die *wahrgenommene* Unterstützung als bedeutsamster Einflussfaktor auf das Wohlbefinden heraus.

Religiöse Vorstellungen konnten nach ihrer persönlichen positiven oder negativen Grundhaltung gegenüber Gott bzw. einer höheren Wirklichkeit differenziert werden. Eine positive religiöse Grundhaltung ist geprägt von der Vorstellung eines schützenden, fürsorglichen und hilfreichen Gottes. Ein negatives Gottesbild beinhaltet die Vorstellung eines bedrohlichen und strafenden Gottes. Nur für diese Betrachtungsweise konnten eindeutige - und zwar negative - Einflüsse auf das Wohlbefinden ermittelt werden

Inhaltlich gliedert sich die Arbeit in vier Blöcke:

In **Kapitel 1** werden theoretische Grundlagen und untersuchungsrelevante Konzepte näher erläutert und daraus die konkreten Fragestellungen einschließlich der Hypothesen entwickelt.

In **Kapitel 2** schließt sich der methodische Teil mit den Beschreibungen der Stichprobe, der Erhebungsinstrumente und des Untersuchungsverlaufes an.

Kapitel 3 enthält die Ergebnisse und deren Diskussion. **Kapitel 4** beinhaltet ein Resümee und Ausblick. In **Kapitel 5** befindet sich die für diese Arbeit verwendete Literatur, woran sich der **Anhang** anschließt. Der Anhang besteht zum einen aus weitergehenden Informationen und Erläuterungen, die Durchführung und Auswertung betreffend (Anhang I). Anhang II, der der Druckversion als CD beiliegt, listet zum anderen die Originalantworten der Probanden in strukturierter Form auf.

1 Theoretische Grundlagen

Die Darstellung der theoretischen Erläuterungen orientiert sich grob an der Abfolge der Befragungsinstrumente, die z.T. eigens für diese Studie entwickelt wurden und sich andererseits aus standardisierten Verfahren zusammensetzt.

1.1 Einleitung

Die Entwicklungspsychologie postuliert und differenziert ständige Veränderungen im menschlichen Entwicklungs- bzw. Lebensverlauf (Flammer, 2003). Entwicklung besteht nicht nur aus einzelnen abgrenzbaren Lebensabschnitten, sondern ist ein kontinuierlicher, lebenslanger und unaufhörlicher Prozess (Asendorpf, 2007).

Lebensgeschichtliche Veränderungen einer Person sind zwangsläufig. Manche sind gezielt und beabsichtigt, andere entziehen sich mehr oder weniger dem menschlichen Einflussbereich. Selbst- oder fremdverursachte Veränderungen im Lebensablauf können sich aus einem singulären Ereignis oder aufgrund prozessualer Entwicklungen ergeben, sodass bisherige Gewohnheiten im Denken und Handeln neu reflektiert werden müssen. Denn Veränderungen dieser Art bewirken einen mehr oder weniger tiefen Einschnitt in das innere Gleichgewicht bis hin zu einer ausgeprägten Störung des Wohlbefindens. Die Wiederherstellung der inneren Balance gilt als ein inhärentes, jedem Menschen innewohnendes Streben (Ciompi, 1997).

Jegliche Veränderungen dieser Art werden als kritische Lebenssituationen verstanden, die nach diesem Verständnis sowohl den Beginn als auch den Verlauf einer Situation oder eines Ereignisses darstellen (Filipp, 1995a). Sie stellen einen Eingriff in individuelle Konzeptualisierungen dar (vgl. Kap. 1.2). Ebenso wirken sie sich auf die *soziale* Lebenssituation einer Person aus.

Für kritische Lebenssituationen gilt das gleiche wissenschaftliche Verständnis wie für die thematisch nahe stehende (Lebens-)Krise. Die umgangssprachlich negativ besetzte Interpretation von Krisen kann nicht von seinem eigentlichen Bedeutungsgehalt abgeleitet werden. Wertneutral wird Krise vielmehr als Entscheidung, Wende- oder Höhepunkt, Auseinandersetzung im weitesteten Sinne definiert (Dorsch, 1982; Apel & Ludz, 1976; Klauer & Greve, 2005).

Der Einwand einer Probandin, die kritisierte, dass ihre Lebenssituation mit einem behinderten Kind keine *Belastung*, sondern eine große Herausforderung für sie sei, stützt das Argument¹. In ähnlicher Weise argumentiert Bock (2002), wenn sie in ihrer Arbeit: „*Mein Kind ist besonders?*“ – „*Was ist mit mir?*“ die zwangsläufige Neuorientierung der bisherigen kognitiven, emotionalen und motivationalen Erlebnis- und Handlungsweisen von Eltern eines behinderten Kindes beschreibt.

Nach Rieländer (1991) werden auch häufig normale Entwicklungsprozesse als belastende kritische Lebenssituationen erlebt, wie es z.B. beim Thema Altern nicht unüblich ist (s. auch Kap. 1.2.2).

An diesen Beispielen für außergewöhnliche Lebensereignisse bis hin zu natürlichen Entwicklungssituationen wird deutlich, wie umfassend sich der Bereich kritischer Lebenssituationen darstellt. Und wie auch immer kritische Lebenssituationen jeglicher Art wahrgenommen, verstanden und bewertet werden, ist es letztendlich das subjektive, persönliche und individuelle Erleben und Verhalten, das den Ausschlag für das Wohlbefinden gibt (Ciompi, 1997).

Das mögliche Spektrum von Lebenskrisen reicht von negativer Bewertung, wie beispielsweise das Erleiden eines schicksalhaften Lebensereignisses, über eine neutrale Einschätzung, die der Situation nicht so viel Bedeutung gibt, bis hin zu einem eher perspektivischen Blick, indem die Situation als Chance bzw. Herausforderung verstanden wird.

Von der Formulierung *subjektives* Wohlbefinden wird in dieser Studie Abstand genommen, wie sie in der Literatur zuweilen auftaucht (z.B. Flammer, 1990, S. 104). Denn nach dem Verständnis der Verfasserin kann es demgegenüber kein *objektives* Wohlbefinden geben. Grundlage ist die persönliche Wahrnehmung und Einschätzung der Situation, weswegen die Formulierung persönliches Wohlbefinden in außergewöhnlichen Lebenssituationen bevorzugt wird.

Der Umgang mit der veränderten Situation – bzw. Krise – ist unspezifisch und gehört in die Kategorie *Bewältigung* (Kap. 1.2.3). Bewältigungsmechanismen - auch *Coping* genannt – stellen ein wesentliches Konstrukt aus der Stressforschung dar und

¹ Diese kritische Äußerung wurde der Versuchsleiterin anonym über die zuständige Multiplikatorin übermittelt.

gehören damit zu den Hauptdeterminanten des Stressprozesses². Im Allgemeinen wird damit jede qualitative und strukturelle Auseinandersetzung mit Krisen beschrieben, die die Funktion hat, durch angemessene Anpassungsleistungen persönliches Wohlbefinden wieder herzustellen bzw. zu erhöhen.

1.2 Kritische Lebenssituationen

Kritische Lebensereignisse werden von Filipp (1995b) definiert als „reale Lebenserfahrungen einer besonderen affektiven Tönung ..., die sich für die Person als Zäsuren im Geschehensablauf darstellen und die auch retrospektiv - ... - häufig als Einschnitte und Übergänge im Lebenslauf wahrgenommen werden.“ (S. 293). Es geht dabei um qualitativ-strukturelle Veränderungen in der Gestaltung von einer oder mehrerer Person-Umwelt-Beziehungen (Filipp, 1995a, b; 2007). Dabei werden Anpassungsleistungen durch die Person notwendig, die ihre bisherigen gewohnten Denk- und Handlungsabläufe unterbrechen. Habitualisierte Muster im individuellen wie im sozialen Gefüge verlieren ihre bis dato nützliche Funktion, so dass es einer Neu-Orientierung bedarf³. Sowohl entwicklungsspezifische als auch durch außergewöhnliche Ereignisse bedingte Veränderungen und der notwendige Umgang damit, also deren Bewältigung, sind untrennbar miteinander verbunden.

Zur Wahrnehmung kommen Erinnerungen und Erfahrungen für die Interpretation des Geschehens (Zeki, 2010).

² Nähere Erläuterungen sind z. B. in der Studie von Jendro-Heitel (1990) näher dargestellt.

³ Das wohl extremste aller kritischen Lebenserfahrungen ist die Konfrontation mit der Realität eines Endstadiums bei einer wichtigen Bezugsperson. Kübler-Ross (n. d.) unterstreicht für diesen Fall die weitgehende Abhängigkeit der Familie von der Haltung, Bewusstheit und Fähigkeit zur Kommunikation bei dem Sterbenden. Je mehr alle Beteiligten zur Aussprache und zum Ausdruck der begleitenden Emotionen fähig sind, umso leichter kann das Unvermeidliche bewältigt werden. Dies gilt auch für Wut, Zorn und Schuld (S. 144f.).

1.2.1 Auslöser von Krisen/Stress

Ereignisse, die vom üblichen Alltagsablauf abweichen, sind ein Untersuchungsgebiet der Stressforschung. Bei Traumata, wie z.B. Arbeitslosigkeit, Krankheit, Konflikte, Trennung, Unfall oder Tod sowie bei einem angestrebten Ereignis, das *nicht* eintritt, kann es durch eine Koppelung mit negativen Emotionen bis hin zu depressiven Störungen und zur Entwicklung *existentieller*, d.h. eindeutig belastender Krisen kommen (Klauer & Greve, 2005).

Das Nichterreichen von Zielen von „*gefühlter Evidenz*“ (Klauer & Greve, 2005, S. 255), wie z. B. ungewollte Kinderlosigkeit oder ein unerfülltes Karriereziel, nehmen eine Sonderstellung ein. Indem sie i.a. nicht datier- und lokalisierbar, also *Noch-Nicht-Ereignisse* (Auth, Preiser & Buttkewitz, 2003, S. 585) sind, wird die Zielerreichung solange weiter angestrebt, bis eine Notwendigkeit zur Neuorientierung individuell als sinnvoller erachtet wird (s. auch Brunstein, Maier & Dargel, 2007; Preiser, Auth & Buttkewitz, 2005).

Zur Stress- bzw. Life-event-Forschung gehören außer traumatischen Ereignissen auch die entwicklungsgeschichtlichen Wendepunkte wie etwa die Übergangszeit vom Jugendlichen zum Erwachsenen oder vom Arbeitsalltag zum Rentner-Dasein (Ernst, 1997) sowie erwünschte kritische Lebensereignisse, wie z.B. eine Hochzeit, Lottogewinn oder die Geburt eines Kindes.

Davon werden wiederum die verbreiteten *daily hassles* unterschieden. Alltägliche, zumeist kleinere Unannehmlichkeiten, wie z. B. regelmäßige Verkehrsstau-Erfahrungen, eine verpasste Bahn oder die Arbeit mit verschlissenen Werkzeug, können beim einzelnen die gleichen Effekte hervorrufen, indem sie Stressreaktionen provozieren.

Situationen die belastend, bedrohlich oder beeinträchtigend erlebt werden, werden als *Distress* bezeichnet. Beanspruchungssituationen dagegen, bei denen die Anforderungen und eigene Ressourcen im Gleichgewicht stehen, gelten als *Eustress*.

Aufgrund dessen, dass „normales“ Verhalten oder gesundheitsfördernde Maßnahmen i. a. weniger Aufmerksamkeit erregen als Störungen im Lebensalltag, beschäftigt sich die Forschung zu den kritischen Lebensereignisse bis heute verstärkt mit dem Phänomen *Distress*. Durch eine Störung, die als Belastung empfunden wird

und das Wohlbefinden beeinträchtigt, entsteht zugleich ein Leidensdruck, wodurch Handlungsbedarf entsteht. Insofern ist es naheliegend, dass die Life-event-Forschung lange Zeit pathogenetisch orientiert war (Weiß, 2005), auch wenn die physiologischen Stressreaktionen die gleichen sein können wie bei Eustress (Erröten, Herzklopfen, ...).

Ferner sind akuter und chronischer Stress zu unterscheiden. Schulz beschreibt life-events als zunächst akuten Stress. Chronischer Stress hat nach seiner Definition einen unspezifischen, schleichenden Beginn und ist von unterschiedlicher Dauer und Intensität (Schulz, 2005, S. 227). Ob sich akuter Stress zu chronischem Distress entwickeln wird, ist maßgeblich abhängig von der Bewältigungskompetenz und Stressreaktivität der Person.

Stressreaktivität ist ein Konstrukt, das als Disposition verstanden wird (Schulz, Jansen & Schlotz, 2005). Es beschreibt, wie mit schnellen und andauernden Belastungen umgegangen wird. Als Merkmale der Stressreaktivität werden ungünstige Ausprägungen in Form einer hohen Besorgnisneigung und ein negatives Selbstkonzept eigener Fähigkeiten genannt. Dazu kommen noch eine hohe Erregbarkeit des ZNS sowie eine hohe negative Emotionalität.

1.2.2 Effekte von Distress auf die Gesundheit

Mangelnde Bewältigungskompetenz und hohe Stressreaktivität können sich nachteilig auf die psychische und physische Gesundheit auswirken⁴. Die vorliegende Studie konzentriert sich dabei auf die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wonach Gesundheit als der Zustand eines allgemeinen physischen, psychischen, seelischen und sozialen Wohlbefindens bezeichnet wird.

⁴ Gesundheitliches Wohlbefinden kann im Übrigen auch aufgrund von Placebo-Effekten beeinflusst sein. U. a. hirnelektrophysiologische Untersuchungen liefern Erklärungen über die Wirkungsweise von ärztlichen Verordnungen ohne jeglichen Wirkstoff. Zum Teil können allein durch die Erwartungshaltungen aufgrund der Anwesenheit des Arztes Wirkungen hervorgerufen werden, die subjektiv für Linderungen im Organismus sorgen. Vermutet werden als Ursache hier eigene Selbstheilungskräfte durch die Aktivierung des präfrontalen Cortex im Gehirn, dem Bewertungen und Bedeutungszuschreibungen zugrunde gelegt werden (Paulus, 2001; Wirkung ohne Wirkstoff, 2010).

Nach dieser biopsychosozialen Perspektive umfasst Gesundheit und damit auch das Wohlbefinden also wesentlich mehr als lediglich das Fehlen von Krankheitssymptomen und -diagnosen (zitiert nach Fischer, 2005; Weiß, 2005).

Von Antonovsky wurde im Jahr 1987 zu dem Thema Gesundheit das Modell der Salutogenese entwickelt. Er vollzog damit einen Paradigmenwechsel weg von dem pathogenetischen Krankheitsmodell zu einem positiven Gesundheitsbegriff und erforschte die Faktoren, die förderlich für die Gesundheit sind. Das Konzept der Salutogenese konzentriert sich ausdrücklich auf die Gesundheit in ihren positiven Ausprägungen. Faltermaier (2005) stellt hierzu Entsprechungen zu subjektiven Gesundheitskonzepten fest. Dies sind subjektive (Laien-)Vorstellungen über Einflüsse auf Gesundheit und ihre Zusammenhänge mit Risiko- und Ressourcenwahrnehmung, Körperkonzepte und Kontrollüberzeugungen.

Er fasst bisherige Untersuchungsergebnisse subjektiver Gesundheitstheorien zusammen, die „auf ein deutlich psychosomatisches Verständnis der Entstehung von Gesundheit [verweisen], wobei negative Faktoren wie Stress und Überforderung sowie positive Faktoren wie angemessene Bewältigung und positive soziale Beziehungen eine herausragende Rolle spielen.“ (Faltermaier, 2005, S. 43).

Im Hinblick auf Präventivmaßnahmen für gesundheitsrelevantes Verhalten manifestieren sich in den Untersuchungen Unterschiede bei der Bewältigungskompetenz zwischen Frauen und Männer. Allgemein zeigen die Daten, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen eher bei Frauen und riskantere Lebensweisen eher bei Männern festzustellen sind. Frauen wird desgleichen auch eine höhere Achtsamkeit bei der Beschreibung ihrer Emotionalität zugerechnet. Der statistisch gesehen unterschiedliche Umgang mit Stress bei Männern und Frauen steht in Zusammenhang mit unterschiedlicher Verarbeitung der Situation (Fischer, 2005;⁵ Döring-Seipel, E.; Lantermann, E. & Otto, J., 2001; Sieverding, 2005; vgl. Kap. 1.2.3).

Das Thema Alter bzw. Älterwerden stellt kein außergewöhnliches Lebensereignis *an sich* dar, sondern gehört zu den unabänderlichen Lebensabschnitten.

⁵ Die Einbeziehung des psychosozialen Geschlechtes (engl.: gender) ist gemäß Fischer (2005) ebenso bedeutsam für das Thema Gesundheit wie das biologische Geschlecht. Demgemäß propagiert sie die Relevanz von gender medicine, die sich auf die unterschiedlichen Umgangsweisen mit Stress- und Gesundheitsverhalten begründet.

Insofern geht es hierbei um einen Prozess, der jedem allgegenwärtig ist, zur normalen Entwicklung des Menschen gehört und vielfach angstbesetzt ist (Schenk, 2005).

Der Prozess des Älterwerdens ist mit einigen kritischen Lebenssituationen verbunden, da der natürliche Verlauf des Älterwerdens körperliche und geistige Veränderungen nach sich zieht. Krankheiten, Todesfälle, Beeinträchtigungen der physischen und psychischen Gesundheit und andere Bedrohungen und Belastungen für das Wohlbefinden werden im Alter wahrscheinlicher, wodurch der Alterungsprozess vielfach mit einigen Schwierigkeiten verbunden ist.

Die Gesundheit erfährt über die Lebensspanne einen Bedeutungswandel. Objektiv medizinisch messbare Ergebnisse unterscheiden sich z.T. erheblich von subjektiven Gesundheitseinschätzungen. Dass bei Älteren eine höhere Lebenszufriedenheit als aufgrund der altersentsprechenden Entwicklungen im sozialen Umfeld erwartet werden kann, wird von Wurm und Tesch-Römer (2005) als ein Altersparadox und von Staudinger (2000) als ein Wohlbefindens-Paradox bezeichnet (s. auch Staudinger, 2008).

Üblicherweise verringern sich im Alter als Kompensation die Ziele, die wiederum dafür umso energischer verfolgt werden. Positive Grundhaltungen bleiben im Allgemeinen über die Lebensspanne stabil (Fischer, 2005; Forstmeier, Uhlendorff & Maercker, 2005; Wilhelm, 2001).

Ob und wie sich der persönliche Umgang mit Ereignissen und Erfahrungen beeinflussen lässt, die sich über die Lebensspanne auch auf die Persönlichkeit auswirken, ist eine der für diese Studie interessierenden Fragen. Im Hinblick auf die aktuelle demoskopische Entwicklung der dramatisch alternden Gesellschaft wird dieses Thema umso relevanter.

Die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit wird besonders im Alter beeinflusst von Bewältigungskompetenzen wie individuellen Kontrollüberzeugungen (vgl. Kap. 1.3.1) und sozialen Vergleichsprozessen (vgl. Kap. 1.5). Nach Wurm und Tesch-Römer (2005) haben gerade im Alter optimistische Gefühle bereits eine Schutzfunktion und protektive Wirkung.

1.2.3 Stressbewältigung (Coping)

Der Forschung zum Thema Stress und Bewältigung liegen vielerlei Definitionen zugrunde. In dem Fokus der Orientierung steht dabei das jeweils vorherrschende Forschungsgebiet. Das sind beispielsweise die oben erwähnten kritischen Lebensereignisse oder die sogenannten daily hassles sowie die obligatorischen Entwicklungsaufgaben. Eine umfassende Definition, die die Gemeinsamkeiten des Konstrukts integriert, stammt beispielsweise von Olbrich, wonach Coping „... relativ durchgängig als (Regulations-) Prozess verstanden [wird], der gekennzeichnet ist durch das (ich-psychologisch, kognitionspsychologisch oder verhaltensdeskriptiv verstandene) Bemühen einer Person, situativen oder innerpsychischen Anforderungen und der zwischen ihnen bestehenden Konflikte gerecht zu werden, ..., welche die adaptiven Ressourcen einer Person stark beanspruchen oder übersteigen und so ihre Transaktionen mit ihrer Umwelt stören.“ (Olbrich, 1990, S. 64).

Einen groben Überblick über Bewältigungsstrategien zeigt Tabelle T1 auf Seite 11⁶. Jede der dort angeführten Umgangsweisen ist eine Ressource und ermöglicht situationsabhängig und individuell eine erfolgreiche Bewältigung.

Unter Ressourcen werden „alle Fähigkeiten, Erinnerungen, Erfahrungen und Hoffnungen, die sich auf die Erlangung eines gewünschten Zieles richten und dabei hilfreich sein können“, verstanden (Zwingmann, 2007, S. 106; Frank, 2007). Über ein breites Spektrum der Strategien zu verfügen, ist grundsätzlich von Vorteil. Laut Sieverding (2005) sind defensive Strategien bei kurzfristigen Belastungen hilfreich, bei langfristigen dagegen eher gesundheitsschädigend. Die Maßnahmen 1 bis 6 in Tabelle T1 sind problemorientiert, 7 bis 10 sind reaktionsorientiert.

Zu den defensiven, passiven Strategien, die häufiger Männern als Frauen zugerechnet werden, gehören die Ablenkung, Verleugnung, Verdrängung und Unterdrückung negativer Emotionen. Frauen neigen demgegenüber – statistisch gesehen – eher zu problemorientierter Informationssuche, zur Antizipation negativer Ereignisse

⁶ Den Tabellen und Abbildungen, die im Text dargestellt sind, ist der Nummerierung ein T vorangestellt. Tabellen, denen der Buchstabe A vorangeht, befinden sich im Anhang.

und suchen eher aktiv die Kontaktaufnahme zu anderen Personen (Sieverding, 2005; Fischer, 2005).

Tabelle T1

Klassifikation von Stressbewältigungsstrategien (Schulz, 2005)

Bewältigung erzielt über die Beeinflussung ...	Coping	
	offensiv	defensiv
... der Stressquelle (SQ)	1. planvolles Handeln zur Beeinflussung der SQ	2. bewusstes Vermeiden der Konfrontation mit der SQ
... der Stresswahrnehmung	3. informieren über die SQ	4. verleugnen, ignorieren, ausblenden der SQ
... der Stressbewertung	5. sich Mut machen durch umbewerten	6. akzeptieren durch umbewerten
... der körperlichen Stress- Reaktion	7. aktive Beruhigung und Anregung	8. passive Beruhigung und Anregung
... des Stressausdrucks	9. Stresseemotionen aus- drücken, abreagieren, mitteilen	10. Stresseemotionen kontrollieren, unterdrücken

Eine weitere Unterscheidung defensiver Mechanismen differenziert zwischen sogenannten Anti-Grübel-Maßnahmen und Ablenkungsstrategien (Huffziger, Reinhard & Kuehner, 2010). Die *kognitiven* Anti-Grübel-Maßnahmen im Sinne der Konzentration auf positive Gedanken sind sinnvoll bei leichten Krankheitsbildern oder bei zeitlich begrenzten Maßnahmen, wie z.B. bei Rehabilitationen. Bei längerer und schwererer Symptomatik empfehlen Huffziger et al. (2010) eher *behaviorale* Ablenkungen durch angenehme Aktivitäten (a. a. O.).

In der Annahme, negative Emotionen damit besser regulieren zu können, steigt oftmals der Konsum stofflicher Substanzen wie Alkohol, Drogen, Medikamente und allem, was zumindest kurzfristige Erleichterung zu versprechen scheint - sozusagen *substanzinduzierte Bewältigungsversuche*.

Solche und andere vermeidende Prozesse zur Ablenkung von der Realität werden in der Literatur vielfach unterschieden von den Maßnahmen, die flexible, produktive und an Fakten angepasste Strategien bevorzugen. In tiefenpsychologisch orientierten Theorien werden zudem Copingstrategien von Abwehrmaßnahmen differenziert (Haan, 1977; zitiert nach Olbrich, 1990, S. 59).

Beutel (1990) zufolge sind Copingstrategien bewusst, Abwehrmechanismen dagegen unbewusst. Für ihn basiert Abwehr auf inneren, kognitiven Prozessen, die auf Erfahrungen beruhen und dazu neigen, die Realität und Selbstwahrnehmung zu verzerren bzw. einzuengen. Die Annahme ist, dass in der Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen, Abwehr und Coping sukzessive und parallel ablaufen, in sich aber komplementär sind.

Der Aufbau von Ressourcen, die sich von den dysfunktional gewordenen unterscheiden, gilt als effektives Coping. Dysfunktionales Coping erhöht das gesundheitsschädliche Stressniveau (Weiß, 2005).

In Abbildung T1 (S. 13) ist ein Modell von Schwarzer (2000) wiedergegeben, das die umfangreiche Thematik zusammenfasst. Er veranschaulicht ein transaktionales Modell, welches ursprünglich auf Lazarus (1977, 1995) zurückgeht. Die klassische Stressforschung des Reiz-Reaktions-Ansatzes, wie sie beispielsweise von Selye in den siebziger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts konzipiert worden ist, wurde so weiter entwickelt.⁷ Lazarus (1977) schrieb dazu: „We have a great need for transactional language that describes individual differences in the way relates to the environment.“ (S. 147)

Das Modell zeigt, dass sowohl externe als auch intrapsychische Prämissen Wechselwirkungen zwischen den Einschätzungen der Umwelt und der eigenen Ressourcen mit sich bringen. Daraufhin aktivieren sich Copingstrategien, die in komplexer Weise auf Gesundheit und Wohlbefinden sowie auf soziales Verhalten einwirken. Effektives Coping liegt dann vor, wenn Verhalten und Erleben zu einer Steigerung des Wohlbefindens führen.

Wesentliche Bedeutung haben dabei die grundsätzliche Beeinflussbarkeit der Stressquelle und deren Informationsgehalt, der eingeschätzte Aufwand, die

⁷ Zur Beschreibung der relevanten Stress- und Bewältigungstheorien s. z. B. Jendro-Heitel (1990).

Notwendigkeit zur Beseitigung der Stressquelle und die aktuell verfügbaren Ressourcen (Schulz, 2005). Zu den intrapsychischen Ressourcen gehören außer den kognitiven auch emotionale und motivationale Persönlichkeitsmerkmale.

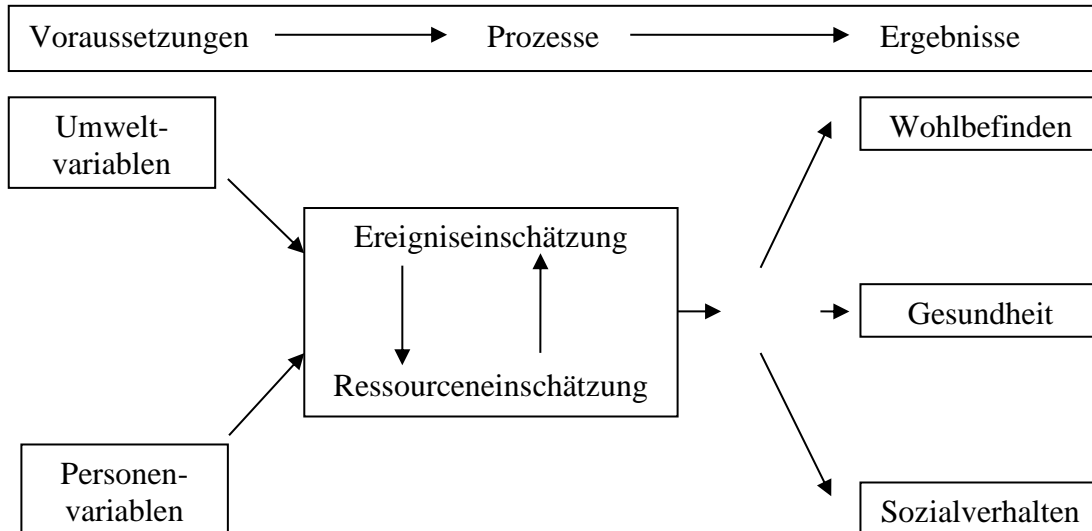


Abbildung T1. *Stress und Coping aus transaktionaler Perspektive* (aus: Schwarzer, 2000, S. 16.)

Ein weiteres Erklärungsmodell für Bewältigungsvorgänge stammt aus der Chaostheorie von Ciompi (1997). Mit systemtheoretischem Blickwinkel beschreibt er das Welt- und Menschenbild als ein radikales Konstrukt, in der eine unvoreingenommene Wahrnehmung einer Realität per se nicht möglich ist. Das bedeutet, dass die Wirklichkeit individuell nach Grundstimmung und sozialen Konzeptualisierungen konstruiert wird, wie z.B. bei den Verdrängungsmechanismen.

Bei seinem Entwurf einer „fraktalen Affektlogik ... [handelt] es sich um eine integrativ psycho-sozio-biologische Theorie psychischer Phänomene, welche von ... Gesetzmäßigkeiten von affektiv-kognitiven Wechselwirkungen ausgeht ...“ (Ciompi, 1997, S. 272). Die Affekte liefern dabei quasi die Energien für das Bewusstsein.

Menschen streben nach Erfüllung von Lust bzw. Vermeiden von Unlust. Ziel ist das In-Balance-Halten *aller* psychischen Phänomene, die aufgrund eines

deterministischen Chaos⁸ durch selbst-regulatorische Vorgänge in ein Ungleichgewicht geraten.

Der Bereich der Psyche ist durch die ständigen Rückkoppelungsprozesse nicht linear, da jede Zeitperiode von jeder vorher gehenden beeinflusst und verändert wird, und jede nachfolgende beeinflusst und verändert. Das psychosoziale Geschehen insgesamt ist prinzipiell von außen nicht beeinflussbar, sondern reagiert immer im Sinne der eigenen Struktur (Maturana, 1997, S. 36). Gekennzeichnet ist es immer durch eine Affektbalance zwischen positiven und negativen Affekten, mit dem Streben nach Überzahl der positiven Affektivität mittels möglichst effektiver Copingstrategien.

1.3 Persönlichkeit

Zunächst wird näher auf die Bedeutung der Persönlichkeitsmerkmale im Bewältigungsprozess eingegangen, die zwar als stabile Dispositionen und damit unveränderlich verstanden werden. Aber nicht zuletzt durch die modernen Untersuchungsmethoden der Neurowissenschaften⁹ werden auch bisherige Erkenntnisse im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung und damit mögliche Veränderbarkeiten - auch in den Charaktereigenschaften - bestätigt.

Denn jedem Verhalten und Erleben entspricht eine biologische Ebene, an die die Neurowissenschaften ansetzen. Nicht nur die hochkomplexen Zusammenhänge zwischen den Mechanismen für das Zustandekommen eines bestimmten Verhaltens und Erlebens lassen sich neurobiologisch nachweisen, sondern auch die Wirkungen von Stress z. B. auf Gedächtnis, Erinnerungsvermögen, immunologische Parameter bis hin zur Veränderungen und Beeinflussung der Genaktivität (Bauer, 2002, 2005, 2006; brandeins Online, 2003; Damasio, 1999; Dreisbach, 2008; Rohleder, Wolf & Kirschbaum, 2005;).

⁸ Exemplarisch mag als Metaphern für ein deterministisches Chaos der Blumenkohl oder die Wolkenbildung gelten: Struktur in Struktur in Struktur mit immer wieder neuen Selbstähnlichkeiten in den Übergangszonen zwischen Ordnung und Chaos. Die menschliche Psyche gleicht – nach Ciompi – dieser Fraktalstruktur (Ciompi, 1997).

⁹ Wie z.B. Magnetresonanz- oder Kernspin-Tomographie (MRT) oder Positronen-Emissions-Tomographie (PET).

Die Persönlichkeitseigenschaften fundieren selbst als Ressourcen, die mit (mehr oder weniger) effektivem Coping in Zusammenhang stehen.

Die Entwicklung eines Selbstkonzeptes stellt beispielsweise eine Ressource für die Person-Umwelt-Auseinandersetzung dar, das als mehrdimensionales, hierarchisches Konstrukt Erlebens- und Verhaltensprozesse determiniert. Gleichzeitig beeinflusst das Selbstkonzept als transaktionaler Prozess Effekte mitsamt selbstbezogener Kognitionen wie z. B. Selbstwahrnehmung, Selbstbewertung, Selbstzweifel, etc. (Jerusalem, 1993).

Ein Element des Selbstkonzeptes ist die Bildung einer Kontrollmeinung, zu deren Entwicklung mehrere Phasen durchlaufen werden. Ein A-priori-Schema des Kontrollkonzeptes wurde von Flammer (2003) entwickelt (s. Tabelle T2).

Tabelle T2

Dekomposition der Struktur der Kontrollmeinung (Flammer, 1995; zitiert nach Flammer, 2003, S. 258)

Stufe	Struktur	Bezeichnung des kognitiven Elementes
5	Selbstbewusst wissen, daß [<i>sic</i>] man <i>fähig</i> ist, so zu agieren, daß [<i>sic</i>] bestimmte Effekte entstehen	Kontrollmeinung
4	<i>Selbstbewusst</i> wissen, daß [<i>sic</i>] man so <i>agiert (hat)</i> , daß [<i>sic</i>] bestimmte Effekte entstehen/entstanden sind.	Konzept des erfolgreichen (oder erfolglosen) Selbst
3	Realisieren (\approx wissen), daß [<i>sic</i>] <i>man so agiert (hat)</i> , daß [<i>sic</i>] bestimmte Effekte entstehen/entstanden sind	Internale Kausalattribution
2	Realisieren, daß [<i>sic</i>] gewisse <i>Aktionen</i> gewisse Effekte hervorbringen	Kausalschema
1	<i>Realisieren</i> , daß [<i>sic</i>] sich gewisse Effekte ereignen	Ereignisschema
0	Gewisse Effekte ereignen sich	(keine kognitiven Elemente)

Nach Flammer (2003) kommen Säuglinge mit einem gewissen Verhaltensrepertoire auf die Welt, entwickeln schnell durch Anpassung neue Lernprozesse (z. B. die Mundstellung beim Saugen). Aus dieser Stufe 1 wächst aus lustvollen Erfahrungen durch Erinnerung an einen früheren Effekt ein erstes Interesse an der Wirkung selbst (Stufe 2). Durch häufiges Wiederholen entstehen aus den Erfahrungen Ereignisse der Selbstzuschreibung (z.B. Mütze alleine aufsetzen). Das ist die Stufe 3. Die Erfahrung einer persönlichen Leistung durch Selbermachen führt zu ersten Erfolgserlebnissen und Stolz oder aber auch zu Scham bei Misserfolgen (Stufe 4). In Stufe 5 ist eine relativ stabile Selbstattribution und damit das Konzept eines kompetenten Selbst erreicht, was von dem Ausmaß an Erfolgen durch *selbst* bewerkstelligte Ziele in Stufe 4 abhängig ist. Mit der Kontrollmeinung (Stufe 5) ist eine erste Phase abgeschlossen. Fünf weitere Phasen sind dann noch notwendig, bis überhaupt von einem stabilen Selbstkonzept gesprochen werden kann.

Hinzu kommen nämlich die Entwicklung eines globalen Fähigkeits-, Anstrengungs- und Schwierigkeitskonzeptes (Stufe 6, 7 und 8). Über das kompensatorische Verhältnis zwischen Anstrengung und Schwierigkeit (Stufe 8) stellt sich in Stufe 9 im zweiten Lebensjahrzehnt ein Konzept mit möglichst viel Kontrolle und möglichst viel Wirksamkeit ein, das geprägt ist von kulturellen, gesellschaftlichen und sozialen Veränderungen sowie von der individuellen Biographie und Interessenlage. Die Entwicklung stellt insgesamt ein heterogenes Konzept dar, wobei die jeweiligen Copingstrategien auf ihre persönliche Brauchbarkeit gewissermaßen auf einem Prüfstand stehen.

Ein weiteres relevantes Konzept aus dem Bereich der Kontrolltheorien stammt von Heckhausen und Schulz (1995). Sie unterscheiden in ihrer Kontrolltheorie die primäre von der sekundären Kontrolle. Wenn das Streben nach primärer Kontrolle, also die Situation selbst wirksam beeinflussen zu können, scheitert, setzt die sekundäre Kontrolle der eigenen Emotionen und Kognitionen ein. Die primäre Kontrolle ist nach außen, die sekundäre nach innen gerichtet.

Persönlichkeitseigenschaften können nicht nur maßgeblichen Einfluss auf die Entstehung und Entwicklung von Wohlbefinden, sondern auch von Krankheiten haben.

Wie bereits dargestellt wurde, spielen dabei optimistische Grundhaltungen eine herausragende Rolle. Für den dispositionalen Optimismus, dem ein positiver Einfluss

auf das Wohlbefinden zugeschrieben wird, ist von ausschlaggebender Bedeutung, welche Ursache und Beeinflussbarkeit der Situation zugeschrieben wird.

Einstellungs- und Verhaltensänderungen in Anbetracht kritischer Verhaltensmuster wurden auch näher von Prochaska und Di Clemente erforscht (vgl. Maurischat, 2001 und 2002; Scholz & Schwarzer, 2005).

Sie entwickelten 1983 mit dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (TTM) ein dynamisches Prozessmodell, das die Messung der Bereitschaft zur Änderung des Gesundheitsverhaltens bei konkreten Verhaltensweisen, wie z.B. Rauchen, ermöglicht.

Es ist ein im deutschen Sprachgebrauch noch am Anfang stehendes Phasenmodell, das aus dem angloamerikanischen Raum stammt und vorwiegend Anwendung im klinischen Bereich, der Gesundheitspsychologie und der Prävention findet.

Der Ansatz besteht aus drei Kerndimensionen: Veränderungsphasen (*stages of change*), Veränderungsstrategien (*processes of change*) und Veränderungsebenen (*level of change*). In seiner weiteren Entwicklung wurde in das Modell u.a. noch das Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung integriert (s. Kap. 1.3.2).

Eine maßgebliche Kritik an diesem Konzept der Veränderungsphasen (abgekürzt SOC) liegt in der unterschiedlichen Handhabung der Begrifflichkeiten im deutschen Sprachraum, indem der Ausdruck *stages* abweichend mit Stufe, Stadium oder Phase übersetzt und dadurch unterschiedlich gehandhabt wird. Die Definitionen eines dimensional versus kategorialen Konzeptes stehen sich willkürlich, widersprüchlich und unvereinbar gegenüber, da sie zu unterschiedlichen Ergebnissen führen (Maurischat, 2001, 2002).

1.3.1 Attribution/Kontrollüberzeugungen

Attribution ist die Zuschreibung von Ursache(n) für eine Situation oder Stressquelle durch bestimmte Faktoren und wird in kognitiven Kontrollüberzeugungen ausgedrückt.

Ursprünglich war es Rotter (1954; zitiert nach Flammer, 2003), der aus seiner sozialen Lerntheorie heraus das Konzept des locus of control entwickelte und die

internale und externale Kontrollüberzeugung definierte. Das Zustandekommen einer Stressquelle wird nach diesem Konzept entweder von der Person selbst (internal) oder von Umweltfaktoren bzw. anderen Personen (external) verursacht (Mielke, 1982).

Kontrollüberzeugungen sind subjektive Vorstellungen darüber, wie und wodurch Situationen oder Ereignisse kontrolliert und beeinflusst werden können. In Abgrenzung zu den internalen und externalen Attributionen differenziert Preiser (1988) noch die finalen Attributionen, denen die persönlichen subjektiven und motivationalen Zielsetzungen zugrunde liegen (Preiser, 1988, S. 27).¹⁰ Zu einer Kontrollüberzeugung gehört schließlich noch die Einschätzung des Ausmaßes der Kontrolle überhaupt (Preiser, 1988).

Im Bereich der Gesundheitspsychologie nehmen die Aspekte Attribution und Kontrollüberzeugung einen breiten Raum ein. Dass „Persönlichkeitsmerkmale auf längere Sicht pathogene Prozesse entweder begünstigen oder aber verhindern können“, ist für Weber plausibel (Weber, 2005, S.129).

Ein methodisches Problem liegt hierbei aber in der Gefahr der Konstruktüberlappung, da es keine überzeugenden Nachweise für eine kausale Beziehung zwischen Persönlichkeit und Gesundheit gibt. Daraus folgt, dass sich Persönlichkeitsmerkmale beispielsweise auch als *Folge* von Erkrankungen bzw. langfristigen Stressquellen herausbilden können (Weber, 2005). Der *Zusammenhang* zwischen Persönlichkeit und Gesundheit hingegen ist durch viele Untersuchungen belegt worden.

Flammer (2003) fasst eine Reihe von Studien zusammen und berichtet von entsprechenden Zusammenhängen, die - wenn auch nicht sehr hoch – aber doch immer wieder signifikant sind. „Internale leisten mehr, erholen sich rascher von Krankheiten und Operationen, rauchen und trinken weniger, suchen häufiger Macht, widerstehen Gruppendruck leichter, sind sozial aktiver, bieten häufiger ihre Hilfe an als Externale etc.“ wurde von Flammer (2003, S. 85) festgestellt.

¹⁰ Ein Beispiel für eine finale Attribution ist in der konstruktiven Kritik der auf Seite 3 erwähnten Probandin zu erkennen, die augenscheinlich mehr Bedeutung auf einen positiven Entwicklungsverlauf ihres Kindes legt, als nach Erklärungen zu suchen, was die Behinderung ihres Kindes verursacht haben könnte.

Gerade bei einer eigenen Erkrankung ist die persönliche Suche nach Ursachen bedeutsam für das Wohlbefinden. Subjektive Krankheitstheorien haben eine besondere Bedeutung in ihrer Funktion als kognitive Bewältigungsprozesse und die dadurch ausgelösten Emotionen, die der Anpassung zwischen der Person und der sozialen Umwelt dienen (Traue, Horn & Kessler, 2005). Wird z.B. die Entstehung einer Krankheit external attribuiert, hat dies Entlastung und Selbstwertstabilisation zur Folge. Die internale Attribution der *Krankheitsfolgen* hingegen ist ein guter Prädiktor für effektives und nachhaltiges Copingverhalten, da dadurch der Verlauf der Krankheit als selbst kontrollierbar angenommen wird (Faltermaier, 2005).

Außer dem dispositionalen Optimismus, der die Überzeugung ausdrückt, Belastungen mit Hilfe der eigenen inneren und äußeren Ressourcen gut bewältigen zu können, sind auch die Faktoren Hardiness und Kohärenzsinn förderlich für Gesundheit und Wohlbefinden (Traue, Horn & Kessler, 2005).

Auf diesen drei Merkmalen baut auch die ressourcenorientierte Theorie von Antonovsky auf, aus denen er sein Modell der Salutogenese entwickelte (zitiert nach Faltermaier, 2005).

Hardiness beruht auf dem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, das Leben *grundsätzlich* bewältigen zu können. Bei hohen Werten für Hardiness wird das Leben als Herausforderung und Veränderungen als Chance gesehen.

Die Kohärenz beinhaltet demgegenüber eine globale Orientierung über die Vorhersagbarkeit der inneren und äußeren Umwelt. Kohärenz meint also das Ausmaß des Vertrauens darauf, dass sich die Dinge höchstwahrscheinlich so entwickeln werden, wie man es aus der eigenen Vernunft heraus erwarten kann.

In diesen Zusammenhang gehört auch das Konstrukt der Risikowahrnehmung, das ebenfalls die Gesundheitsförderung beeinflussen kann. Nach Renner und Schupp besteht Risiko aus zwei wesentlichen Kernelementen. Diese sind zum einen die Auftretens-Wahrscheinlichkeit – also die „Unsicherheit künftiger Zustände“ – und zum anderen der „negative Zustand möglicher Konsequenzen“ (Renner & Schupp, 2005, S. 174). Die Risiken, die selbst kontrolliert werden können, werden i. a. als weniger riskant eingeschätzt als die, mit denen man unkontrollierbar und unfreiwillig konfrontiert wird.

Renner und Schupp (2005) stellen weiterhin fest, dass eher seltene Risiken (wie z.B. Hausbrand oder Todschat) in der alltäglichen Einschätzung überschätzt werden. Häufige Risiken dagegen, wie z. B. Schlaganfall oder Diabetes, werden im sozialen Vergleich systematisch unterschätzt. Zwischen absolutem und relativem bzw. zwischen objektivem und subjektivem Risiko bestehen somit bisweilen deutliche Differenzen.

Optimistische, subjektive Einschätzungen, die keine Bestätigung in objektiven Fakten finden, werden u.a. von Schwarzer *optimistischer Fehlschluss* genannt (Schwarzer, 1996) und stützen mit ihrer Nützlichkeit den Selbstwert. Diese „*einzigartige Invulnerabilität*“¹¹ (Renner & Schupp, 2005, S. 180) unterliegt nicht nur den eigenen Kontrollüberzeugungen, sondern beruht auch auf motivationalen oder kognitiven Ursachen.

1.3.2 Selbstwirksamkeit

Das in den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelte Konzept der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) geht auf Bandura zurück. Es basiert auf der Kontrollmeinung zur Entwicklung eines stabilen Selbstkonzeptes. Die Selbstwirksamkeitserwartung stützt sich auf Handlungsintentionen, bei denen zwei Erwartungen zusammenwirken, dargestellt in Abbildung T2 (vgl. Flammer, 2003; Schwarzer, 1996, 2000; Fischer, 2005; Irmer, 2005; Weber, 2005).

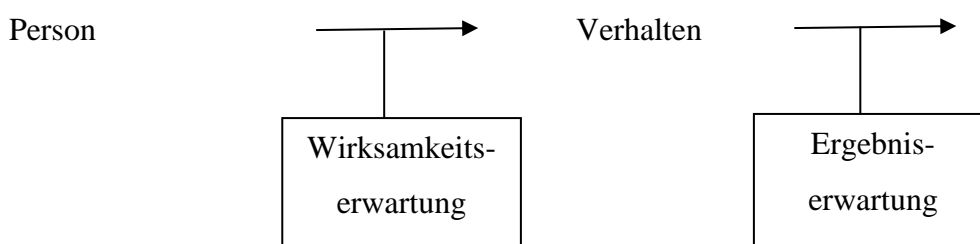


Abbildung T2. Zusammenspiel von Wirksamkeitserwartung und Ergebniserwartung (Bandura; aus Flammer, 2003)

¹¹ Invulnerabilität bedeutet im wörtlichen Sinn Unverwundbarkeit und drückt in etwa das gleiche aus wie der Begriff der Resilienz, die Fähigkeit der Anpassung an Belastungen, Widrigkeiten oder Traumata und die Erholung davon (Brühl & Romkopf, 2008).

Generalisierte oder allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) wird als ein stabiles eindimensionales Persönlichkeitskonstrukt definiert und bedeutet ein lebenslanges Vertrauen auf sich selbst und die eigene Handlungskontrolle mit der Überzeugung, mit dem eigenen Handeln etwas bewirken zu können. Die Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten wird als eine generelle interne Ressource verstanden (Fischer, 2005; Schwarzer, 2000; Flammer, 2003;).

Anfänglich wurde das Konzept der Selbstwirksamkeit als „ein aufgaben- und bereichsspezifisches Konstrukt zur Verhaltensvorhersage in spezifischen Situationen“ entwickelt (v. Collani & Schyns, 2001).

In der Literatur sind positive Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeit mit Optimismus, Selbstwertgefühl, internaler Kontrolle und Neugier mehrfach belegt. Nach Fischer (2005) hat das Ausmaß an Optimismus als wesentlicher Bestandteil der Selbstwirksamkeit große Bedeutung für die Entwicklung des Menschen.

Der gegenteilige Entwicklungspessimismus ist durch ein Erleben geprägt, in dem sich nur geringe Handlungsmöglichkeiten zugetraut werden, begründet durch die angenommene genetische Verursachung der wahrgenommenen bestehenden Ressourcen (Fischer, 2005, S. 226). Auch Einsamkeit und Depressivität als negative Einstellung zur Welt, zur Zukunft und vor allem zu sich selbst im Zusammentreffen mit innerer Selbstabwertung sind mit dysfunktionalen Gedanken verbunden und werden von Weil und Erfurt-Weil als „Selbstallergie“ (2010, S. 105) und von Janofske populärwissenschaftlich am Beispiel der Olympia-Schwimmerin Britta Steffen als „Selbstsabotage“ bezeichnet und beschrieben (zitiert nach Geyer, 2008).

1.3.3 Tenazität/Flexibilität

Das Handeln bei der Bewältigung von Krisen steht nach Brandtstädter (2001) unter dem Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen: der Tenazität und der Flexibilität. Tenazität beschreibt die Hartnäckigkeit beim Festhalten an ursprünglichen Plänen. Flexibilität ist die Haltung einer anpassungsfähigen Abkehr davon. Von Brandtstädter stammt ein entsprechendes Copingmodell der assimilativen vs. akkomodativen Bewältigung (Brandtstädter, 1989).

Tenazität oder assimilatives Coping lässt sich beschreiben als aktives und offenes Handeln zur Zielerreichung (Brandtstädter, 1989; Brandtstädter & Renner, 1990). Assimilative Kompensationen sollen dazu führen, die gesteckten Ziele (hartnäckig) zu erreichen, auch wenn dies mit Widerständen verbunden ist.

Akkomodatives Coping hingegen ist geprägt von defensiver Abkehr von den bisherigen Zielen beim Auftreten von Widerständen. Bei der akkomodativen Flexibilität verlieren die ursprünglichen Ziele, Planungen, Ideen oder Vorstellungen ihre Bedeutung, und es kommt zu einer Anpassung an die Situation mit ihren Beschränkungen. Zunächst aversiv erlebte Situationen werden uminterpretiert und positiv konnotiert. Die Haltung ist verbunden mit emotionaler Ablösung und Anpassung der Ziele, wenn diese als unerreichbar eingeschätzt oder erkannt werden.

Persönliche Ziele und Pläne sind es, die den Handlungen Struktur und einen motivierenden Sinn geben, können aber auch beim Auftreten von Problemen Anlass für Frustrationen und Depression sein (Brandtstädter, 2006). In einem solchen Fall ist erfolgreiches Bewältigungsverhalten durch Merkmale der Flexibilität gekennzeichnet (Klauer & Greve, 2005). Dadurch können nämlich neue und andere Ideen frei gesetzt und alternative Lebensentwürfe ermöglicht werden (Thivissen, 2010, S. 12).

Der Prozess der Selbstentwicklung geht einher mit einer „Erweiterung von Handlungsressourcen ... [mit] einer entsprechenden Expansion von Zielperspektiven und Ambitionen, aus der auch neue Verletzlichkeiten für das Erleben eigener Wirksamkeit resultieren können.“ (Brandtstädter, 2001, S. 72). An dieser Stelle zeigt sich der Zusammenhang von assimilativem bzw. akkomodativem Coping mit der Entwicklung von Kontrollüberzeugungen, der besonders bedeutsam in der späteren Lebensentwicklung ist.

Assimilation und Akkomodation sind Prozesse zur Regulierung des persönlichen Anspruchsniveaus und fördern bei Erleben eigener Kompetenzen die Sinnfindung in einer krisenhaften Situation (Renner, 1990). Beiden Ressourcen liegen partiell antagonistische Prinzipien zugrunde, die im günstigsten Fall zusammenwirken, aber auch in ein Konfliktverhältnis geraten können. Mit zunehmender Tendenz der einen Strategie reduziert sich jeweils die andere. Bei beiden wurde für sich allein genommen ein entlastender „Puffereffekt“ festgestellt. Bei zeitgleicher hoher Ausprägung der

beiden Tendenzen aber fallen die Effekte schwächer aus, was eine weitere Komponente des Stressgeschehens darstellt (Bak & Brandtstädter, 1998; Brandtstädter, 2007a, b, c).

1.4 Engagement

Engagement, das im sozialen Kontext erfolgt, hängt von Merkmalen der Persönlichkeit, von Motivationsprozessen sowie auch vom Zeitgeist ab. Die Motivation dazu basiert auf dem Grundgedanken, dass Menschen geplant, reflektiert und vor allem zielorientiert handeln und hängt davon ab, wie hoch der subjektive Wert der Handlungsfolgen und deren Eintrittswahrscheinlichkeit überhaupt eingeschätzt werden (Beierlein & Preiser, 2005, S. 211). Unterschieden werden vor allem zwei Motivationslagen: das Bedürfnis nach Kontrolle und das Bedürfnis nach Geborgenheit.

Die Kontrollmotivation begründet sich aus dem menschlichen Streben nach Erklärbarkeit und Vorhersagbarkeit von Ereignissen, die Einflussnahme darauf sowie deren Kontrollierbarkeit, Beeinflussbarkeit bzw. die eigene Wirksamkeit. Bei der Geborgenheitsmotivation überwiegt das Bedürfnis nach Zuwendung durch die Gruppe, wenn andere als die bisherigen Zufriedenheitsfaktoren benötigt werden (Preiser, 1988).

Soziales Engagement sind prosoziale Aktivitäten, die die Ziele bzw. die Bedürfnisse anderer Personen oder Personengruppen zum Thema haben (Preiser, 1988).

Verschiedene Formen von sozialem Engagement sind z. B. die Mitarbeit für:

- Kirchliche Organisationen
- Vereine und Verbände (sportlich, musikalisch und andere)
- Betreuung von und Arbeit mit Kindern, alten Menschen, Behinderten und Minderheiten (wie Flüchtlinge und Obdachlose)
- Betreuung von psychisch oder organisch Kranken (z. B. Suchtkranke)
- Selbsthilfegruppen
- weitere wohltätige Vereinigungen
- spontane und unregelmäßige Hilfeleistungen

Davon differenziert wird politisches bzw. gesellschaftliches Engagement, durch das versucht wird, eigene, fremde oder gemeinsame Ziele oder Bedürfnisse über die Beeinflussung von Prozessen und Strukturen in der Gesellschaft zu erreichen. Beispiele hierfür sind Partei- und Gewerkschaftsarbeit, Bürgerinitiativen, politische Bewegungen, Mitarbeit in politischen Schüler- oder Hochschulgruppen, usw.

In der Abgrenzung von sozialem zum politischen Engagement zeigte sich bei Preiser (1988), dass politisch Engagierte mehr als sozial Engagierte häufiger über familiäre Konflikterlebnisse berichteten. Letztere wiederum gaben eher überharmonisierende, konfliktvermeidende Familienverhältnisse an.

Zwischen den verschiedenen Bereichen von Engagement bestehen dahingehend Beziehungen, dass die Aktivitäten auch z.T. simultan verschiedenen Bereichen zugeordnet werden und diese auch auseinander hervorgehen können (Preiser, 1988). So kann z. B. das Ziel einer gesellschaftspolitischen Gemeinschaft mit Zielen der Jugendhilfe einer kirchlichen Vereinigung integriert werden, sodass sie miteinander korrelieren. Es kann aber auch zu einem Konkurrenzverhältnis kommen.

Für das Selbstkonzept kann Engagement als eine Art von Kontrolle zur Stützung des eigenen Wohlbefindens fungieren. Dieses gilt gleichermaßen für die Partizipation (Teilnahme) an Gruppen ohne explizites Engagement. Eine klare Trennung zwischen Engagement für und Teilnahme an einer Gruppe oder Gemeinschaft ist im Prinzip nicht möglich. Beides konfundiert miteinander, was im methodischen Teil dieser Arbeit erneut thematisiert wird.

Mit engagiertem Handeln ist grundsätzlich ein Wunsch nach sozialen oder persönlichen Veränderungen verbunden, die auch, wie oben beschrieben, von einem erhofften Nutzen für sich selbst angeregt werden. Wenn aber die Anstrengungen individuell nicht gemeistert werden können, ist es im Sinne der Akkomodation sinnvoller, die eigenen Ansprüche zu relativieren, auch wenn die ursprüngliche Zielerreichung gesellschaftlich angesehener und damit selbstwertfördernder ist. Dann helfen auch zusätzliche Bemühungen, was das Wohlbefinden anbelangt, nicht mehr. (Thivissen, 2010, S. 12). Problematisch hinsichtlich Gesundheit und Wohlbefinden sind bei sozialem Engagement zu hohe oder fälschliche Erwartungen etwa an eigene

Entwicklungsmöglichkeiten, mangelhafte Rückmeldungen über die Zielerreichung, intransparente Zielsetzungen¹², usw.

Bei der Einschätzung von zu hoch gesteckten Erwartungen steigt die Gefahr eines Burnouts, also einer emotionalen Erschöpfung, auch durch ehrenamtliches Engagement an (Koeske & Koeske, 1989; Sonnenmoser, 2002). Ein psychoanalytisches Konzept geht davon aus, dass das Helfen beim sozialen Engagement auch als ein Abwehrprozess verstanden werden kann – genannt Helfersyndrom. Ein Helfersyndrom ist eine Verbindung charakteristischer Persönlichkeitsmerkmale, durch die soziale Hilfe auf Kosten der eigenen Entwicklung zu einer starren Lebensform gemacht wird (Elsaesser, 1984).

Gesellschaftlich steigt Engagement für andere immer mehr im Ansehen und seiner sozialen Erwünschtheit. Gerade in Zeiten der momentanen Weltwirtschaftskrise und den steigenden Arbeitslosenzahlen wird in der Öffentlichkeit immer mehr für soziales Engagement geworben. Besonders für ehrenamtliche Mitwirkungen ist ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen¹³.

Ehrenamt und Selbsthilfe sind zwei Bereiche aus der Kategorie sozialen Engagements, auf die in den folgenden beiden Kapiteln trotz der großen inhaltlichen Überschneidungen gesondert eingegangen wird.

1.4.1 Ehrenamt

Bezüglich des Themas Ehrenamt liegt eine ambivalente und weiter zu differenzierende Begrifflichkeit vor. Der Grund dafür liegt in der teilweisen Koppelung des Ehrenamtes mit Honorargedanken, wie es z.B. durch die Einführung von „Punktesystemen“ bezweckt wird. Die Hilfeleistungen werden dabei honoriert durch Vorzüge bei Eintrittspreisen für kulturelle Veranstaltungen, verminderte Kosten für

¹² Beispielsweise entspricht unter Umständen ein ausgeprägter musikalischer Anspruch eines Chores nicht grundsätzlich der individuellen Motivation nach einer kurzweiligen Zerstreuung beim Singen.

¹³ So gab es beispielsweise in der 20. Kalenderwoche in 2011 in der ARD eine Extra-Themenwoche zu dem Thema „Ehrenamtliches Engagement“ mit dem Titel „Ist doch Ehrensache!“

Büchereien, Schwimmbäder, o.ä. In diesem Fall wird die Formulierung „Helfer“ statt „Ehrenamtliche“ bevorzugt. (K. Jakob, persönliche Mitteilung, 17.08.2010)¹⁴.

Dadurch, dass die Bedeutung von Ehrenämtern einen kometenhaften Anstieg mit Rekordzahlen erlebt, stehen bisweilen mehr freiwillige Helfer als Aufgaben zur Verfügung. Statistisch gesehen engagierte sich laut Frankfurter Rundschau im Jahr 2008 in Deutschland jeder dritte Erwachsene (Horkheimer, 2009; Verein Ehrenamt im Aufwind, 2007). Andere Quellen berichten von 23 Millionen Menschen, die sich in das „demokratische Gemeinwesen“ freiwillig und ohne Gegenleistung einbringen (Geißler, 2009, S. 48).

Die Gründe für ehrenamtliches Arbeiten liegen außer in der Suche nach Abwechslung oder Ablenkung auch in

- dem Wunsch nach konkreten Hilfestellungen für andere Menschen oder Tiere
- altruistischen und religiösen Werten
- der Einflussnahme auf situative Gegebenheiten
- der Erweiterung der eigenen Sichtweisen
- intellektueller Neugier
- der Aufrechterhaltung von Kontakten

Weitere Motive sind die Überbrückung von Übergangszeiten, wie z.B. von Schule zu Beruf oder von Erwerbstätigkeit zum Ruhestand, Prestige Gründe, zur Selbstwertstützung und mitunter auch als Selbsterfahrung (Doldener, 2002; Kolloquium „Zukunft ehrenamtlichen Engagements“, 2005; Hofmann & Wilken-Dapper, 2011).

Nach einer Studie des Kolloquiums „Zukunft ehrenamtlichen Engagements“ von 2005 ist die Ehrenamtsquote in der Lebensspanne bei den 50- bis 59-Jährigen mit 38% am höchsten. Danach sinkt sie im Alter ab, und beläuft sich bei den über Siebzigjährigen noch auf ca. 20%.

Gerade für das höhere Lebensalter wird für gesellschaftliches Engagement zur persönlichen Bestätigung und Bestärkung mit dem Ziel der Aufrechterhaltung des Wohlbefindens viel geworben und berichtet (Klemm, 2006).

¹⁴ Karl Jakob ist der Vorsitzende der Senioren-Hilfe Groß-Umstadt e.V. Die Mitteilung entstammt der Veranstaltung „Mobilität für Senioren und Behinderte“ des Magistrats Reinheim (Odw.).

1.4.2 Selbsthilfe

Ein großer Bereich ehrenamtlichen Engagements findet in Selbsthilfegruppen statt. Das sind freiwillige, meist zwangslose, themenzentrierte und regelmäßige Zusammenschlüsse von Personen auf örtlicher und regionaler Ebene mit einem gemeinsamen Ziel, begründet auf Kommunikation und sozialem Austausch (Was ist eine Selbsthilfegruppe, 2012). Es handelt sich dabei zumeist um eigenverantwortliche Selbstvertretungen, deren Aktivitäten darin bestehen, eine gemeinsame Bewältigung bei gesundheitlichen oder sozialen Probleme oder Belastungen zu unterstützen. Sie sind vorwiegend problemzentriert.

Die ersten Selbsthilfegruppen entstanden mit den Anonymen Alkoholikern in den dreißiger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts in den USA. Nach dem zweiten Weltkrieg fasste die Idee zur Selbsthilfe auch Fuß in Deutschland. Über die Anzahl der Selbsthilfegruppen gibt es nur ungefähre Schätzungen mit ansteigender Zahl (Nowak, 2005). Ihre Funktion ist die Bearbeitung eines oder mehrerer Probleme zur Verbesserung von persönlichen Lebensumständen. Es werden keine Gewinne erwirtschaftet. Häufig werden die Gruppen, deren Aktivitäten sich ausschließlich an ihre Mitglieder richten, von Dachverbänden organisatorisch unterstützt und werden ehrenamtlich geführt (Was ist eine Selbsthilfegruppe, 2012).

Manche Selbsthilfegruppen propagieren außer ihrer Innenwirkung, z. B. der Vermeidung von Isolation, auch eine Außenwirkung durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit zum Zweck der Information. Durch ihre Eigenverantwortlichkeit leisten sie als Informations- und Kompetenzträger einen bedeutsamen und auch ökonomischen Beitrag in Kooperation mit professionellen Helfern. Dadurch kann sich im Gesundheitswesen die compliance zwischen Patient und Arzt erhöhen, was wiederum ein Kernelement der Krankheitsverarbeitung darstellt (Perrez & Michel, 2005; Schmid, 1996; Scholze, 2004). Unter compliance wird die Bereitschaft verstanden, den Anweisungen von Ärzten und sonstigem medizinischen Personal Folge zu leisten. Eine mögliche Komplikation für compliance besteht in der Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung, wo seitens des Patienten eine Kooperation präferiert wird (Schwarzer & Luszczynska, 2005).

Die Entscheidung zugunsten des Anschlusses an eine Selbsthilfegruppe steht in Zusammenhang mit Motivation, Erwartungen, Zielen und Bedürfnissen. Die „Eignung“

ist also gewissermaßen eher von Persönlichkeitsmerkmalen und Lebenseinstellungen als durch die Lebenssituation determiniert.

1.5 Sozialer Kontext

Die in Kapitel 1.4 beschriebenen sozialen Aspekte von Engagement und Ehrenamt konzentrierten sich auf die Funktion sozialer Handlungen als möglichst hilfreiche Unterstützung in diversen Lebenssituationen. In diesem Kapitel sollen weitere differenzierte Facetten des sozialen Bereiches erfasst werden, denn schon „das Ersuchen um Hilfe ist ein zweiseitiges Schwert, weil damit der Mangel an eigenen Kompetenzen unterstrichen wird.“ (Schwarzer, 2000, S. 13).

In metaanalytischen Studien zeigten sich sowohl positive als auch negative Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung einerseits und psychischer oder körperlicher Gesundheit andererseits. Nach Klauer und Greve (2005) bestehen höchstens leicht positive Zusammenhänge. Von einer effektiven sozialen Unterstützung wird angenommen, dass sie negative Affekte reduzieren und damit auch zur Verbesserung der Immunparameter beitragen kann (Knoll & Schwarzer, 2005; Schwarzer, 2002).

Bei der Erforschung sozialer Unterstützung ist je nach Forschungskontext eine weitere Konstrukt differenzierung in verschiedene Komponenten nötig (vgl. Tabelle T3).

Tabelle T3*Komponenten sozialer Unterstützung (Schwarzer, 2002)*

Soziale Unterstützung^a	Definition
- wahrnehmen	Überzeugung von Eingebundensein in ein hilfreiches System mit Erwartungen nach Unterstützung ^a
- erhalten	tatsächlich ^b erhaltene Unterstützung
- leisten	Hilfestellung aus Sicht des Helfers oder schützendes Abpuffern (protective buffering)
- mobilisieren	Aktives Anregen in verbaler oder nonverbaler Form (fragen, bitten, Hilfsbedürftigkeit signalisieren)
- wünschen	unterschiedliche Bedürftigkeit nach Unterstützung

Anmerkungen.^a = in instrumenteller, informatorischer bzw. emotionaler Form;
^b = nach der persönlichen Einschätzung des Hilfesuchenden.

Instrumentelle Unterstützung liegt vor, wenn praktische und konkrete Hilfestellungen von Bezugspersonen geleistet werden. Bei der informatorischen Unterstützung besteht die Hilfestellung im Beschaffen von Informationen (Schulz & Schwarzer, 2004). Emotionale Unterstützung hat die Funktion einer Bewältigungsassistenz (coping-assistance), deren Wirksamkeit insbesondere bei Frauen mehrfach nachgewiesen werden konnte (Perrez & Michel, 2005).

Nach Schwarzer und Schulz (2000) hat sich soziale Unterstützung in besonderem Maße hilfreich bei der Krankheitsbewältigung gezeigt.

In einer Untersuchung von Schulz und Schwarzer (2004) mit Krebspatienten fungierten die Partner als die wichtigsten Bezugspersonen im gemeinsamen Prozess der Bewältigung, wodurch sich der Heilungsprozess und Wohlbefinden positiv entwickelten. Bedeutsam sind hierbei die jeweiligen individuellen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit im sozialen Kontext hinsichtlich der zeitlichen Perspektive, der langfristigen Prozesse und der Entwicklung. Denn sowohl bei psychischen als auch bei physischen Erkrankungen sind die Partner und Angehörige durch Veränderungen in der Beziehungsqualität immer mitbetroffen (Faltermaier, 2005; Gast, 2001).

Eine Paar- oder Familienbeziehung kann nicht nur durch eine vorliegende Symptomatik, sondern auch durch *positive* Entwicklungen bei einer Person beansprucht werden. Wenn Verantwortlichkeiten, wie z. B. Versorgung und Betreuung eines Patienten, Familienangehörigen oder Partners sich verändern, vielleicht sogar entfällt, kann dies zu einem erneuten Stressfaktor im Sinne einer notwendigen Neuorientierung werden. Eine neue Symptomentwicklung bei *allen* Beteiligten ist nichts Ungewöhnliches (vgl. Zwingmann, 2007).

Beiderseitige akkomodative Flexibilität gilt als begünstigend für partnerschaftliches Zusammenleben (Brandtstädter & Felser, 2003). Diese Disposition ist gekennzeichnet durch das gegenseitige Akzeptieren von Belastungen, die Loslösung von dadurch blockierten Zielen, Erfahren von Unterstützung, eingeschränktes Verwirklichen persönlicher Ziele und Interessen, sinnstiftende Umbewertung von Verlusten und schließlich das Finden neuer Zielsetzungen. Eine partnerschaftliche Bewältigung kritischer Lebensereignisse (dyadisches Coping) ist ein gemeinschaftlicher Prozess mit Auswirkungen auf die Beziehungsqualität und –stabilität.

Laut Bodenmann (2002) ist dyadisches Coping mit der erweiterten Form des familiären Copings eine Spezialform sozialen Copings. Er unterscheidet aus seiner systematisch-transaktionalen Sicht von Stress und Stressbewältigung weiterhin drei Formen von dyadischem Coping. Diese sind gemeinsames Coping mit gemeinschaftlicher Problemsuche und gegenseitiger Solidarität, supportives Coping mit praktischen Tipps und emotionaler Stütze sowie delegiertes dyadisches Coping mit der Übernahme von Aufgaben des anderen (zitiert nach Knoll & Schwarzer, 2005).

In diesem Zusammenhang ist auch das schützende Abpuffern zu sehen. Hierbei handelt es sich um ein vermeidendes Verhalten des Helfers, um den Hilfesuchenden zu schonen. Zur Vermeidung von Konflikten werden ihm negative Informationen oder Probleme vorenthalten, verheimlicht oder verdrängt, eine Schonhaltung eingenommen und den Wünschen des Hilfesuchenden verstärkt nachgegeben, was sich wiederum schädigend auf die Beziehungsqualität auswirken kann. Denn die Schonhaltung ist verbunden mit wenig Zutrauen, kann die Unselbstständigkeit fördern und als Überbehütung erlebt werden (Brandtstädter & Felser, 2003; Knoll & Schwarzer, 2005; Scholz & Schwarzer, 2004).

Schon die bloße Präsenz von Personen - insbesondere von Freunden - kann sich wiederum positiv auf Gefühle von Einsamkeit auswirken, so dass Selbstheilungskräfte aktiviert werden können (Geißler, 2010). Die indirekte Wirkung des Einflusses von Angehörigen fördert ebenso vielfach ein besseres Gesundheitsverhalten und präventive Maßnahmen, was gerade bei älteren Menschen bedeutsam sein kann.

Auch wenn sich der soziale Kontext in vielerlei Studien als unterstützende Ressource bewährt hat, sind die Wirkungen sozialer Beziehungen grundsätzlich abhängig von verschiedenen Faktoren.

Bei ohnehin schon belastender Beziehungsqualität zwischen Partnern kann ein asymmetrischer Austausch von negativen Äußerungen schädigende Wirkungen auf die Symptomentwicklung haben. Optimistische und hoffnungsvolle Interaktionen reduzieren dagegen die Wahrscheinlichkeit einer Symptombildung (Perrez & Michel, 2005; Wurm & Tesch-Römer, 2005).

Die Komplexität der Bedeutung familiärer Beziehungen beschreibt Weiß (2005), indem er dem Familienleben mit seinen gesundheitsfördernden, aber auch -belastenden Aspekten eine große Bedeutung für die Entwicklung der psychischen und physischen Widerstandskraft und damit für das Wohlbefinden zuschreibt. Großes gesundheitsbezogenes Engagement der Familie wird zwar meist weniger gewürdigt als das von professionellen Helfern (Ärzte, Therapeuten, usw.). Dennoch wirken gesundheitsfördernde Aspekte auch dann, wenn sie nicht als positiv *bewertet* werden (Weiß, 2005).

Knoll & Schwarzer (2005) nennen Bewältigungsstrategien, von denen angenommen wird, dass sie mit erfolgreicher Anpassung und erhöhtem Wohlbefinden assoziiert sind und höher ausgeprägt waren, wenn die Partner angaben, Unterstützung geleistet zu haben. Dies betraf in diesem Fall Erhebungen innerhalb eines halben Jahres nach einer Krebs-OP (s. Tabelle T4).

Tabelle T4

Konstruktive Copingstrategien in Partnerschaften (Knoll & Schwarzer, 2005)

Merkmal	Erklärung
Kampfgeist	Tendenz, gegen die Krankheit anzugehen und nicht in Resignation zu verfallen
Sinnfindung	Bemühen, das Schicksal so zu deuten, dass dem Ereignis auch Positives abgewonnen werden kann
Akkomodation	Bemühen des Patienten, die Krankheit zu akzeptieren und anzunehmen
Abwärtsvergleich	Vergleich mit anderen, denen es noch schlechter zu gehen scheint

Bei diesen Merkmalen wurde ein positiver Zusammenhang mit geleisteter emotionaler Unterstützung festgestellt. Offen ist die Frage der möglichen Weiterentwicklung von emotionaler Unterstützung in soziale Belastung, durch z.B. Erleben von Überfürsorge auf der einen Seite und fehlendes Zutrauen andererseits. Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass „...soziale Unterstützung eine gute Sache [ist], abgesehen von den unerwünschten Nebenwirkungen, die gelegentlich auch auftreten können.“ (Knoll & Schwarzer, 2005, S. 346). Die *wahrgenommene* soziale Unterstützung ist dabei eine der stabilsten Dispositionen.

Intendiertes Unterstützungsverhalten kann sich demnach dann zur Belastung entwickeln, wenn die realen Interventionen inkongruent zu den Bedürfnissen des Hilfesuchenden empfunden werden. Laireiter, Fuchs und Pichler (2005) unterscheiden explizit Nicht-Unterstützung von dem Fehlen von Unterstützung. Als Nicht-Unterstützung gelten nach den Autoren die Situationen, in denen womöglich positiv intendiertes Verhalten als Enttäuschung und Kränkung angesehen wird. Sie formulierten vier Faktoren für belastendes Unterstützungsverhalten: 1. Kritik und Abwertung, 2. Diskriminierung und Feindseligkeit, 3. Enttäuschung und nicht Ernstnehmen sowie 4. Einmischung und übertriebene (Für-)Sorge. Bei der fehlenden Unterstützung geht es eher um fehlende Verfügbarkeiten. Diese Differenzierung wird in der Literatur kontrovers diskutiert.

1.6 Religiosität und Spiritualität

Religiosität ist als ein symbolisches Konstrukt hilfreich zur menschlichen Orientierung (Winter, 2005). Religiös wird definiert als die „Haltung eines Menschen, der die Gegebenheiten seines Lebens und seiner Welt, zumindest teilweise, auf eine transzendente Wirklichkeit bezieht“ (Murken, Rüdell & Laux, 2003, S. 3), sodass Religion in diesem Sinn als eine persönliche Erweiterung gesehen wird (Schmitz, 2001).

In einem 1967 konzipierten Modell für religiöse Orientierungen unterscheiden Allport und Ross extrinsische und intrinsische Motivation (zitiert nach Schowalter & Murken, 2003). Extrinsisch Orientierte sind nach diesen Vorstellungen von Zweckdienlichkeit, sozialer Akzeptanz und damit eher oberflächlicher Gläubigkeit gekennzeichnet. Intrinsisch Gläubige sind charakterisiert durch ein Leben mit verinnerlichtem Glauben, das in Übereinstimmung mit den Glaubenswerten gebracht werden kann. In einer Studie zeigten sich intrinsisch Motivierte demgemäß weniger voreingenommen gegenüber ethnischen Minderheiten als die extrinsischen (Allport & Ross, 1967).

Auch wenn neuere Befunde zeigen, dass Intrinsität im Gegensatz zu Extrinsität positiv mit psychischer Gesundheit, höherem psychischem Wohlbefinden und größerer Selbstakzeptanz korreliert, wird dieses Konzept mittlerweile vielfach kontrovers diskutiert und gilt inzwischen längst als überholt (vgl. Zwingmann, Grom, Schermelleh-Engel, Madsen, Schmitz & Moosbrugger, 2004; Schmitz, 2001; Schowalter & Murken, 2003).

Gründe für die kontroverse Diskussion liegen z.B. u.a. in der fehlenden Eindeutigkeit der Abgrenzung von intrinsischer zu extrinsischer Orientierung, in Theoriedefiziten und in der fraglichen Übertragbarkeit der amerikanischen auf deutsche (bzw. nicht-amerikanische) Verhältnisse (Zwingmann, Rumpf, Moosbrugger & Frank, 1996).

In der Weiterentwicklung der Forschungen zur Religionspsychologie wurden später zwei Zugänge bzw. Funktionen von Religiosität unterschieden (Zwingmann, Moosbrugger & Frank, 1991):

1. Religion as a meaning (inside perspective)

Dieser substantielle Ansatz richtet sich auf die Beziehung zu etwas Übermenschlichem und Übernatürlichem, was dann auch die Grundsituation des Menschen postuliert. Er bildet den bedeutungs- und sinnstiftenden Interpretationsrahmen, die eigene Identität betreffend. Erfassbar ist er z. B. über Fragen nach der individuellen Wichtigkeit religiösen Glaubens.

2. Religion as a belonging (outside perspective)

Ein funktionaler Ansatz, der dazu noch humanistische, atheistische und andersartige religiöse Äquivalente integriert. Durch sozial-emotionale Kontakte wird der religiöse Interpretationsrahmen validiert. Er kann beispielsweise über Fragen nach dem Ausmaß der Beteiligung an kirchlichen Aktivitäten erfasst werden.

Bei beiden Ansätzen geht es um psychologische Aspekte. Auch hier, wie schon in der Einleitung thematisiert, ist die Frage nach der „Wahrheit“ religiöser Vorstellungen obsolet.

Die Religionsforschung entwickelte sich weiter hin zu einer multimodalen Betrachtungsweise aus motivationaler Perspektive. Nach Pargament (1997) stehen religiöse Orientierungen in Zusammenhang mit „behavioral, attitudinal, emotional und relational constructs“ (zitiert nach Zwingmann, Grom, Schermelleh-Engel, Madsen, Schmitz & Moosbrugger, 2004).

Daraus formulierten Grom und seine Mitarbeiter ein motivationales Konzept, in dem folgende acht Motive als die Grundlage religiösen Denkens und Handelns und damit als handlungsleitende Einstellungen beschrieben werden: 1. moralische Selbstkontrolle, 2. kooperative bzw. 3. passive und 4. Verdienst- und gerechtigkeitsorientierte Kontrolle bedeutsamer Lebensereignisse, ferner 5. positives Selbstwertgefühl, 6. Dank und Verehrung, 7. Prosozialität sowie 8. weltanschauliche Erkenntnis (s. auch Kap. 2.3.6).

Religionen finden grundsätzlich in neuerer Zeit wieder breitere Aufmerksamkeit. Dies gilt umso mehr für die USA, was Cordes (2008) explizit mit den schockierenden Ereignissen vom 11. September 2001 in Zusammenhang bringt¹⁵. Schowalter und Murken (2003) geben an, dass 96% aller Amerikaner an Gott glauben, 90% regelmäßig beten und 69% Mitglied einer Religionsgemeinschaft sind. Demgegenüber zitieren die Autoren eine Erhebung von 1997 nach der 57% aller Deutschen an eine „göttliche Kraft“ glauben, 32% diese infrage stellen und 10% unentschieden sind. 1% aller Befragten waren „völlig indifferent“ (Sonntagsblatt-Umfrage, zitiert nach Schowalter und Murken, 2003, S. 140).

In der christlichen Kultur liegen dem religiösen Konstrukt Vorstellungen von einem Gott zugrunde, der alle menschlichen Beschreibungsmöglichkeiten und Interpretationen übersteigt. Newberg, d'Aquili und Rause (2003) sprechen von der „Unwißbarkeit Gottes“ (S. 216).

Die Anrufung Gottes oder einer göttlichen Kraft bezieht sich nicht nur auf den seelisch-geistigen Bereich im Allgemeinen, sondern auch konkret auf die Bewältigung von Lebenskrisen. In diesem Fall wird von religiösem Coping (religious coping) gesprochen (Schowalter & Murken, 2003).

Die hierzulande dabei zeitgleich ausgemachte *Glaubenskrisen* mit verstärkter Hinwendung zum Spiritualismus lässt sich aus der gesellschaftlichen Veränderung des Gottesbildes erklären. Es sei die „männliche patriarchalische Sicht eines Allmächtigen und Richters“, die die Zweifelnden kritisieren und von dem sie sich abwenden. Vonnöten sei vielmehr die personale Erfahrung, „von einem Gott berufen, geliebt, getragen und geheilt zu werden“ (Painadath, 2006, S. 205).

Spiritualität wird verstanden als dynamisch, flexibel und vielschichtig und benötigt im Unterschied zur Religiosität keinen Bezug auf religiöse Normen oder Traditionen. Bei der Verarbeitung von chronischen Erkrankungen etwa wurden mehrfach bei Gläubigen empirische Zusammenhänge zwischen positiver Umdeutung und spiritueller Hoffnung bzw. Sinnstiftung des Ereignisses bestätigt (Perrez & Michel, 2005). Für Trevino und Pargament (2008) geht es bei dem Konzept der Spiritualität um die Auseinandersetzung mit dem „Heiligen“ (S. 2), deren Einbeziehung in

¹⁵ Tag des Terroranschlages auf das World Trade Center in New York

therapeutische Konzepte lange Zeit vernachlässigt wurde. Von den Autoren kann die erfolgreiche Integration in eine Therapie als sinnvoll bestätigt werden.¹⁶

Die Ergebnisse der Forschung um die Religiosität stehen in Abhängigkeit zur persönlichen, individuellen Gottesbeziehung bzw. Spiritualität. Die Beziehung zu oder die Kommunikation mit Gott entspricht im Übrigen vielfach in etwa der zwischenmenschlichen Kommunikation bzw. Emotionalität mit ähnlichen Charakteristika des Dankens, Bittens, Forderns, Wünschens, usw.

Für Cordes ist die Religion mit ihrem sozialen Charakter „das Aschenputtel der Hilfsprogramme“ (Cordes, 2008, S. 23). Ihr gelingt gemeinhin leichter, die Furcht des Menschen vor dem Tod zu zerschlagen als dem Atheismus und den Wissenschaften.

Ebenso können Menschen mit einem positiven Gottesbild Trost, Kraft und Halt finden (Kinnen, 2010; Lochmann, 2008; Frankl, 2005). Dies ist eine der wesentlichsten Botschaften religiöser Glaubensgemeinschaften, die bis in die Unternehmenskultur reicht. Mit religiösen Werten beschäftigen sich auch ganze Internetportale wie z.B. www.firmengebet.de oder www.christsein-im-beruf.ch. Und für Zoche (2006) wird „eine inhaltlich gute und gewinnorientierte Firmenethik ... ein messbarer Erfolgsfaktor [sein] – schon heute“ (S. 58).

Die Grundfragen hilfreichen Beistandes werden selbstverständlich auch im kirchlichen Rahmen debattiert. Cordes (2008) gibt zu bedenken, dass es schwer ist, Bedürftige durch Beistand *nicht* zu erniedrigen. Welcher Beistand hilfreich ist und welcher unmündig macht, um das Leben selbst so weit wie möglich eigenständig meistern zu können, reicht in die Freiheit und Würde des Menschen hinein. „Ohne die Demut drohen Überheblichkeit und Pharisäertum“, schreibt Cordes (2008, S. 82). In die gleiche Richtung greift die Kritik Ratzingers, nach der „die Pathologie der Religion - ... die gefährlichste Erkrankung des menschlichen Geistes“ sei (zitiert nach Cordes, 2008, Seite 39).

Religiosität als intrapsychische Ressource in Bewältigungssituationen ist alles andere als eindeutig. Sie kann sich, ähnlich wie auch schon beim sozialen Kontext festgestellt, insgesamt sowohl positiv als auch negativ auf die psychische Gesundheit auswirken. Sogar bei gläubigen Menschen zeigten sich in empirischen Studien nur

¹⁶ Gerade beim Thema Religiosität/Spiritualität ist eine mögliche weltanschauliche Voreingenommenheit der Forscher mit in Betracht zu ziehen.

schwache positive Zusammenhänge (Hole, 1980, zitiert nach Zwingmann, 1991; Murken, 1998).

Klarere Zusammenhänge ergaben sich dagegen zu Einschränkungen in der psychischen Gesundheit durch ein *negatives* Gottesbild. Nach Murken (1998) korreliert negative *Selbstwahrnehmung* positiv mit einer negativen Gottesbeziehung. Diese bezeichnet er als ein Vulnerabilitätsfaktor für die personalen Ressourcen.

Theoretische Ansätze zur Erklärung positiver Zusammenhänge zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit finden sich bei Schowalter und Murken (2003, S. 48ff).

Als Faktoren, die eine *positive* Wirkung auf psychische Gesundheit und Wohlbefinden haben können, nennen sie:

- soziale Unterstützung (Zugehörigkeit zu einer Gruppe mit vertrauensvollen Beziehungen)
- kognitive Orientierung (Strukturierung und Schlüssigkeit bei der Frage nach der Sinnhaftigkeit des Lebens)
- Idee vom göttlichen Handeln (Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit und Reduzierung des Gefühls von Ausgeliefertsein durch den Glauben an einen liebenden, schützenden und allmächtigen Gott)
- Verhaltensregulierung (Vorgaben individueller und sozialer Umgangsregeln¹⁷)
- positive Emotionalität (Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls durch das Erleben von bedingungslosem Angenommensein durch einen fürsorglichen Gott und einer religiösen Gemeinschaft)
- Entwurf alternativer Werte (Möglichkeit zur Distanz von den gesellschaftlich vielfach propagierten Idealen wie Schönheit, Erfolg, Macht und Geld)

¹⁷ Beispiele hierfür sind: „Religiös begründete Speise-, Reinigungs- und Sexualvorschriften ..., [die] zu weniger gesundheitsschädlichem Verhalten und wechselnden Sexualkontakten [führen]- ... Vergebungsbereitschaft, Unterordnung oder prosoziales Verhalten ... können helfen, Stressoren im sozialen Umgang und Konflikte zu reduzieren.“ (Schowalter & Murken, 2003, S. 149).

Wohlbefinden in Lebenskrisen – Theorie

Wenn Religiosität in *negativem* Zusammenhang zur psychischen Gesundheit bzw. Wohlbefinden steht, erklären dieselben Autoren (a. a. O.) dies u. a. mit folgenden Faktoren:

- Sozialer Druck und soziale Ausgrenzung (bei einem Anspruch einer „linientreuen Konformität“, „Intoleranz und Ablehnung von Andersdenkenden“)
- Kognitive Rigidität (bei rigiden, irrationalen Glaubenssätzen)
- Strenge moralische Richtlinien (bei einem Eindruck von Lustfeindlichkeit, Konfliktscheu und übermäßigem Harmoniestreben)
- Glaube an die Allmacht Gottes (bei einem Lebensgefühl von Fremdbestimmtheit und Ohnmacht)
- Negative Emotionen (bei Ängsten vor der Bestrafung Gottes von sündhaftem Verhalten und Erleben)
- Idealisierung der alternativen Welt (bei unkritischer Übernahme der religiösen Tugenden mit Unterdrückung und Selbstabwertung der eigenen Bedürfnisse)

Die Folgen davon können vielerlei Ängste und passive Haltungen gegenüber den eigenen Kompetenzen sein sowie die Entwicklung von Gefühlen der Schuld, Scham, Überforderung, Versagen und Ausgrenzung bis hin zu depressiven, zwanghaften oder Angst-Störungen (Schowalter & Murken, 2003, S. 153ff.).

Eine weitere ungeklärte Forschungslage in Beziehung zur Religiosität liegt beim Aspekt Tod und Sterben vor (Frank, Moosbrugger & Zwingmann, 1996; vgl. auch Fußnote 3 auf S. 5 dieser Arbeit). Das unausweichliche Thema des Lebensendes ist geprägt von vielschichtigen Umgangsweisen, bei denen vielfach religiöse oder spirituelle Einstellungen die Funktion von Copingstrategien annehmen¹⁸. Insgesamt wird diese Thematik im Großen und Ganzen gesellschaftlich tabuisiert.

¹⁸ Nach philosophischen Ausführungen Martin Heideggers ergibt sich der Sinn des Lebens insgesamt sogar erst aus dem Sinn des Todes. Durch das „Bild des ständigen Sterbens“ können eigene Möglichkeiten frei gesetzt werden (Heidegger, 1941).

1.7 Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden

Beide Aspekte sind subjektive Konzepte, die auch wieder nur auf dem Weg der Befragung erfasst werden können. Gekennzeichnet ist der Themenkreis von einer Vielzahl von Begrifflichkeiten, die sich z.T. überlappen, wie u.a. Flow, Sinnerfülltheit, Freude, Glück, seelische Gesundheit und einiges mehr.

Grundsätzlich ist Wohlbefinden mit positiven Aspekten und Zufriedenheit verbunden und geht über den physischen, geistigen, sozialen und seelischen Zustand einer Person hinaus, indem dabei immer deren individuelle Bewertungen und Präferenzen, intrapsychischen Prozesse der Wahrnehmung und eine Evaluation objektiver Gegebenheiten miterfasst und integriert werden (Frank, 2007).

Als eine Lebenszufriedenheitskompetenz wird die Bereitschaft und Fähigkeit zu positiven Erfahrungen betrachtet (Grom, Brieskorn & Haeffner, 1987).

In der Einschätzung und Bewertung von Lebensereignissen spiegelt sich eher die aktuelle Befindlichkeit wieder als die Wahrnehmungsvorgänge während der Konfrontation dem jeweiligen Ereignis (Filipp, 1995a, b).

Auch diese ist geprägt von individuellen Erfahrungen, die die Entwicklung der Persönlichkeit und Charakterzüge ausmachen (vgl. Kap. 1.3). Insbesondere ganz frühe Lebenserfahrungen, wie z.B. die mütterliche Pflege, haben nachhaltige Effekte bis ins Erwachsenenleben eines Menschen hinein, die Grossarth-Maticsek zufolge in ihrer Autonomie in der Lage sind, „aus eigener Kraft, Lust, Wohlbefinden, Zufriedenheit und Sicherheit zu erreichen...“ (brandeins online, 2003, S. 10; Fries, 2008).

Bei introvertierten Menschen wurden positive Zusammenhänge mit pessimistischen und misstrauischen Grundhaltungen festgestellt. Zur Entstehung beschreibt Künkel (2003) exemplarisch die Erfahrungen eines Kindes beim Spielen mit Streichhölzern. Dieses Kind hat aus Beobachtungen die Erfahrung gemacht, dass mit Zündhölzern Feuer gemacht werden kann. Sein Ziel ist zunächst, diese Erfahrung zu bestätigen. Dies enthält aber nichts Neues, sodass damit die Erfahrung *nur* verstärkt und durch übendes Verhalten zur Gewohnheit werden kann. Wenn sich aber das Kind verbrennt, ist das Ziel *nicht* erreicht und womöglich noch mit der schlechten Erfahrung eines schmerzenden Fingers verbunden (vgl. auch brandeins Online, 2003).

Erfahrungen werden im Gedächtnis gespeichert und können das Erreichen einer nächsten Zielebene fördern oder verhindern – je nachdem. Dazu kommt, dass ein „Pessimist für seinen Pessimismus kämpft wie ein König um seinen Thron. Er will lieber unglücklich sein und recht behalten, als unrecht haben und glücklich sein“ (Künkel, 2003, S. 24). So kann es dazu kommen, dass das genannte Kind möglichst weitere ähnliche derartige Erfahrungen und damit das Erreichen von höheren Zielen vermeidet, um so weiteren Entmutigungen zu entgehen. Das Wohlbefinden wird zum Selbstzweck, die Handlungsfreiheit ist eingeschränkt.

Die Erfahrung der eigenen Wirksamkeit, d. h. die subjektive Ansicht oder der Glaube daran, dass man selbst Einfluss nehmen kann, ist nach Flammer (1990) eine der Grundvoraussetzungen für Wohlbefinden. Die Kontrollmeinung ist ein wichtiger Bestandteil für den Selbstwert und das Selbstbewusstsein. Denn ohne Kontrolle ist keine Vorhersagbarkeit und Orientierung möglich. Das o.g. Kind kann trotz der extern zugeschriebenen eingeschränkten Handlungsfreiheit aufgrund seines vermeidenden Verhaltens dennoch Wohlbefinden spüren. Der Verzicht auf weitere Herausforderungen mit Zündhölzern ist ein Teil seiner Handlungsfreiheit, und wird *nicht* als Einschränkung erlebt, wenn es selbstbestimmt erfolgt.

Das in Kapitel 1.2.2 näher erläuterte Altersparadox geht in die gleiche Richtung. Die unvermeidlichen körperlichen Veränderungen bzw. Einschränkungen durch das Altern spiegeln sich in den Messungen zur Lebenszufriedenheit kaum wider. Unter anderem Brandtstädter (2001) schreibt dazu, dass „bislang kaum konsistente Hinweise für eine deutliche *alterskorrelierte*¹⁹ Zunahme von depressiven Störungen“ existieren (S. 179).

Die Grenzen, die das Wohlbefindensparadox aber einschränken bzw. verunmöglichen, liegen in der Befriedigung der existentiellen Grundbedürfnisse. „Die Regulationskraft des Selbst kann sich nur entfalten, wenn die Existenz gesichert ist.“ (Meywald, 2001, S. 9). Die Autorin nennt drei Punkte, die für die Selbstregulationskräfte im Sinne des Wohlbefindens mit verantwortlich sind (a. a. O., S. 8f):

¹⁹ Hervorhebung durch die Verfasserin. Davon abzugrenzen ist der ca. ab dem 70. Lebensjahr deutliche Anstieg psychischer Probleme aufgrund degenerativer Hirnveränderungen, z. T. genannt Altersdepression (Brandtstädter, 2001, S. 179).

1. soziale und temporale Vergleiche:

Soziale Vergleiche sind z. B. die sogenannten Abwärtsvergleiche, also Vergleiche mit anderen Personen, denen es noch schlechter geht (s. Tab. T4, S. 32). Dazu passt das Ergebnis, dass die Lebenszufriedenheit bei einer Verbesserung der Position in einer Vergleichsgruppe steigt (Greifeneder, 2010). Bei temporalen Vergleichen reguliert die eigene selektive Erinnerung an überstandene Krisen und gemeisterte schwierige Lebenssituationen das Wohlbefinden.

2. Veränderung des Anspruchsniveaus:

Beispielsweise wird der ursprüngliche Ehrgeiz, eine Prüfung mit Bestnote zu bestehen, umgewandelt in den Anspruch, die Prüfung überhaupt zu bestehen.

3. Setzen von Prioritäten

Damit ist gemeint, dass z. B. ein im jungen Erwachsenenalter bestehender Zusammenhang zwischen Leistung, Erfolg und Wohlbefinden sich im Alter dahingehend verändert, dass Gesundheit und Veränderungsfähigkeit wichtiger werden und sich damit die Prioritäten altersbedingt verschieben.

Ein relevanter Begriff im Zusammenhang mit Wohlbefinden ist die *Lebensqualität*. Für das Erleben von Lebensqualität sollten die persönlichen Ziele mit den Handlungsmöglichkeiten, den eigenen Bedürfnissen und den individuellen Identitätsentwürfen kompatibel und zeitgleich auf Veränderungen des inneren und äußeren Handlungskontextes abgestimmt sein (Brandtstädter, 2007a, b und c).

Ein weiterer vieldeutiger Begriff, der mit Wohlbefinden häufiger in Zusammenhang gebracht wird, ist *Glück*. Die Glücksforschung spielte in der Psychologie lange Zeit eine untergeordnete Rolle, weil subjektive Emotionen als zu wenig fassbar galten.

Erst seit der Jahrtausendwende beschäftigt sich die Forschung verstärkt mit dem Glücksempfinden, ausgelöst durch die Positive Psychologie (Mertens, 2008b). Die Beschäftigung mit dem Thema Glück erfährt momentan einen massiven (auch populär-)wissenschaftlichen Aufschwung. Die Arbeiten dazu sind so umfangreich, dass in diesem Rahmen nicht detaillierter darauf eingegangen wird.

An den bisherigen Erläuterungen zeigt sich, dass intensive Glücksgefühle nicht von Dauer sein können, sondern durch immer wieder kehrende positive kleinere oder größere Ereignisse, Tätigkeiten oder Erfahrungen neu entstehen. Eine Erhebung von Greifeneder (2010) ergab beispielsweise, dass ein „mehr an Geld alleine nicht glücklich machen“ muss, bzw. das Wohlbefinden steigen lässt, wenn z.B. die Vergleichsgruppe entsprechend gleich mitbelohnt wird (Greifeneder, 2010, S. 11). *Glück haben* und *glücklich* sein ist etwas grundsätzlich Anderes. Mit einem Zitat Abraham Lincolns: „Die meisten Menschen sind so glücklich, wie sie es sich selbst vorgenommen haben.“ (Mertens, 2008, S. 13) schließt sich der Kreis zu den Erläuterungen zum Wohlbefinden im Zusammenhang mit Kontrollmeinung und Selbstwirksamkeit.

1.8 Allgemeine Fragestellung und Hypothesen

Wie in den vorausgegangenen Kapiteln dargestellt, wird Wohlbefinden sowohl von intrapsychischen, wie z.B. Persönlichkeitsmerkmale (vgl. Kap. 1.3) und religiösen Einstellungen (Kap. 1.6), als auch von interpersonellen Aspekten (vgl. Kap. 1.4 und 1.5) beeinflusst.

Die generelle Fragestellung, wie verschiedene Einflussfaktoren auf das Wohlbefinden bei Menschen in oder nach Krisen zusammenwirken, und inwieweit die in der Literatur gezeigten Zusammenhänge auch für die vorliegende selektive Stichprobe gelten, wird mittels vier grundlegender Fragestellungen untersucht, die im methodischen Teil der Studie weiter differenziert und konkretisiert werden.

Hypothese 1:

Persönliches Wohlbefinden wird positiv beeinflusst von sozialer Unterstützung, Zugehörigkeit zu einer sozialen Gemeinschaft, Persönlichkeitsfaktoren wie Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeitserwartungen, Flexibilität bzw. Tenazität und religiösen Einstellungen auf der Grundlage eines positiven Gottesbildes

Hinter der zweiten Hypothese steht die Annahme, dass prosoziale Aktivitäten von bestimmten konkreten handlungsleitenden Determinanten abhängen (Preiser, 1988). Als Motivatoren für Engagement gelten die Wahrnehmung eigener

Einflussmöglichkeiten (s. Kap. 1.3 – Persönlichkeitsfaktoren), das Erleben von sozialer Unterstützung (s. Kap. 1.5 – sozialer Kontext) sowie religiöse Vorstellungen, die nach Cordes (2008) *per se* einen sozialen Charakter haben (s. Kap. 1.6). Der Einfluss dieser Faktoren im Zusammenhang mit Wohlbefinden, wie es in Hypothese 1 geprüft wurde, legt zudem die Annahme nahe, dass sich quasi auch umgekehrt die Zufriedenheit positiv auf soziales Engagement auswirkt.

Hypothese 2

Soziales Engagement wird positiv beeinflusst durch Faktoren wie soziale Unterstützung, Persönlichkeitsmerkmale, religiöse Einstellungen sowie Lebenszufriedenheit.

Die theoretischen Ausführungen über intra-individuelle Ressourcen von Selbstentwicklungen, Attribuierungskompetenz, Erfahrungen von Selbstwirksamkeit, Mechanismen von assimilativer und akkomodativer Regulierung sowie die selbst-regulatorische Affektbalance etc. führen zu der Annahme einer Verringerung der Belastungsfaktoren und damit zu einer Zunahme der Zufriedenheitsmerkmale im zeitlichen Verlauf.

Sie zeigen ebenso, dass sich soziale Unterstützung, prosoziale Aktivitäten und religiöse Einstellungen als Bewältigungsmechanismen dann vielfach bewährt haben, wenn sie als hilfreich und konstruktiv zur Regulierung des Wohlbefindens wahrgenommen wurden. Unter der Voraussetzung des immanenten Strebens nach Wohlbefinden wird im zeitlichen Verlauf eine Zunahme erwartet.

Von den jeweiligen religiösen Einstellungen wird ebenso eine Zunahme erwartet. Denn aufgrund deren angenommenen dispositionellen Charakters wird im Bewältigungsprozess von einer Bestätigung der bisherigen persönlichen religiösen Grundhaltungen ausgegangen. Dies betrifft gleichermaßen Einstellungen mit positivem wie negativem Gottesbild. Zur Stabilisierung des Wohlbefindens können sich die persönlichen Erlebensweisen bestätigen bzw. verfestigen.

Beim subjektiven Bild eines ungerechten Gottes ist es plausibel, wenn auch dieses Verständnis sich in belastenden Krisensituationen eher bestätigt. Insofern wird auch bei dieser Einstellung eine Zunahme erwartet.

In der dritten Hypothese wurden diese Annahmen geprüft, indem Veränderungen zwischen den Befragungszeitpunkten ermittelt wurden.

Hypothese 3:

Von Befragung 1 zu Befragung 2 zeigen sich Veränderungen einigen Merkmalen dahingehend, dass das Belastungserleben und die soziale Unterstützung durch Bezugspersonen abnimmt, soziales Engagement und die religiösen Einstellungen dagegen ebenso ansteigen wie die Zufriedenheitsmerkmale.

Die Unterschiedlichkeit der auslösenden Situationen legt nahe, dass sich auch der Ausprägungsgrad der Einflussfaktoren unterschiedlich gestaltet. Die Rolle der Religion z. B. erfährt nachweislich höhere Bedeutung in Fällen von Krankheit, Tod und Konfrontation mit der Sterblichkeit (Murken & Müller, 2007) als zum Beispiel bei kurzfristigen vorübergehenden Krisen, bei denen größere persönliche Einflussmöglichkeiten angenommen werden können.

Insofern wird davon ausgegangen, dass verschiedene Auslöser der Krise in unterschiedlichem Zusammenhang mit Merkmalen der eigenen Persönlichkeit, den religiösen Grundeinstellungen, der sozialen Lebenssituation und den gewählten Hilfestellungen stehen. Dies wird durch die vierte Hypothese geprüft, die in zwei Unterhypothesen aufgeteilt ist.

Hypothese 4

1. Zwischen den Auslösern eigene Erkrankung, die Krankheit anderer, Tod oder Nicht-Erreichen bestehen positive Zusammenhänge zum sozialen Netz, zur Kontrollüberzeugung Zufall und zur Religiosität. Diese Auslöser stehen in negativem Zusammenhang zu internalen Kontrollüberzeugungen und zur Selbstwirksamkeit.

2. Zwischen den Auslösern Trennung und Konflikte bestehen positive Zusammenhänge zu internalen Kontrollüberzeugungen, zur Selbstwirksamkeit, zum sozialen und professionellen Netz sowie zu negativen religiösen Einstellungen.

2 Methode

Den bisherigen Tabellen wurde – wie bereits erläutert - der Buchstabe T vorangestellt. Alle Tabellen mit dieser Kennzeichnung befinden sich im Fließtext. Diejenigen Tabellen und Abbildungen, denen der Buchstabe A vorangestellt wurde, können im Anhang I eingesehen werden.

2.1 Vorgehensweise bei der Datengewinnung

Zunächst wurde zwischen Mai und August 2006 eine Pilotstudie mit einem eigens dafür zusammengestellten Fragenkatalog durchgeführt, die der Optimierung der Hauptuntersuchung diente. Die Hauptuntersuchung bestand aus zwei Befragungen. Die erste Befragung (t1) startete im Frühjahr 2007. Zur Erfassung der Zeitperspektive mit eventuellen Veränderungen folgte die Wiederholungsbefragung (t2) im Herbst 2007. Die kompletten Erhebungsinstrumente der Pilotstudie und der Hauptuntersuchung sind im Anhang einzusehen.

Im Zentrum der Untersuchung stand die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung von Wohlbefinden bei Menschen, die sich in außergewöhnlichen bzw. kritischen Lebenssituationen befanden oder noch befinden. Einer der Schwerpunkte lag auf der Erfassung sozialen Engagements. Dieser Begriff umfasst karitatives, gesellschaftliches oder politisches Engagement.

Kriterien für die Teilnahme an der Studie waren Volljährigkeit, Freiwilligkeit, die persönliche Erfahrung mit kritischen Situationen jeglicher Art sowie die Bereitschaft, über ihren persönlichen Umgang darüber Auskunft zu geben. Der oder die Auslöser waren somit unspezifisch. Zugrunde liegend waren der Ansatz der Subjektivität von Wahrnehmung und Bewertung von Lebensereignissen (Ciompi, 1997).

Wesentlich für die Probanden war also die Bereitschaft zur Selbstreflektion. Es gab keine Zeitvorgaben für die Befragung. Somit war die Bearbeitungszeit individuell sehr unterschiedlich und für die Auswertungen nicht näher von Interesse.

Die Verteilung der Fragebögen sowohl für die Pilotstudie als auch für die Hauptuntersuchung erfolgte über Multiplikatoren²⁰. Hierbei handelte es sich um Frauen und Männer, die jeweils mit der Leitung einer bestimmten Gruppe, Gemeinschaft oder Institution betraut waren.

Angefragt wurde zum einen in Gruppen, die sich ehrenamtlich organisieren (in der vorliegenden Arbeit vorwiegend Selbsthilfegruppen) und zum anderen in Einrichtungen, deren Gruppenarbeit von Hauptamtlichen geleitet wird (z. B. Diakonie).

In der Pilotstudie erklärten sich 14, in der Hauptuntersuchung 38 Frauen und Männer zur Mitarbeit als Multiplikatoren bereit. Von Interesse war auch, inwieweit sich die so gewonnenen Probanden in ihrem Umgang mit der Krise von jenen unterschieden, die sich keiner organisierten Gruppe angeschlossen hatten. Um auch diese zu erreichen, akquirierte die Studienleiterin zusätzlich in ihrem persönlichen Umfeld weitere drei Multiplikatoren. Alle ehrenamtlichen und hauptamtlichen Multiplikatoren wurden von der Studienleiterin persönlich angesprochen. Es lag in der Entscheidung der Multiplikatoren, ob die Arbeit von ihnen selbst oder von der Studienleiterin den Teilnehmern der Gruppe bzw. den anderen interessierten Probanden vorgestellt werden sollte.

Mit jedem Fragebogen wurde ein Rückumschlag verteilt, in dem die Daten - wenn möglich - an die jeweiligen Multiplikatoren verschlossen zurückgegeben werden sollten. Nur vereinzelt wurde für die Hauptuntersuchung aus organisatorischen Gründen der Postweg für die Rückgabe an den Multiplikator gewählt. Das hierfür benötigte Porto wurde den Probanden von der Versuchsleiterin privat zur Verfügung gestellt. Die Zuordnung der Datensätze beider Befragungen der Hauptuntersuchung gelang über einen individuellen anonymen Code.

Durch die Vorgehensweise mit Multiplikatoren, die keinen direkten Kontakt der Versuchsleiterin zu den Teilnehmern vorsah, war Anonymität gewährleistet. Die Instruktionen für die einzelnen Befragungselemente erfolgten in schriftlicher Form.

Die Multiplikatoren der Hauptuntersuchung hatten grundsätzlich die Aufgabe, sich zu merken, wer sich an der ersten Befragung beteiligt hatte, um dieselbe Person zum zweiten Zeitpunkt nochmals ansprechen zu können. Wo dies nicht möglich war,

²⁰ Zur leichteren Lesbarkeit wird in dieser Studie zumeist die männliche Form gewählt. Angesprochen sind aber beide Geschlechter, sofern es nicht anders beschrieben wird.

wurden andere Vorgehensweisen gewählt, um trotzdem die Anonymität sicher zu stellen. Details hierzu werden bei der Vorstellung der jeweiligen Unterstichprobe näher ausgeführt (siehe Kap. 2.2.2).

Die Zuordnung der beantworteten Fragebögen zur jeweiligen Gruppe war über den persönlichen Kontakt der Probanden zu den Multiplikatoren möglich, welche die zurück erhaltenen verschlossenen Bögen der Studienleiterin zukommen ließen.

Zugesagt wurden - bei Interesse - ausführliche Informationen über die Ergebnisse nach Beendigung der Studie²¹.

2.2 Beschreibung der Untersuchungsgruppen

Die Probanden dieser Studie stammten zum überwiegenden Teil aus dem Großraum Rhein-Main sowie einer Untergruppe aus Baden-Württemberg.

2.2.1 Stichprobe der Pilotstudie

Der für die Pilotstudie zusammengestellte Fragenkatalog wurde an 117 Probanden verteilt. Insgesamt konnten so 44 Probanden zur Mitarbeit gewonnen werden. Das entspricht einer Rücklaufquote von knapp 38 %.

31 Probanden waren weiblich und 13 männlich im Alter von 40 bis 84 Jahre. Nähere Angaben zu der Zusammensetzung der Pilotstudie und den demographischen Variablen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer befinden sich im Anhang I in den Tabellen A1 und A2.

²¹ Die Gewährleistung der Anonymität wurde offenbar nur als eine Art „Angebot“ verstanden und vereinzelt ausdrücklich *nicht* beachtet – so waren zum Teil Rückumschläge mit persönlichen Angaben zum jeweiligen Probanden versehen. Hierauf wurde im weiteren Verlauf der Untersuchung nicht weiter eingegangen.

2.2.2 Stichprobe der Hauptuntersuchung

In der ersten Befragung (t1) wurden insgesamt 711 Fragebögen verteilt. Es beteiligten sich 292 Probanden. Das entspricht einer Rücklaufquote von ca. 41%. Davon kamen aus dem Selbsthilfegruppenbereich drei Bögen unausgefüllt zurück. Ein Bogen war mit nur jeweils einem Kreuz pro Fragenkomplex versehen, und ein Fragebogen kam aus einer anderen Untersuchung. Somit wurden die Daten von fünf Probanden eliminiert. Damit reduzierte sich die Zahl der Datensätze auf 287 und der Rücklauf auf ca. 40 %. Detaillierte Angaben zur Zusammensetzung der Stichprobe finden sich in den Tabellen A3 bis A6.

Bei jeder einzelnen Untergruppe der Stichprobe wurde darauf geachtet, dass immer mindestens sechs Monate zwischen der ersten und der Wiederholungsbefragung (t2) lagen. Von den nochmals angefragten Probanden beteiligten sich 205 ein zweites Mal, was einem Rücklauf für Befragung 2 von gut 71% entspricht. Bezogen auf die 711 ursprünglich verteilten Fragebögen ergibt sich somit bei 205 vollständigen Datensätzen eine Gesamt-Rücklaufquote von knapp 29 %.

Vier Probanden aus t1 ließen ausrichten, dass sie kein weiteres Interesse an der Untersuchung hätten, drei befanden sich zum Zeitpunkt der Wiederholungsbefragung in einer Klinik, und zwischen einem Probanden und dessen Multiplikator gab es persönliche Differenzen, so dass der Proband für eine zweite Teilnahme nicht mehr zu gewinnen war. Von den anderen Probanden, die auf die Wiederholungsbefragung verzichteten, lagen keine Rückmeldungen vor.

Ein Bonus- oder monetäres Entlohnungssystem zur Erhöhung der Motivation zur Teilnahme stand nicht zur Verfügung. Insofern kann die vorliegende Rücklaufquote vergleichsweise als sehr zufriedenstellend bezeichnet werden, zumal die Studie als eine Wiederholungsbefragung konzipiert war und die Probanden damit zweimal „gefordert“ waren, was den Probanden von Anfang an bekannt gewesen ist.

2.2.2.1 Durchführung der Hauptuntersuchung

Es wurde angenommen, dass gerade im Selbsthilfebereich Personen mit Erfahrungen in Lebenskrisen angetroffen werden können, die auch bereit sind, sich dieser Thematik nicht zu verschließen und damit der geplanten Untersuchung offen gegenüber stehen. Aufgrund dessen wurde gezielt dieser Bereich verstärkt einbezogen.

Die überwiegende Zahl der teilnehmenden Multiple Sklerose (MS) - Selbsthilfegruppen in der vorliegenden Untersuchung resultiert aus der guten Erreichbarkeit aufgrund der eigenen MS-Erkrankung der Studienleiterin.

Im Einzelnen haben die MS-Selbsthilfegruppen aus Riedstadt, Rödermark, Neu-Isenburg und Reichelsheim sowie der MS-Stammtisch Darmstadt-Böllenfalltor teilgenommen.

Der Kontakt zu den MS-Selbsthilfegruppen kam über ein Treffen für deren Gruppenleiterinnen und -leitern zustande, das vom Dachverband für Multiple Sklerose (DMSG) organisiert wurde. Hierbei wurde die vorliegende Untersuchung durch die Studienleiterin vorgestellt. Im nächsten Schritt kam es dann zur Information der einzelnen Probanden in den jeweiligen Gruppen wie in Kap. 2.1 beschrieben.

Die meisten der anderen Multiplikatoren für die Hauptuntersuchung aus dem Selbsthilfebereich konnten über den halbjährlich stattfindenden Selbsthilfegruppentag in Darmstadt gewonnen werden, bei dem sich üblicherweise eine Vielzahl von regionalen Selbsthilfegruppen der Öffentlichkeit vorstellen.

Aus einem weiteren Bereich der Selbsthilfegruppenarbeit, dem Suchtbereich, haben sich Probanden von der Freiwilligen Suchtkrankenhilfe Frankfurt am Main (FSV), den Anonymen Alkoholikern (AA) Kreis Odenwald, den Gruppen vom Kreuzbund Darmstadt, Groß-Gerau sowie vom Kreuzbund Jugend zur Mitarbeit bereit erklärt.

Weitere Selbsthilfegruppen (SH), die sich an dieser Studie beteiligten, sind die SH Diabetes, SH Fibromyalgie, SH Hospizgruppe, SH Blut- und Lymphomkrankungen, SH Epilepsie²², SH Angehörige psychisch Kranker – alle

²² Ein Proband aus dieser Gruppe bat darum, sich mit zwei Bögen zu beteiligen, weil seine Biographie nach seinen Worten zwei unterschiedliche eklatante Lebenskrisen aufweise, die er jeweils sehr unterschiedlich bewältigt habe. Darauf wurde eingegangen und der Proband zunächst doppelt erfasst (Fragebogen 286 und 287)

jeweils in Darmstadt ansässig - sowie darüber hinaus die SH Schlaganfall aus Weiterstadt, die Interessengemeinschaft (IG) für Körperbehinderte Dieburg und Umgebung und die Reinheimer Bürgergemeinschaft für Behinderte (RBFB).

Wegen des in der Literatur häufig berichteten Zusammenhangs zwischen religiösen Einstellungen oder musikalischen Aktivitäten insbesondere in Lebenskrisen (vgl. Kap. 1.2.3 und 1.6) wurde auch in dementsprechenden Gruppen angefragt. Mit an der Studie beteiligt waren aus dem katholischen Bereich der Kirchenchor der Fronleichnamsgemeinde aus Reinheim/Odenwald (Odw.) sowie die Pfarrgemeinde Maria Himmelskron aus Heusenstamm.

Aus dem evangelischen Bereich konnten Probanden aus den Kirchengemeinden Reinheim (Odw.), dessen Stadtteil Spachbrücken und die Frauenhilfe aus Reinheim-Spachbrücken gewonnen werden. Die Diakonie Lampertheim, die Freikirche Ober-Ramstadt und eine weitere evangelische Kirchengemeinde aus Darmstadt beteiligten sich ebenso wie der Chor „Chorus Line“ aus Groß-Umstadt aus dem nicht-kirchlichen Bereich.

Bei den kirchlichen Gruppen war die Untersuchung auf die christliche Religion bis auf zwei Ausnahmen beschränkt. Ein Proband fühlte sich dem buddhistischen und einer dem jüdischen Glauben verbunden. Beide wurden in die t1 aufgenommen, nahmen aber an der t2 nicht mehr teil.

Bei der Diakonie Lampertheim musste aus organisatorischen Gründen ein anderes Vorgehen als das sonst Übliche gewählt werden. Hier verteilte die Multiplikatorin bei beiden Befragungen jeweils 30 Fragebögen an dieselben Personen.

Zur Erweiterung des Spektrums der Stichprobe konnten auch Personen zur Mitarbeit gewonnen werden, die im täglichen Umgang mit Kindern und Jugendlichen bzw. deren kritischen Lebenssituationen zu tun haben. Mitbeteiligt haben sich der Verein zur Förderung und Integration Behinderter (VzF) Taunus und zwei Förderschulen aus Nieder-Ramstadt-Mühlthal und Singen am Hohentwiel.

Die Christophorus-Schule in Mühlthal ist eine private Förderschule mit anthroposophischer Orientierung. Hier erklärte sich die Schulsekretärin zur Mitarbeit bereit und verteilte die Fragebögen im Lehrer-Kollegium. Die staatliche Förderschule in Singen am Hohentwiel wird u.a. von ungewöhnlich vielen Kindern aus Sinti- und

Roma-Familien besucht. Hier erfolgte die Verteilung durch eine Lehrerin im Kollegium.

Bei der Klientel des VzF geht es zumeist um die Förderung von behinderten bzw. entwicklungsverzögerten Kindern oder Kindern mit anderen Defiziten.

Für die Hauptuntersuchung kopierte die Multiplikatorin, die beim VzF hauptamtlich beschäftigt ist, den Fragenkatalog 140 mal und verteilte diesen mit je einem Informationsschreiben in die diversen Postfächer der Einrichtung an potentielle Probanden. Die teilnehmenden Probanden wurden gebeten, ihren Namen der Multiplikatorin gesondert bekannt zu geben, damit sie für die Wiederholungsbefragung nochmals zur Verfügung standen.

Darüber hinaus erklärten sich der Sozialverband VdK aus Eschborn, die Gruppe der Landfrauen Reinheim – Spachbrücken, die Vereinigung Seelsorge in Notfällen (SIN) Groß-Gerau und ein Yoga-Kurs, organisiert vom Volksbildungswerk (VBW) Eschborn, zur Teilnahme bereit. Mit der Einbeziehung von Probanden aus den Reinheimer Ortsverbänden von SPD, CDU und Bündnis 90/Die GRÜNEN sollte auch gesellschaftliches Engagement erfasst werden. Wenn sich eine Institution sowohl an der Pilotstudie als auch an der Hauptuntersuchung beteiligte (wie z.B. der VzF), wurde dort jeweils in anderen Untergruppen angefragt. Schließlich kamen für die Hauptuntersuchung Multiplikatoren aus dem persönlichen Umfeld der Studienleiterin dazu, deren Probanden nicht den aufgenommen Gruppen angehörten. Weitere Details werden im Anhang I näher dargestellt.

2.2.2.2 Demographische Variablen der Hauptuntersuchung

Zum ersten Zeitpunkt haben 286 Probanden aus den Geburtsjahrgängen 1926 bis 1984 teilgenommen. Davon waren 208 weiblich (72%) und 78 männlich (28%).

Von diesen 286 Probanden nahmen noch einmal 205 Probanden teil. Dies waren 139 Frauen (68%) und 66 Männer (32%). Die erhobenen Geburtsjahrgänge reichten auch hier von 1926 bis 1984.

Weitere Variablen, die erfasst wurden, waren der Familienstand, die Staatsangehörigkeit, Religion, Schulabschluss und berufliche Stellung. Daran schloss sich der persönliche Code an, bestehend aus vier Buchstaben und einer Zahl.

Geschlecht, Geburtsjahr, Familienstand und der persönliche Code wurden zweimal, die restlichen Variablen nur bei der ersten Befragung erfasst. Dadurch und durch die Kenntnis der Zugehörigkeit zur Unterstichprobe mit Multiplikator war die Zuordnung der Befragungen zum jeweiligen Probanden eindeutig.

Eine ausführliche Darstellung der demographischen Variablen der Hauptuntersuchung sowie eine Übersicht über die Zusammensetzung der Stichprobe, sowohl differenziert nach Bereichen und Geschlecht als auch nach den Befragungszeitpunkten, enthalten die Tabellen A4 bis A6 im Anhang.

2.3 Beschreibung der Untersuchungsinstrumente mit teststatistischen Kennwerten der Skalen und Indizes

Die Befragung war inhaltlich in acht Themenbereiche gegliedert. Die vollständigen Erhebungsinstrumente inklusive Anschreiben und Instruktionen können im Anhang I eingesehen werden. Die Variablen der Studie wurden als subjektive, hauptsächlich retrospektive Einschätzungen erhoben.

Für die statistischen Ausführungen und Berechnungen wurden die Programme SPSS und Amos in ihrer jeweils aktuellen Version angewendet.

Wo für die Auswertung einzelne fehlende Werte ersetzt wurden, geschah dies über Zeitreihen-Mittelwerte. Die Reliabilität wurde über die interne Konsistenz mittels Cronbach's Alpha bestimmt (Cronbach, 1951). Zur Erfassung der Zusammenhänge zwischen den einzelnen Merkmalen wurde die Pearson-Korrelation verwendet (Bortz, 1979). Die wörtliche Wiedergabe der frei formulierten Antworten können dem Anhang II entnommen werden.

Die Bezeichnungen der Items werden - wenn notwendig - jeweils kursiv und teilweise in Klammern angegeben.

Die Erläuterungen der Ergebnisse konzentrieren sich vorwiegend auf die erste Befragung, wenn bei der Wiederholungsbefragung kein weiterer Informationsgewinn vorlag. Wo die Berechnungen im Fließtext fehlen, sind sie vollständig im Anhang I angegeben.

2.3.1 Auslöser von Lebenskrisen

Der erste Fragenkomplex beschäftigte sich mit der Konfrontation mit einer oder mehreren Lebenskrisen, die thematisch nicht eingeschränkt waren.

Zunächst sollten die Probanden den Zeitpunkt des Beginns der Krise angeben. Beim Vorliegen mehrerer kritischer Situationen sollte eigentlich an die jeweils neueste gedacht werden, was dann aber auch zur Folge hatte, dass die Probanden bei der Wiederholungsbefragung zum Teil unterschiedliche Auslöser reflektierten (vgl. im Anhang II die Tabelle A1.2 *Auslöser der schwerwiegenden Lebenssituation*).

Die Angaben zum *Beginn* der neuesten Krise, also dem oder den Auslösern, reichten bei t1 vom Jahr 2007 zurück bis 1964 (Modus: 2006; Median: 2003). Bei der Wiederholungsbefragung (t2) gingen die Angaben zum Krisenbeginn von 2008 zurück bis 1965 (Modus: 2007; Median: 2005). Ein Beginn der Krise im Jahr 2007 bzw. 2008 wurde lediglich von 60 Probanden angegeben. Bei allen anderen Probanden ging es um Krisensituationen, deren Beginn weiter zurücklag. Es handelte sich somit individuell nicht nur vielfach um nicht übereinstimmende, sondern auch weit zurückliegende Auslöser, über die die Probanden reflektierten (vgl. Tabelle A7).

Ob es sich jeweils um unterschiedliche Ereignisse handelte, war vielfach nicht präzise zu ermitteln. Um die betreffenden Probanden nicht auszuschließen, wurden die Angaben der Auslöser nicht im Sinne einer Veränderungsmessung gehandhabt, sondern bei den weiteren Berechnungen die Werte von t2 nicht einbezogen. Die zusätzliche Monatsangabe darüber hinaus brachte keinen weiteren Informationsgewinn (s. Tabelle A8).

Die Auslöser bildeten für die Probanden die Grundlage für die weitere Bearbeitung des Fragenkatalogs.

Die reflektierte Krisensituation konnte von einem oder mehreren Auslösern verursacht worden sein. Insgesamt 190 Probanden (66%) beschränkten sich auf die Angabe eines einzigen Auslösers. Von den restlichen Probanden (34%) wurden bis zu fünf auslösenden Situationen angegeben. Die Häufigkeiten der Anzahl und Arten der Auslöser sind für beide Untersuchungszeitpunkte tabellarisch in den Tabellen A9 und A10 wiedergegeben.

Wohlbefinden in Lebenskrisen – Methode

Als mögliche Auslöser für die genannten Situationen waren sieben Antwortmöglichkeiten vorgegeben, deren Zutreffen jeweils anzukreuzen war bzw. die inhaltlich näher spezifiziert werden sollten. Mehrfachantworten waren möglich.

Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten lauteten im Einzelnen:

- eigene schwerwiegende Erkrankung, welche?
- schwerwiegende Erkrankung einer mir nahestehenden Person
- Tod einer oder mehrerer mir nahestehenden Personen
- Trennung von einer mir wichtigen Person
- schwere Konflikte in der Familie oder der näheren Umgebung
- Nicht-Erreichen eines mir wichtigen Zieles, welches?
- Sonstiges, nämlich?

Sonstiges integrierte die Auslöser, die keiner anderen der Kategorien zugeordnet werden konnten, wie z. B. „*Verlust der Existenzgrundlage des Ehepartners durch betrügerische Machenschaften des Kollegen*“ (Probandin 26); „*Arbeitslosigkeit*“ (Probandin 72) oder „*Hauskauf, Sanierung und Umzug*“ (Proband 110). Die Nennung dieser drei Probanden soll das große Spektrum der außergewöhnlichen Lebenssituationen bei den Teilnehmern der Studie verdeutlichen.²³

Mit den nächsten beiden Fragen wurde subjektives Erleben von Beeinträchtigung erfragt. Als Erstes ging es um die retrospektive Einschätzung zum Zeitpunkt des Höhepunktes der Krise (*B Höhepunkt*) und im Vergleich dazu zum derzeitigen Zeitpunkt (*B aktuell*).

Die Probanden wurden gebeten, eine von fünf Antwortmöglichkeiten von „gar nicht“ bis „sehr stark“ anzukreuzen, codiert von 1 bis 5. Der höchste Wert bedeutete also die höchste Beeinträchtigung.

Die in der Pilotstudie als zu wertend wahrgenommene Formulierung (s. Kap. 1.1) wurde für die Hauptuntersuchung geändert und die Frage mit einem übersichtlicheren Antwortmodus versehen:

²³ Bei Interesse können alle wörtlichen Antworten dem Anhang II entnommen werden.

Beispielitem für Beeinträchtigungen:

Wie sehr fühlten Sie sich auf dem Höhepunkt der schwerwiegenden Situation in Ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt? Bitte ankreuzen

Bei den darauf folgenden zwei Fragen sollten die Probanden angeben, was ihnen im Umgang mit der Krise zunächst am meisten sowie was ihnen außerdem geholfen hat. Hierzu war Platz für eigene Formulierungen vorgesehen. Die Antworten wurden in Kategorien zusammengefasst. Sie sind in Tabelle A11 dargestellt.

2.3.2 Belastungserleben

In Anlehnung an den Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) von Zielke und Kopf-Mehnert (1978) wurde eigens für diese Studie der zweite Fragenkomplex entwickelt. Bei der ersten Befragung beinhaltete er drei Teile mit jeweils sechs Items und erfragte das subjektive Erleben zum Zeitpunkt vor der Krise, zu Beginn bzw. im Verlauf der Krise und den momentanen Gefühlszustand.

Zur Beantwortung war ein sechsstufiger Antwortmodus vorgesehen. Die Antwortkategorien reichten von „stimme nicht zu“ (codiert mit 1) bis „stimme völlig zu“ (codiert mit 6). Eine hohe Ausprägung entsprach einem hohen Belastungsempfinden²⁴. Infolge dessen wurden für die Auswertung jeweils die positiv formulierten Items Nr. 1, 3 und 5 invertiert - wie z.B. Item 1 in dem hier angeführten Beispiel.

Beispielitem für die Fragen zur Belastung:

1. Ich fühlte mich ruhig und ausgeglichen.

Die Items zur momentanen Belastung waren gleichlautend, aber im Präsens formuliert. In der Wiederholungsbefragung folgte die Frage nach der empfundenen

²⁴ In Unterscheidung zur Erfassung der Beeinträchtigung (Fragenblock 1) bestehen die Fragen zur Belastung aus mehreren Einzelitems, die zu einer Summe zusammengefasst wurden. Bei der Beeinträchtigung ist die Fragestellung mit zwei Items allgemeiner gefasst.

Veränderung seit dem Zeitpunkt der ersten Befragung, um dem Aspekt der Sensibilisierung, d. h. veränderter Maßstäbe des subjektiven Empfindens, Rechnung zu tragen.

Zu beachten ist, dass diesbezüglich ein Deckeneffekt zu erwarten war. Denn Probanden, für die der jeweilige Auslöser von vorne herein zwar kritisch, aber einigermaßen problemlos erlebt wurde, konnten kaum weitere Verbesserungen ausdrücken. Deswegen war die Möglichkeit einer Nicht-Veränderung in Betracht zu ziehen. Somit war für die Beantwortung ein fünfstufiger Ankreuzmodus vorgesehen, der von „deutlich schlechter“ über „gleich geblieben“ bis „deutlich besser“ reichte. Der höchste Wert entsprach der größten Verbesserung. Da aber auch hier das Belastungsempfinden gefragt war, wurden bei dieser Frage alle sechs Items für die Auswertung invertiert.

Beispielitem für Veränderung der Belastung

1. Ruhe und Ausgeglichenheit

Die Trennschärfen der Items zum Belastungserleben, bezogen auf die drei bzw. vier verschiedenen Zeitpunkte, lagen durchgängig zwischen $r_{it} = .43$ und $r_{it} = .78$ (vgl. Tabellen A12 bis A19) und erwiesen sich insoweit als zufriedenstellend, dass sie eine Summenbildung erlaubten. Daraus konnten vier neue Variablen entwickelt werden mit Werten zur internen Konsistenz von $\alpha = .83$ bei der Belastungseinschätzung vor der Krise (*BelaV*), über $\alpha = .74$ zu Beginn (*BelaB*), gefolgt von $\alpha = .86$ für die momentane Gefühlslage (*BelaM*). Die interne Konsistenz der Skala Veränderung des Belastungsempfindens (*BelaVeränderung*) wies mit $\alpha = .90$ den höchsten Wert auf (Tabelle T5).

Tabelle T5

Kennwerte der Skalen zum Erleben von Belastung zu verschiedenen Zeitpunkten sowie zur Veränderung

	Item	α	M	SD	Range	i
t1 (N = 287)	Belastung vorher (<i>BelaV</i>)	.83	17.12	6.38	1 - 6	6
	Belastung zu Beginn (<i>BelaB</i>)	.74	24.29	5.99	1 - 6	6
	momentane Belastung (<i>BelaM</i>)	.86	15.40	5.10	1 - 6	6
t2 (N = 205)	Veränderung (<i>BelaVeränderung</i>)	.90	16.05	4.81	1 - 5	5

Anmerkungen. α = interne Konsistenz nach Cronbach (1951); M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Range = Spanne der Antwortmöglichkeiten; i = Anzahl der Items.

2.3.3 Aktivitäten und Engagement

Der dritte Fragenkomplex hatte die Art und das Ausmaß unterschiedlicher Aktivitäten der Probanden zum Inhalt. Im Zentrum standen dabei die Zugehörigkeit zu diversen sozialen Gruppen, Gemeinschaften oder Vereinigungen. Die ursprüngliche Gestaltung dieses Fragenkomplexes aus der Pilotstudie wurde für die Hauptuntersuchung präzisiert, um dadurch die Aussagefähigkeit der Antworten zu erhöhen.

2.3.3.1 Teilnahme an und Engagement für Gruppen

Die Antwortkategorien waren bei beiden Messzeitpunkten identisch. Zur Prüfung der Funktion von sozialen gesellschaftlichen Gruppierungen hinsichtlich des individuellen Wohlbefindens wurde zwischen Teilnahme an und Engagement für Gruppen bzw. Gemeinschaften differenziert, wobei es bei den beiden Aspekten zu Überschneidungen kommen kann.

Die im Fragenkatalog vorgegebenen neun verschiedenen Kategorien von Gruppierungen waren im Einzelnen: Selbsthilfegruppe, Gesprächskreis, Verein (z.B.

Sport, Kultur), Chor bzw. Musikgruppe, religiös-orientierte Gruppe²⁵, Partei, Bürgerinitiative und Sonstiges. Mit Letzterem sollten regelmäßige Zusammenkünfte erfasst werden, die sich nicht einer der vorab genannten Gruppierungen zuordnen lassen (z.B. Elternbeirat einer Kindertagesstätte).

Neben der genauen Bezeichnung des Gruppennamens, z.B. *Gesprächskreis für pflegende Angehörige*, sollte angegeben werden, seit wann die Zugehörigkeit zur Gruppe besteht (*Monat/Jahr*), und wie viel Zeitaufwand dafür zu veranschlagen ist (*Stunden pro Monat*).

Soziales oder gesellschaftliches Engagement außerhalb einer organisierten Gruppe (z.B. *Nachbarschaftshilfe*) wurde gesondert erfragt, aber in den Berechnungen zusammengefasst, weil zwischen den beiden Formulierungen keine saubere Trennung möglich war. Das Engagement für Familie oder Partnerschaft wurde explizit nicht berücksichtigt.

In Form einer Tabelle waren folgende vier Fragen zu beantworten:

- Nehmen Sie mehr oder weniger regelmäßig an einer oder mehreren organisierten Gruppen teil?
- Wenn ja, um welche handelt es sich dabei? Wann begann Ihre Teilnahme und wie viel Zeit verwenden Sie dafür?
- Engagieren Sie sich zusätzlich aktiv für eine oder mehrere Gruppen, z.B. durch Vorbereitung eigener Beiträge, Übernahme von inhaltlichen oder organisatorischen Aufgaben?
- Wenn ja, seit wann, und wie viel Zeit bringen Sie dafür auf?

Mit *Engagement* waren häufige Aktivitäten gemeint, die für die Gemeinschaft geleistet wurden, wie z. B. die Leitung einer Gruppe. *Teilnahme* war definiert durch die ebenso mehr oder weniger regelmäßige Partizipation ohne Leitungsstatus. Die Selbsteinschätzungen, also die Angaben der Probanden, waren das Kriterium. In den

²⁵ Einzelne religiös-orientierte Gruppen sind ebenfalls musikalisch orientiert, wie z.B. Kirchenchöre, sodass bei Überschneidungen in der Auswertung der Zuordnung zu Religiosität Vorrang gegeben wurde.

Tabellen A20 bis A22 sind die deskriptiven Kennwerte für die Variable *Teilnahme* aufgelistet, für *Engagement* sind die Werte in den Tabellen A23 bis A25 zu finden.

2.3.3.2 Freizeit

In der Pilotstudie ging es in der nächsten Frage um die restlichen üblichen Tagesaktivitäten, zu denen der dafür benötigte Zeitaufwand angegeben werden sollte. Wegen der geringen Aussagekraft dieser Frage wurden die Probanden stattdessen bei t1 lediglich um die Einschätzung gebeten, wie viel Zeit ihnen pro Tag zur freien Verfügung steht (Angabe in Stunden pro Tag), und womit sie sich in ihrer Freizeit vorwiegend beschäftigten. Zur freien Formulierung war hierfür im Bogen Platz vorgesehen (s. Tab. A26 und A27).

2.3.3.3 Motivation für oder gegen die Beteiligung an Gruppen

Zur Abklärung der Motivation wurden die Probanden in der Pilotstudie gebeten, ihre Gründe für die Beteiligung an Gruppierungen frei zu formulieren. Desgleichen sollte ihre Motivation für oder gegen ein zusätzliches Engagement genannt werden. Aus diesen Antworten wurden für die Hauptuntersuchung drei Fragen mit jeweils fünf Items erarbeitet. Für Punkt 5 (*Anderes/was?*) war hinter der Frage Platz für die Formulierungen vorhanden.

Der Grad der Zustimmung sollte auf einer vierstufigen Skala angekreuzt werden, die von 1 bei Nicht-Zutreffen bis 4 bei höchster Zustimmung reichte. Die Reihenfolge der Häufigkeiten für die Mittelwerte war bei beiden Befragungen nahezu identisch. Nähere - auch inhaltliche - Informationen können im Anhang I in den Tabellen A28 bis A30 und im Anhang II eingesehen werden.

2.3.4 Persönlichkeitsvariablen

Der vierte Fragenkomplex befasste sich mit der Beeinflussbarkeit der Lebenssituation durch Persönlichkeitseigenschaften. Da Persönlichkeitsmerkmale als stabile Konstrukte verstanden werden, sind in dem untersuchten Zeitrahmen keine messbaren Veränderungen zu erwarten (vgl. Kapitel 1.3). Daher wurde aus ökonomischen Gründen in der Wiederholungsbefragung auf den gesamten Fragenkomplex verzichtet. Die Variablen zu Persönlichkeit wurden in dieser Studie operationalisiert über drei Verfahren.

2.3.4.1 Kontrollüberzeugungen

Zur Erfassung der Kontrollüberzeugungen als eine der möglichen Bewältigungsmechanismen (vgl. Kap. 1.3.1) ging es im Folgenden um die subjektiv eingeschätzten Einfluss- und Kontrollfaktoren von Ereignissen.

Dieser Komplex bestand aus zwei Fragen:

1. In welchem Ausmaß hängt Ihrer Meinung nach das, was Sie im persönlichen Leben insgesamt erreichen können, von den folgenden Faktoren ab?
2. In welchem Ausmaß hängt es Ihrer Meinung nach von den folgenden Faktoren ab, wie erfolgreich Sie Ihre schwerwiegenden Lebensereignisse bewältigen werden oder schon bewältigt haben?

Orientiert an Preiser (1988) wurden die Kontrollüberzeugungen differenziert und umfassten die beiden Fragen fünf Bereiche. Diese sind:

1. Zufall, Glück, Pech, Schicksal (*Zufall*)²⁶
2. Eigene Eigenschaften und Fähigkeiten (*Fähigkeit*)
3. Andere Personen aus der näheren Umgebung (*Andere*)
4. Gesellschaftliche und sonstige Umweltfaktoren (*Umwelt*)
5. Eigene Ziele (*Ziele*)²⁷

²⁶ Die Itembezeichnungen für jede Kategorie sind kursiv und in Klammern dargestellt.

Der Antwortmodus war für die Pilotstudie zunächst so konzipiert, dass die Probanden Rangplätze von Wertigkeiten vergeben sollten, die sie dem jeweiligen Faktor zuschreiben. In der Pilotstudie war auch noch ein sechstes Item vorgegeben (*Sonstiges*), das die Möglichkeit bot, weitere Faktoren anzugeben und sie hinsichtlich ihres Einflusses einzustufen.

In der Hauptuntersuchung wurden bzgl. der Methode der Rangreihenbildung Veränderungen vorgenommen, weil sich für die Probanden Unklarheiten zur Beantwortung der Fragen ergaben. Die Ergebnisse der Pilotstudie ermöglichten keine quantifizierbare Auswertung und erbrachten keinen nennenswerten Informationsgewinn. Deswegen wird auf ihre weitere Darstellung verzichtet.

Die Erfassung der Kontrollüberzeugungen wurde also zu Gunsten besserer Interpretierbarkeit bei der Hauptuntersuchung (t1) in einen Ankreuzmodus abgewandelt. Die Kategorie „*Sonstiges*“ wurde eliminiert. Anstelle der Rangreihe wurde zu den Fragen nach den Einflussfaktoren die Bedeutung jedes der fünf Items über eine fünfstufige Likert - Skala erhoben und so die Einstellungen nach der Methode der Wertadditionen getrennt erfasst (Dorsch, 1982).

Die Antwortmöglichkeiten reichten von „kaum“ (codiert mit dem Wert 1) bis „sehr stark“ (codiert mit 5). Der Antwortmodus war bei beiden Fragen identisch. (Für die statistischen Kennwerte und Interkorrelationen s. Tabellen A31 und A32).

2.3.4.2 Selbstwirksamkeit

Die zweite Messung von Persönlichkeitsmerkmalen war der standardisierte Fragebogen zur allgemeinen bzw. generalisierten Selbstwirksamkeitserwartung (SWE), entwickelt von Jerusalem und Schwarzer (2005). Die Skala enthält zehn Items zur Erfassung der eigenen Kompetenzerwartung, mit ihren Kennwerten wiedergegeben in Tabelle A33.

Erfasst wurde damit das Ausmaß des Vertrauens, mittels eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten schwierige Situationen meistern zu können. Damit wird eine internal-stabile Attribution der Erfolgseinschätzung zum Ausdruck gebracht. Die

²⁷ Dieses Item wurde noch konkretisiert durch die Zusatzfrage „*inwieweit hängt das Handlungsergebnis davon ab, dass Sie Ziele und Pläne entwickeln?*“

Antwortmöglichkeiten reichten von „stimmt nicht“ (codiert mit 1) bis „stimmt genau“ (codiert mit 4).

Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung wird als eindimensional vorausgesetzt, selbst wenn in manchen Studien ein zweiter Eigenwert das Kriterium von 1 überschreitet, so auch in der vorliegenden Untersuchung (vgl. Jerusalem & Schwarzer, 2005 und Tabellen A34 bis A36 sowie Abb. A1). Die interne Konsistenz (Cronbach, 1951) entsprach mit einem $\alpha = .89$ den in der Literatur angegebenen Werten, ebenso der Mittelwert der Skala von 27.7 und die Standardabweichung von 4.9 (ebd.) – (s. Tabelle T6). So wird die Eindimensionalität der Skala als brauchbar eingestuft und mithin hier übernommen.

Tabelle T6

Kennwerte der Selbstwirksamkeit (SWE) auf Skalenebene

Skala (N = 287)	α	M	SD	Range	i
SWE	.89	27.69	4.92	1 - 4	10

Anmerkungen. α = interne Konsistenz nach Cronbach (1951); M = Mittelwert, SD = Standardabweichung; Range = Spanne der Antwortmöglichkeiten; i = Anzahl der Items.

2.3.4.3 Tenazität/Flexibilität

Der Fragebogen zur Erfassung von Tenazität (*Ten*) und Flexibilität (*Flex*) von Brandstädter und Renner (1990) ersetzte die zuvor für die Pilotstudie entwickelten Items zur Erfassung von Erlebnisverarbeitungsprozessen. In Anlehnung an die Studien zur Arbeitszufriedenheit von Bruggemann, Groskurth und Ulich (1975) sollten zur Frage „Wie oft kommen Ihnen Gedanken wie die folgenden in den Sinn?“ auf einer siebenstufigen Skala vorgegebene Aussagen eingeschätzt werden. Der Antwortmodus reichte von „So denke ich fast immer“ (codiert mit 7) bis „So denke ich fast nie“ (1). Die Aussagen sollten resignative und fixierte Zufriedenheit sowie konstruktive Unzufriedenheit erfassen, haben sich aber hinsichtlich ihrer Aussagefähigkeit in der Pilotstudie nicht bewährt (s. Tabellen A37 und A38).

Der Fragebogen zu Tenazität und Flexibilität erwies sich als theoretisch relevant und zielführender. Beim Auftreten von Schwierigkeiten im Lebensalltag beinhaltet Tenazität eine Haltung, die geprägt ist von hartnäckiger Zielverfolgung. Flexibilität dagegen erfasst eine Tendenz zur Zielanpassung (vgl. Kap. 1.3.3).

Dieses Konzept wurde auch wegen der größeren zeitlichen Parallelität mit möglichen Wechselwirkungen der beiden Faktoren als bei dem Konzept der primären und sekundären Kontrolle von Heckhausen (s. Kap. 1.3, S. 14) bevorzugt.

Exemplarisch werden hier die Items Nr. 25 und 20 als die jeweils trennschärfsten Items dargestellt.

Beispielitem aus der Skala zur Flexibilität

25. Ich kann auch unangenehmen Dingen des Lebens eine gute Seite abgewinnen.

Beispielitem aus der Skala zur Tenazität (invertiert)

20. Wenn etwas nicht nach meinen Wünschen läuft, gebe ich eher meine Wünsche auf, als lange zu kämpfen.

Die Skalen bestehen jeweils aus zwei mal 15 Items, von denen neun Items der Skala zur Tenazität und vier Items der Skala zur Flexibilität invertiert sind. Eine Darstellung der Items mit ihrer Zuordnung zu den Skalen befindet sich in den Tabellen A39 und A40.

Als Antwortmodus diene eine fünfstufige Rating-Skala. Es sollte angekreuzt werden, in welchem Ausmaß die jeweilige Aussage zutrifft. Das Spektrum reichte von „trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft genau zu“ (5). Hierbei wich der Antwortmodus von dem Original ab, in dem Codierungen von -2 bis +2 vorgesehen sind. Im Anhang I (Tabelle A41) sind die Itembezeichnungen mit der Nummer ihres Auftretens und den statistischen Kennwerten aufgelistet.

Die internen Konsistenzen (α) der beiden Skalen lagen jeweils bei $\alpha > .80$ und entsprachen den Ergebnissen von Brandtstädter & Renner (1990), bei denen die Werte für Flexibilität bei $\alpha = .83$ und für Tenazität bei $\alpha = .80$ lagen (Tabelle T7). So bestätigte sich auch in dieser Studie die Zuverlässigkeit des Verfahrens. Die beiden theoretisch unabhängigen Skalen korrelierten schwach mit einem Wert von $r = .20$ ($p < .01$).

Tabelle T7*Kennwerte der Skalen zur Tenazität und Flexibilität*

Skala (N = 287)	α	M	SD	Range	i
Tenazität	.82	48.93	8.86	1 - 5	15
Flexibilität	.81	52.32	8.31	1 - 5	15

Anmerkungen. α = interne Konsistenz nach Cronbach (1951); M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Range = Spanne der Antwortmöglichkeiten; i = Anzahl der Items.

Die hier durchgeführte Faktorenanalyse richtete sich nach den theoretischen Vorgaben einer Zwei-Faktoren-Lösung (Renner, 1990), wodurch sich in der vorliegenden Studie 32% der Gesamtvarianz erklären ließen (vgl. Tabelle T8). Die komplette Analyse befindet sich in den Tabellen A42 bis A44 sowie Abb. A2.

Tabelle T8*Varianzaufklärung durch Faktorenanalyse des Fragebogens zu Tenazität und Flexibilität*

Komponente	Anfängliche Eigenwerte	Rotierte Summe der quadrierten Ladungen	kumulierte Prozente
1. Tenazität	5.69 (18.98%)	5.01 (16.68%)	
2. Flexibilität	3.90 (12.99%)	4.58 (15.28%)	31.96%

Anmerkungen. Ergebnisse nach Hauptkomponentenanalyse nach Varimax-Rotation mit Kaiser-Normalisierung.

2.3.5 Sozialer Kontext

Nicht nur intrapsychische Merkmale, sondern auch interindividuelle Aspekte können einen beträchtlichen Anteil am Umgang mit Lebenskrisen ausweisen (vgl. Kap. 1.5, S. 28). Dieser Themenkomplex wurde in der Hauptuntersuchung über zwei verschiedene Zugangsweisen erfasst.

2.3.5.1 Soziales Netz

Zunächst wurde in der Studie das Ausmaß der erlebten Unterstützung durch das bestehende soziale Netz erfragt. Vorgegeben waren, in Anlehnung an Holz (2005), folgende Kategorien: 1. Partner, 2. Verwandte, 3. Freunde (einschließlich Bekannte und Nachbarn), 4. Gruppenmitglieder und -leiter, 5. Ärzte und Therapeuten, 6. Pfarrer oder Seelsorger sowie abschließend 7. Insgesamt, womit *alle* Personen aus dem sozialen Umfeld gemeint sind (wie eventuell beispielsweise der Schornsteinfeger oder die Postbotin).

Als Antwortmöglichkeit war eine vierstufige Skala von „eher keine“ bis „viel“ (codiert von 1 bis 4) vorgegeben, womit das Ausmaß der erlebten Unterstützung von Personen aus der jeweiligen Kategorie gemessen wurde. Für die Kennwerte der Items zum sozialen Netz s. Tabelle A46.

2.3.5.2 Ebenen der Erfassung sozialer Unterstützung

Die zunächst in die Pilotstudie in Anlehnung an Irmer (2005) eingebrachten Aussagen zur Messung des Erlebens von sozialer Unterstützung wurden zu Gunsten der Berliner Social Support Scales (BSSS) von Schwarzer und Schulz (2000) ersetzt, weil die BSSS noch umfassendere Informationen vermuten ließen. Die Erhebung zur sozialen Unterstützung aus der Pilotstudie ist ausführlich in Tab. A47 und A48 nachzulesen.

Die Berliner Social Support Scales sind ein Fragenkatalog mit mehrdimensionalem Ansatz und enthalten sowohl kognitive als auch behaviorale Aspekte sozialer Unterstützung. Im Original enthält der Fragebogen sechs Skalen und

erfasst soziale Unterstützung unter qualitativ-funktionalem Aspekt. Diese Untersuchung konzentrierte sich auf die Skalen 1 bis 3.

Der Fragebogen für die Hauptuntersuchung enthielt mit seinen drei Skalen 17 Items, die auf einer vierstufigen Skala von „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“ (codiert von 1 bis 4) zu beantworten sind, wobei der höchste Wert der größten Zustimmung entsprach (für die genaue Zuordnung der Items zu den Subskalen siehe Tabelle A49).

Skala 1 erfragt die *wahrgenommene* soziale Unterstützung (Perceived Available Support). Die Skala umfasst acht Items, die wiederum in emotional oder instrumental mit je vier Items differenziert waren. Zur Verdeutlichung werden hier bei allen drei Skalen zwei Beispiele dargestellt: Für Skala 1 steht Item Nr. 1 für die instrumentelle Ebene, Item 17 steht als Beispiel für die emotionale Ebene.

Beispielitems: BSSS/Skala 1 – Wahrgenommene soziale Unterstützung (*WahrSU*)

- 01. Wenn mir alles zu viel wird, helfen mir andere.
- 17. Wenn ich Trost und Zuspruch brauche, ist jemand für mich da.

Skala 2 besteht aus vier Items zur Messung des *Bedürfnisses* nach sozialer Unterstützung (Need For Support). Im Gegensatz zum ersten Konstrukt erfasst die Skala interindividuelle Unterschiede und situationsübergreifende persönliche Präferenzen (Schwarzer & Schulz, 2000).

Beispielitems: BSSS/Skala 2 – Bedürfnis nach sozialer Unterstützung (*BedSU*)

- 03. Mir ist es wichtig, dass immer jemand da ist, der mir zuhört.
- 14. Ich komme am besten ohne fremde Hilfe zurecht. (invertiert)²⁸

Schließlich wurde Skala 3 in die Studie aufgenommen, in der die *Suche* nach sozialer Unterstützung (Support Seeking) im Mittelpunkt steht. Mit ihren fünf Items erfasst sie Strategien der Bewältigung (Coping) auf zweierlei Arten. Sie drückt Hilfsbedürftigkeit zum einen indirekt über nonverbales Verhalten (Item 2) und zum anderen direkt über verbale Aufforderungen (Item 8) aus.

²⁸ einziges invertiertes Item der BSSS

Beispielitems: BSSS/Skala 3 – Suche nach sozialer Unterstützung (*SuchSU*)

2. Wenn ich niedergeschlagen bin, treffe ich mich mit anderen, damit sie mich aufmuntern.
8. Wenn ich Hilfe brauche, bitte ich andere darum.

Die errechneten Item-Kennwerte sind für die drei Skalen im Anhang I in Tabelle A50 aufgelistet. Die Trennschärfen lagen bei allen drei Skalen mit einer Ausnahme zwischen $r_{it} = .41$ und $r_{it} = .70$. Lediglich Item Nr. 14 auf der Skala 3 - Bedürfnis nach sozialer Unterstützung hatte mit $r_{it} = .36$ den niedrigsten Trennschärfekoeffizienten und den für diese Skala höchsten Mittelwert bei gleichzeitig niedrigster Standardabweichung ($M = 3.21$, $SD = 0.78$). Item 14 nahm als einziges invertiertes Item auch schon wegen der verschiedenartigen Formulierung eine Sonderstellung ein.

Die Original-Skalen Nr. 4 und 5, die hier keine Anwendung fanden, konzentrieren sich auf die aktuelle, tatsächlich erfahrene soziale Unterstützung. Explizit wird nach der vergangenen Woche gefragt. Bei beiden wird eine Bezugsperson mit einbezogen, indem diese bei der Skala 4 *Actually Received Support, Provider* direkt befragt wird und bei Skala Nr. 5 *Actually Received Support, Recipient* von der hilfeschenden Person im Hinblick auf das Verhalten ihr gegenüber beurteilt wird.

In Skala Nr. 6 *Protective Buffering Scale* rückt das Verhalten der Bezugsperson von der hilfeschenden Person ins Zentrum, z.B. über das Vorenthalten wichtiger Informationen zur indirekten sozialen Unterstützung, was laut Schwarzer und Schulz (2000) unter Umständen bei begrenzten sozialen Ressourcen sinnvoll sein kann.

Die Einbeziehung der Skalen 4 bis 6 war aufgrund der notwendigen zusätzlichen Bezugspersonen mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand sowohl für die Probanden als auch den Untersuchungsverlauf verbunden. Deshalb wurde auf ihre Anwendung verzichtet.

Die Faktorenanalyse mit den genannten drei Faktoren erbrachte eine Varianzaufklärung von 53% (vgl. Tabelle T9). Die komplette Analyse ist in den Tabellen A51 bis A53 sowie Abb. A3 zu finden.

Tabelle T9*Varianzaufklärung durch Faktorenanalyse der BSSS*

Komponente	Anfängliche Eigenwerte	Rotierte Summe der quadrierten Ladungen	kumulierte Prozente
1. WahrSU	5.88 (34.61%)	3.67 (21.58%)	
2. BedSU	1.86 (10.93%)	2.94 (17.27%)	
3. SuchSU	1.29 (7.61%)	2.43 (14.29%)	53.14%

Anmerkungen. Ergebnisse nach Hauptkomponentenanalyse nach Varimax-Rotation mit Kaiser-Normalisierung; WahrSU = Wahrgenommene soziale Unterstützung, BedSU = Bedürfnis nach sozialer Unterstützung, SuchSU = Suche nach sozialer Unterstützung.

Die internen Konsistenzen der Skalen entsprachen in dieser Studie in etwa den Originalwerten (Schwarzer & Schulz, 2000), wie man den Spalten zwei und drei der Tabelle T10 entnehmen kann. Sie haben sich damit als zufriedenstellend bewährt.

Tabelle T10*Kennwerte der Faktoren zu den BSSS*

Skala (N = 287)	α (Schwarzer et al., 2000)	α (Jendro, 2012)	M ^a	SD ^a	Range	i
WahrSU	.85	.85	25.37	3.72	1 - 4	8
BedSU	.63	.67	11.10	2.38	1 - 4	4
SuchSU	.81	.78	14.14	2.84	1 - 4	4

Anmerkungen. α = interne Konsistenz nach Cronbach (1951); M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; ^a: von Jendro (2012); Range = Spanne der Antwortmöglichkeiten; i = Anzahl der Items; WahrSU = Wahrgenommene soziale Unterstützung, BedSU = Bedürfnis nach sozialer Unterstützung, SuchSU = Suche nach sozialer Unterstützung.

Tabelle A54 enthält die korrelativen Zusammenhänge zwischen den Items des sozialen Netzes und den BSSS-Faktoren.

2.3.6 Religiöse Einstellungen

In der Pilotstudie wurden für religiöse, politische und soziale Themen jeweils das Ausmaß des Interesses, des Informationsstandes und des persönlichen Engagements erfragt. Für den religiösen Bereich wurde zusätzlich die Frage gestellt, wie sehr die Probanden Trost und Kraft aus ihrem persönlichen Glauben ziehen. Diese Fragestellung war trotz der zufriedenstellenden internen Konsistenz kaum sinnvoll interpretierbar. Um die Befragung nicht zu umfangreich werden zu lassen, wurde von daher in der Hauptuntersuchung auf diese Fragestellung verzichtet. Der Vollständigkeit halber sind die Berechnungen in den Tabellen A55 und A56 dargestellt.

Wie in Kapitel 1.6 erläutert, ist es sinnvoll, den religiösen Bereich differenziert zu betrachten. Religiosität im Umgang mit Lebenskrisen wurde infolgedessen mit dem Münchner Motivationspsychologischen Religiositätsinventar (MMRI) von Zwingmann, Grom, Schermelleh-Engel, Madsen, Schmitz und Moosbrugger (2004) erhoben.

Das Inventar basierte ursprünglich auf den auf Seite 34 dieser Arbeit aufgelisteten motivationalen religiösen Einstellungen, die in der weiteren Entwicklung des Verfahrens auf vier Faktoren reduziert und standardisiert wurden.

Mittels der vier Dimensionen sollen Funktionen religiösen Glaubens im individuellen Leben erfasst werden. Konzipiert wurde der MMRI-Fragebogen mit jeweils acht Items pro Skala, also 32 Items insgesamt.

Von jeder Skala wurden aus ökonomischen Gründen jeweils die zwei Items mit den höchsten Faktorladungen aus einer weiterentwickelten MMRI-Version von Zwingmann, Grom, Schermelleh-Engel, Madsen, Schmitz und Moosbrugger (2004) für die vorliegende Studie eingesetzt.

Bei Skala 1 steht die „Beziehung zu Gott als Quelle von Kraft und Selbstvertrauen“ im Fokus und drückt Dank und Verehrung aus. In der zweiten Skala, genannt „gerechtigkeitsorientierte Kontrolle“, steht ein Gottesbild im Vordergrund, in dem Gott weder als hilfreich noch unterstützend erfahren wird. Trotz aller eigenen Bemühungen wird keine Gerechtigkeit, sondern ein Gefühl von betrafft worden zu sein erlebt. In Skala 3 „kooperative Kontrolle“ wird das persönliche Vertrauen in Gott mit den eigenen Handlungsmöglichkeiten gekoppelt. In der vierten Skala, „prosoziale und

religiös-intellektuelle Verantwortung“, ändert sich der Blickwinkel hin zur sozialen Perspektive, integriert also altruistisches Verhalten.

Die Probanden wurden gebeten, auf einer sechsstufigen Skala das Ausmaß ihrer Zustimmung zu den jeweiligen Aussagen anzugeben. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „stimme nicht zu“ (1) bis „stimme völlig zu“ (6). Die einzelnen Kennwerte der acht Items befinden sich in Tabelle A57.

Auf Skalenebene waren die interne Konsistenz bei den Faktoren 1 ($\alpha = .92$) und 4 ($\alpha = .84$) gut. Die Skalen 2 ($\alpha = .66$) und Skala 3 ($\alpha = .55$) wiesen unbefriedigende Werte auf (Tabelle T11). Insgesamt bestätigen aber die Faktorladungen weitgehend die angenommene theoretische Struktur und erlauben insofern die Verkürzung der Faktoren auf gerade einmal zwei Items pro Faktor (s. Tabelle T11).

Tabelle T11

Kennwerte der Skalen des MMRI

Faktor (Item-Nr.) / N = 287	α	M	SD	Range	i
1 Beziehung zu Gott als Quelle von Kraft + Selbstvertrauen Item-Nr. 5 und 8	.92	7.16	3.45	1 - 6	2
2 gerechtigkeitsorientierte Kontrolle Item-Nr. 2 und 3	.66	5.89	2.74	1 - 6	2
3 kooperative Kontrolle Item-Nr. 1 und 6	.55	7.86	2.75	1 - 6	2
4 prosoziale und religiös-intellektuelle Verantwortung Item-Nr. 4 und 7	.84	7.30	3.34	1 - 6	2

Anmerkungen. α = interne Konsistenz nach Cronbach (1951); M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Range = Spanne der Antwortmöglichkeiten; i = Anzahl der Items.

An der theoretischen Vorgabe von vier Faktoren orientiert, wurde mit dieser Stichprobe eine Varianzaufklärung von 85 % erreicht (Tab. T12 und Tab. A58 bis A60 sowie Abb. A4).

Tabelle T12*Varianzaufklärung durch Faktorenanalyse des MMRI*

Komponente	Anfängliche Eigenwerte	Rotierte Summe der quadrierten Ladungen	kumulierte Prozente
1.	3.43 (42.84%)	3.21 (40.16%)	
2.	1.54 (19.23%)	1.53 (19.10%)	
3.	1.23 (15.36%)	1.04 (12.96%)	
4.	.58 (7.18%)	.99 (12.37%)	84.60%

Anmerkungen. Ergebnisse nach Hauptkomponentenanalyse nach Varimax-Rotation mit Kaiser-Normalisierung

2.3.7 Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit

Dieser Fragenkomplex beschäftigte sich mittels drei Verfahren mit dem persönlichen Wohlbefinden. Zunächst wurde der Gesundheitszustand erfragt, wie er von den Probanden selbst eingeschätzt wurde.

Der in der Pilotstudie noch verwendete Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36), entwickelt von Bullinger und Kirchberger (1998), erwies sich auch in seiner Kurzfassung mit gerade mal zwölf Items als überaus komplex und nicht zumutbar für die Teilnehmer. Er wurde infolgedessen in der Hauptuntersuchung durch eine vereinfachte Fragestellung ersetzt.

2.3.7.1 Körperlicher und seelischer Gesundheitszustand

Die Selbsteinschätzung des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes im Allgemeinen wurde mit zwei Items und einem sechsstufigen Antwortmodus erfragt, codiert von 1 bis 6. Wie auch bei den anderen Verfahren in diesem Bereich entsprach der höchste Wert der größten Zufriedenheit und Lebensqualität.

Die Höhe der Korrelation für die beiden Items zum Gesundheitszustand war mittelmäßig ausgeprägt und lag bei $r = .41$ ($p < 01$).

Die Mittelwerte der Items für die Einschätzung des körperlichen (*Körper*) und seelischen Gesundheitszustandes (*Seele*) lagen jeweils bei $M = 3.86$, mit Werten für die Standardabweichung von $SD = 0.95$ für *Körper* und $SD = 1.04$ für *Seele*. Die Trennschärfen der beiden Items waren mit je einem Wert von $r_{it} = .41$ gut. Die interne Konsistenz ist mit ($\alpha = .58$) dagegen als unbefriedigend zu bezeichnen.

2.3.7.2 Bereichsbezogene Lebenszufriedenheit

Der standardisierte Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) von Fahrenberg, Myrtek, Schuhmacher und Brähler (1998) erfasst die bereichsspezifische Lebenszufriedenheit. Im Original enthält der FLZ zehn Lebensbereiche mit je sieben Feststellungen, die im Hinblick auf die daraufhin empfundene Zufriedenheit beurteilt werden sollen.

Die Bereiche umfassen 1. Freunde, Verwandte und Bekannte; 2. Ehe oder Partnerschaft, 3. eigene Kinder, 4. Beruf und Arbeit, 5. finanzielle Lage, 6. Wohnsituation, 7. Freizeitgestaltung und Hobbys, 8. Gesundheit, 9. Sexualität sowie 10. die eigene Person.

Diese Aspekte wurden auch in dieser Arbeit erfasst, waren aber mit nur je einem Item vorgegeben und in einen siebenstufigen Antwortmodus geändert.

Zusätzlich wurde in der vorliegenden Untersuchung der Bereich Sport einbezogen, weil auch von sportlichen Aktivitäten ein beträchtlicher Anteil an der Lebenszufriedenheit zu erwarten war. Beobachtungen aus dem Sportbereich beispielsweise wie z.B. bei der auf Seite 21 erwähnten Schwimmerin Britta Steffen und aus Arbeiten zur Selbstwirksamkeit in Gesundheitssport und Gesundheitspsychologie (Koch, 2009) sowie auch die Ergebnisse von Preiser und Ziessler (2009) zum Extremausdauersport belegen den Einfluss sportlicher Aktivitäten als effektive Copingstrategie.

Musik ist ein weiterer Bereich, der die Lebenszufriedenheit fördern kann. weswegen auch entsprechende Gruppen, wie z.B. Kirchenchöre, einbezogen wurden.²⁹ Als zusätzliches Item wurde Musik nicht zu der bereichsbezogenen Lebenszufriedenheit hinzugenommen. Der musikalische Bereich findet sich vielfach in Form von singen, tanzen, Musik hören, ect. in den frei formulierten Antworten zu den Hilfestellungen sowie als Motivation für Anschluss an eine Gruppe.(s. Anhang II)³⁰

Um die Wiederholungsbefragung abzukürzen, wurden für die Wiederholungsbefragung nur noch die Items mit den anfänglich höchsten Trennschärfen sowie erneut der Bereich Sport aufgenommen (vgl. Tabelle A61).

Weil der soziale Bereich ohnehin in einem eigenen Fragenkomplex bearbeitet wurde (Kap. 2.3.5), wurde er nicht doppelt erfasst. Zweimal erfragt wurden somit die Bereiche Geld, Freizeit, Sport, Gesundheit, Sexualität und eigene Person.

Die Fragestellung zielte auf das Befinden der letzten vier Wochen ab - unabhängig vom momentanen Zustand. Die Beantwortung erfolgte über einen siebenstufigen Ankreuzmodus von „sehr unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“, wobei auch hier der höchste Wert der größten Zufriedenheit entsprach.

Itemkennwerte für den FLZ sind für beide Befragungen in der Tabelle A61 widergegeben. Sowohl die Trennschärfen als auch die interne Konsistenz waren bei beiden Befragungen zufriedenstellend und genügten den geforderten Kriterien. Bei t1 lagen die Werte zwischen $r_{it} = .39$ und $r_{it} = .65$, die interne Konsistenz bei $\alpha = .84$. Die Kennwerte aus t2 reichten von $r_{it} = .42$ bis $r_{it} = .66$ bei einer internen Konsistenz von $\alpha = .80$ (vgl. Tab. T13).

²⁹ Musik kann positiv auf Körper und Gefühle einwirken sowie durch die Rhythmik das motorische System beeinflussen, wodurch beispielsweise auch Ängste reduziert werden können. (Schmidt, 2009, Tarr, 2010). Dies bestätigt eine Untersuchung der Universität Frankfurt am Main, in der sich zudem zeigte, dass sich aktives Singen positiver auf das Immunsystem auswirkt als das passive Musik hören (Rp online, 2004; Sacks, 2008).

³⁰ „singen hält Leib und Seele zusammen.“ = Antwort von Pb 257 als Grund für die Beteiligung an einem Kirchenchor: „singen hält Leib und Seele zusammen.“

Tabelle T13

Kennwerte des FLZ bei t1 und t2

N = 287	α	M	SD	i	N = 205	α	M	SD	i	N	Range
t1	.84	56.24	10.28	11	t2	.80	28.36	6.42	6	205	1 - 7

Anmerkungen. α = interne Konsistenz nach Cronbach (1951), M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; i = Anzahl der Items; Range = Spanne der Antwortmöglichkeiten (gültig für t1 und t2).

Eine ausführliche Darstellung der Interkorrelationen - getrennt nach Befragungen - können im Anhang I den Tabellen A62 und A63 entnommen werden. Die FLZ-Einzelitems wurden zusammengefasst und daraus ein Gesamtwert für die Zufriedenheit gebildet, der damit nicht mehr bereichsbezogen ist und auf den später die weiteren Berechnungen basierten (*SumFLZ*).

2.3.7.3 Allgemeine Lebenszufriedenheit

Für die Messung der allgemeinen Lebenszufriedenheit schließlich wurde eine weitere Variante gewählt, die in der Darstellung ihrer Fragestellung über verbale Formulierungen hinausgeht. Hierzu sind in Anlehnung an Kunin (1955) sieben Gesichter in Form von Smiley-Figuren dargestellt. Kunin schreibt dazu:

„The respondent is required only to check the face which ‚looks like he feels‘ rather than verbalizing his feelings. It is felt that the resulting measure provides a more accurate measurement of attitudes than is otherwise possible. Drawings of faces have been used in attitude rating scales.” (Kunin, 1955, S. 66).

Der Ankreuzmodus zur Beantwortung, analog des FLZ, reichte von „außerordentlich unzufrieden“ (1) bis „außerordentlich zufrieden“ (7).

Die statistischen Kennwerte der Erfassung zur allgemeinen Lebenszufriedenheit (*ZufriedGesamt*)³¹ können in der Tabelle T14 nachgelesen werden.

Tabelle T14

Kennwerte der allgemeinen Lebenszufriedenheit (ZufriedGesamt)

(N = 287)	M	SD	(N = 205)	M	SD	i^a	Range^a
t1	5.00	0.95	t2	4.98	0.98	1	1 - 7

Anmerkungen. M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; i = Anzahl der Items; Range = Spanne der Antwortmöglichkeiten; ^a = gültig für t1 und t2

2.3.8 Demographische Variablen

Den Abschluss der Hauptuntersuchung bildeten bei beiden Befragungen die demographischen Variablen Geschlecht, Geburtsjahr und Familienstand. Weitere persönliche Variablen, die nur in t1 erfragt wurden, waren die Staatsangehörigkeit, Religion, Schulabschluss und die berufliche Stellung. Zusammen mit dem persönlichen Code war die eindeutige Zuordnung beider Befragungen zum jeweiligen Probanden gewährleistet. Nähere Informationen zu den Probanden wurden bereits im Kapitel 2.2 erläutert.

³¹ Bemerkenswert ist, dass bei t1 *kein* Proband sich als „außerordentlich unzufrieden“ zeichnete, was sich bei t2 änderte.

3 Ergebnisse

3.1 Ergebnisse zum Untersuchungsverlauf und den –instrumenten

Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich am Ablauf der Befragung 1 und integriert dort die Ergebnisse der Wiederholungsbefragung, wenn dadurch der Informationsgewinn gesteigert wird.

3.1.1 Auslöser, Beeinträchtigung und Hilfestellungen

Bei der hier vorliegenden selektiven Stichprobe ist es naheliegend, dass die meisten Auslöser in der Kategorie *eigene Erkrankung* zu finden waren (N = 97, entspricht 34%).

Es folgten die Kategorien *Konflikte* (N = 79; 28%), *Tod* (N = 60; 21%), *Trennung* (N = 55; 19%), *Erkrankung einer nahestehender Person* (N = 53; 19%), *Sonstiges* (N = 50; 17%) und schließlich das *Nicht-Erreichen* eines erstrebten Zieles (N = 26; 9%).

Wenn die veränderte Lebenssituation zu *Beeinträchtigungen* führte, war dies erwartungsgemäß in den Anfängen der Situation stärker ausgeprägt als im weiteren Verlauf. Der retrospektiv erfasste Mittelwert (M) lag zunächst bei 4.43 mit einer Standardabweichung (SD) von 0.74 und verringerte sich auf M = 2.81 (SD = 1.09) zum momentanen Zeitpunkt.

Die frei formulierten Antworten zu den Fragen zu subjektiv erlebten Hilfestellungen in den Krisen wurden in verschiedenen Kategorien zusammengefasst, wie z.B. das soziale Netz mit Familie, Freunden und Gruppenmitgliedern (*sozNetz*); weiterhin das professionelle Netz, z. B. Ärzte und Therapeuten (*profNetz*) sowie religiöse Einstellungen und Aktivitäten (*Religion*). Weitere Kategorien waren bezogen auf die eigene Person³² (*selbst*); auf ablenkende Aktivitäten wie z.B. Arbeit, Sport, Lesen und Hobbys (*Ablenkung*) sowie sonstige Aspekte, die sich nicht eindeutig unter die bisher genannten einordnen ließen, wie z.B. Zeit, Ruhe, Hoffnung und anderes (*Sonstiges*).

³² Beispielantwort: „*mein positives Denken*“ (Antwort von Proband 89)

Das engere soziale Umfeld wurde mit Abstand als am Hilfreichsten erlebt. Das soziale Netz war für 62% der Probanden die größte Hilfe. Für 48% Probanden stand es an erster Stelle bei weiteren Hilfen.

Die professionellen Helfer wurden mit 19 bzw. 22% am zweithäufigsten als größte Hilfe genannt. An dritter Stelle stand bei der größten Hilfe die Zuschreibung der eigenen Kompetenz (*selbst*) nahezu gleichwertig mit den sonstigen Aspekten.

In der Einteilung der frei formulierten Antworten musste zum Teil von einer Überschneidung zwischen den Aspekten ausgegangen werden, wenn keine eindeutige Differenzierung möglich war. Beispielsweise ist für die Antwort „*Hoffnung*“ keine präzise Zuordnung zu den Kategorien *Selbst* oder *Sonstiges* zweifelsfrei möglich. Die Antwort wurde letztlich der Kategorie *Sonstiges* zugeordnet.

Danach folgten als größte Hilfen etwa in gleicher Ausprägung die *Religion* und schließlich die *Ablenkung*, also die Beschäftigung mit anderen Themen als der Krisensituation.

Bei den weiteren Hilfen standen die sonstigen Aspekte an dritter Stelle, danach folgte die eigene Person. Tabelle T15 (bzw. A11) veranschaulicht die einzelnen Werte.

Tabelle T15

Häufigkeiten der Probandenangaben zur größten und weiteren Hilfen

	Größte Hilfe		Weitere Hilfen	
	(N = 280)		(N = 254)	
	n	%	n	%
soziales Netz	178	62	138	48
professionelles Netz	54	19	63	22
Religion	24	8	26	9
selbst	36	13	54	19
Ablenkung	22	8	46	16
Sonstiges	37	13	57	20

Anmerkungen. N = Anzahl der Probanden, die die Frage beantworteten; n = Anzahl der Antworten, die der jeweiligen Kategorie zugeordnet wurden; % = Prozentsatz bezogen auf N

3.1.2 Erleben und Verhalten im Rückblick bis heute

Die retrospektive Einschätzung des Belastungsempfindens vor der Krise, die grundsätzliche Stimmung also (*BelaV*), zu Beginn der Krise (*BelaB*), das momentane Belastungsempfinden (*BelaM*) und die Veränderung im Belastungsempfinden (*BelaVeränderung*) entwickelten sich erwartungsgemäß. Die Belastung zu Beginn stieg gegenüber der Belastungsempfindung vorher an und sank zur aktuellen Situation wieder ab. Dargestellt sind die Verläufe für beide Befragungen in Abbildung T3.

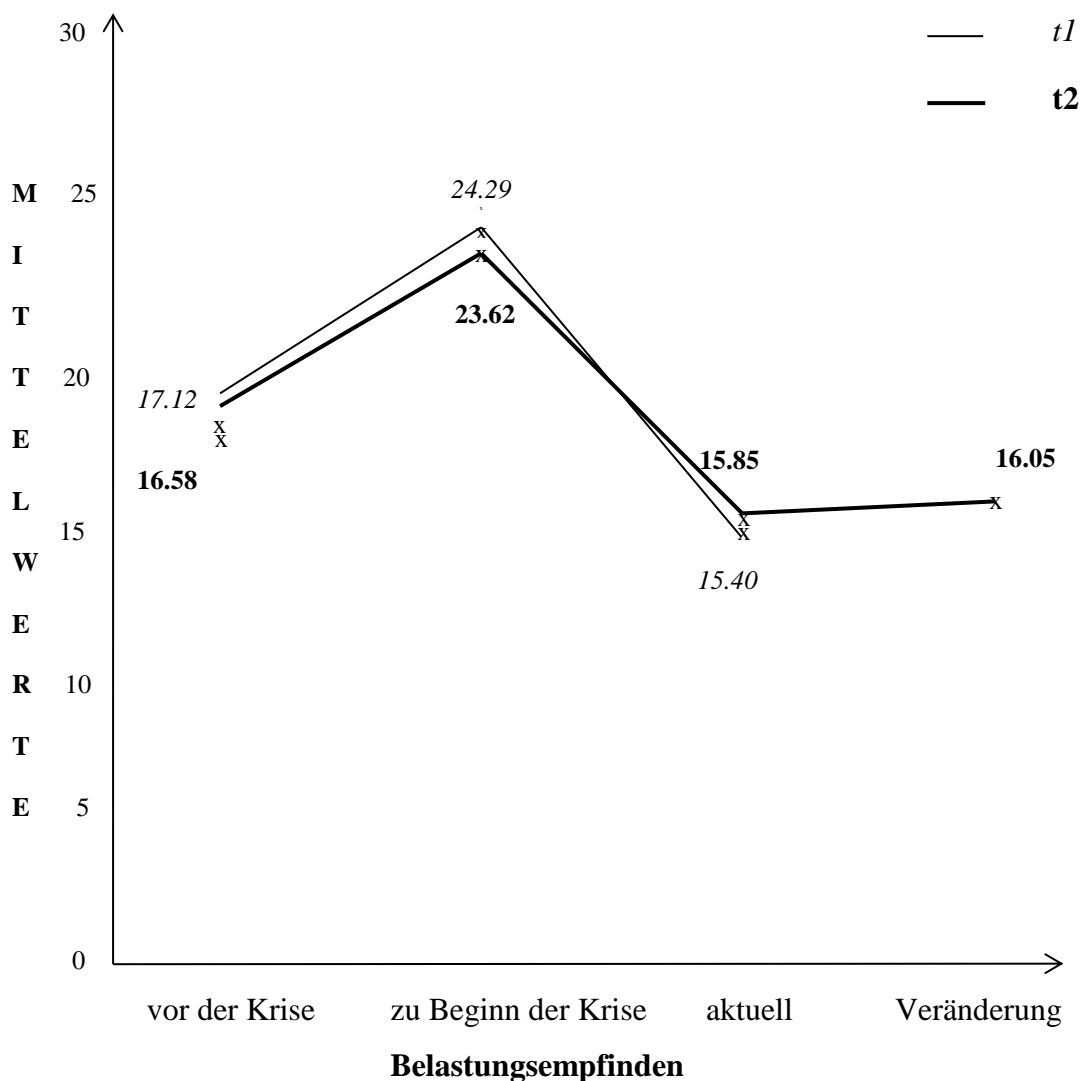


Abbildung T3. Mittelwerte der Belastungseinschätzungen zu verschiedenen Zeitpunkten

Die Differenz des Belastungserlebens, berechnet aus der persönlichen Einschätzung der momentanen Belastung bei beiden Befragungen ($Belam_{t2} - Belam_{t1}$), korreliert mit der direkt eingeschätzten Veränderung in der Belastung zwischen Befragung 1 zur Wiederholungsbefragung ($BelaVeränderung$) lag bei $r = .33$ ($p < .01$), ist also hochsignifikant, aber nur mäßig.

3.1.3 Aktivitäten und Engagement

Sowohl Teilnahme als auch Engagement beschränkten sich zum Teil nicht auf *eine* Gruppe, sondern manche Probanden werden in mehreren Gruppen geführt. An dieser Stelle werden auch hier wiederum nur die Daten von t1 angeführt. Die kompletten deskriptiven Ergebnisse für die Befragungen befinden sich im Anhang I in den Tabellen A20 bis A25.

3.1.3.1 Teilnahme

Tabelle T16 listet die Anzahl der Probanden getrennt nach Gruppe und Geschlecht, die Mittelwerte der Anzahl der Monate seit dem Beitritt zur Gruppe ($TStart$) sowie den monatlichen Zeitaufwand ($TZeit$) dafür auf. Außer bei den *Parteien* waren die weiblichen Probanden deutlich in der Überzahl. Die größte Probandenzahl, die längste Beteiligung und den größten monatlichen Zeitaufwand im Mittelwert wiesen die *Vereine* auf.

Im Durchschnitt begann die Teilnahme an Gruppen knapp 2 Monate vor der Befragung bei den *Bürgerinitiativen* und reichte bis 49 Monate zurück bei den *Vereinen*. Der höchste Wert der Teilnahme lag bei 756 Monaten bei *religiösen Gruppen*. Das entspricht in etwa 63 Jahren - hieraus begründen sich die auffallend hohen Standardabweichungen.

Die Maximalwerte des Zeitaufwandes rangierten von 1,5 Stunden bei den *Gesprächskreisen* bis zu 100 Stunden pro Woche bei *Vereinen*.

Für die Darstellung der ausführlichen Werte wird noch einmal auf die Tabellen A20 bis A22 verwiesen.

Tabelle T16*Auswahl statistischer Kennwerte für die Teilnahme an Gruppen*

Art der Gruppe (N = 286)	♂	♀	Σ	TStart		TZeit ^(a)		Zeitaufwand (Std : min)
				M	SD	M	SD	
Selbsthilfegruppe	33	61	94	27.13	63.94	1.56	3.30	1 Std :34 min
Gesprächskreis	4	26	30	4.40	21.30	0.40	1.68	24 min
Verein	29	77	106	48.63	107.73	4.43	11.30	4 Std :26 min
Musikgruppe	11	51	62	36.14	104.62	1.95	4.28	1 Std :57 min
Religiöse Gruppe	10	37	47	20.62	74.41	0.98	3.18	59 min
Partei	12	6	18	9.23	53.46	0.80	4.75	48 min
Bürgerinitiative	3	5	8	1.71	20.57	0.16	1.30	10 min
Sonstige	16	59	75	28.56	82.89	2.25	7.33	2 Std :15 min

Anmerkungen. ♂ = männlich, ♀ = weiblich; Σ = Summe beider Geschlechter; M = Mittelwert, SD = Standardabweichung; TStart = Anzahl von Monaten seit Beginn der Teilnahme, TZeit = Zeitaufwand für Teilnahme in Stunden pro Monat; ^(a) = Angabe als Dezimalzahl.

3.1.3.2 Engagement

In den *Selbsthilfegruppen* waren die meisten Probanden zu finden, die sich für die angegebene Gruppe auch engagierten. Auch hierfür waren, außer bei den *Parteien*, die weiblichen Probanden in der Überzahl (s. Tabelle T17). Die Werte für die Dauer des Engagements (*EStart*) reichten von 0 bis maximal 168 Monaten bei den *Gesprächskreisen* (entspricht ca. 14 Jahren) und bis maximal 516 Monaten (43 Jahre) für die *Parteien*.

Der maximale Zeitaufwand für ein Gruppenengagement (*EZeit*) lag zwischen 12 und 80 Stunden pro Woche. Im Durchschnitt gesehen waren die Probanden aus der Kategorie der *Vereine* am intensivsten engagiert – für detaillierte Darstellung siehe Tabellen A23 bis A25.

Tabelle T17*Auswahl statistischer Kennwerte für Engagement mit und ohne Gruppenbeteiligung*

Art der Gruppe (N = 286)	♂	♀	Σ	EStart		EZeit ^(a)		Zeitaufwand (Std: min.)
				M	SD	M	SD	
Selbsthilfegruppe	19	28	47	15.43	52.79	1.46	5.52	1 Std :28 min
Gesprächskreis	1	10	11	1.53	11.15	0.12	0.93	7 min
Verein	18	24	42	18.97	68.98	1.27	5.05	1 Std :16 min
Musikgruppe	6	21	27	9.86	48.22	0.74	3.40	44 min
Religiöse Gruppe	5	26	31	11.20	46.62	0.99	4.61	59 min
Partei	9	5	14	9.32	55.87	0.45	2.66	27 min
Bürgerinitiative	2	5	7	2.54	24.94	0.24	1.87	14 min
Sonstige	13	29	42	11.61	50.05	1.49	6.72	29 min
Engagement ohne Gruppe	8	29	37	8.13	37.01	0.91	4.27	55 min

Anmerkungen. ♂ = männlich, ♀ = weiblich; Σ = Summe beider Geschlechter; M = Mittelwert, SD = Standardabweichung; EStart = Anzahl von Monaten seit Beginn des Engagements, EZeit = Zeitaufwand für Engagement in Stunden pro Monat; ^(a) Angabe als Dezimalzahl

3.1.3.3 Motivation

Die folgenden Kapitel beinhalten die Ergebnisse zu den in Kategorien zusammengefassten Angaben der Probanden, was sie zu einer Beteiligung an oder ein Engagement für Gruppen motiviert oder was für sie persönlich dagegen spricht.

3.1.3.3.1 Gründe für die Teilnahme an Gruppen

Die Antwortmöglichkeiten und die deskriptiven Werte für die Motivation³³, sich regelmäßig an einer organisierten Gruppe zu beteiligen, zeigt die Tabelle A28. Das *Erleben der Gemeinschaft* stand mit einem Mittelwert (M) von 3.60 und einer

³³ Die Begriffe Gründe und Motive werden synonym gebraucht.

Standardabweichung (SD) von 0.71 an erster Stelle bei den Motiven für die Entscheidung zugunsten der Teilnahme an einer Gruppe.

Nach den *sonstigen* Gründen (M = 3.11; SD = 1.33), die an dieser Stelle nicht weiter spezifiziert werden (siehe Anhang II mit den qualitativen Antworten) wurde an dritter Stelle die Abwechslung vom Alltag bzw. *Ablenkung* (M = 3.07; SD = 1.08) als Begründung für die Teilnahme angegeben. An vierter Stelle rangierte die Erhaltung bzw. Stabilisierung des eigenen *Gesundheitszustandes* (M = 3.02; SD = 1.20). Und schließlich ging es den Probanden darum, neueste *Informationen* bzw. konkrete Hilfen zu erhalten (M = 2.93; SD = 1.14).

3.1.3.3.2 Gründe für zusätzliches Engagement

In entsprechender Weise gibt die Tabelle A29 im Anhang I die Kennwerte der Items zur Motivation für ein zusätzliches Engagement für Gruppen wieder.

Das Gefühl, für die Gruppe, der man sich zugehörig fühlt, auch noch *hilfreich sein* zu können, war hier der Hauptgrund für Engagement (M = 3.72; SD = 0.92). *Soziale Verantwortung* zu übernehmen und etwas bewirken zu können nahm mit je einem Mittelwert von 3.24 (SD = 0.95 bzw. 0.90) den zweiten Platz in der Rangreihe der Motive für Engagement ein.

Die sinnvolle *Nutzung der Freizeit* (M = 2.94; SD = 1.09) und andere diverse Motive (siehe Anhang II) waren weitere Beweggründe für das Engagement. Exemplarisch werden hier die Antworten von zwei Probanden zitiert, die in die Kategorie *Anderes* fallen. Proband 21 wollte mit seinem Engagement die „eigene Persönlichkeit weiter entwickeln“, und Proband 185 antwortete: „MANN (*sic*) MUSS kämpfen für seine Ziele!“ (Hervorhebungen aus der Originalantwort entnommen).

3.1.3.3.3 Gründe gegen zusätzliches Engagement

Was gegen ein zusätzliches Engagement sprach, im Sinne von: über die Beteiligung hinausgehend, sollte in der dritten Frage eingeschätzt werden. Den meisten Probanden fehlte es an *Zeit* (M = 2.84, SD = 1.17), sich zusätzlich mit ihrem Engagement in die oder eine weitere Gruppe einzubringen. Auch hier standen an

zweiter Stelle *sonstige* Antworten ($M = 2.23$; $SD = 1.44$), gefolgt von *fehlender Motivation* ($M = 2.17$; $S = 1.09$).

Weitere Begründungen waren der fehlende *Bedarf* seitens der Gruppe ($M = 1.86$; $SD = 0.98$) und körperliche bzw. geistige *Einschränkungen* ($M = 1.75$; $SD = 1.08$). Die Tabelle A30 listet die Kennwerte auf.

3.1.3.4 Freizeit

Als frei verfügbare Zeit gaben die Probanden im Durchschnitt 3,4 Stunden pro Tag an. 150 Probanden (52%) gaben an, diese Zeit vorwiegend mit *lesen* zu verbringen. Als nächstes folgten Antworten, die den Kategorien *anderes* (z.B. spazieren gehen, walken, Garten, Besuch von Sportveranstaltungen, Musik hören, usw.), *Kontakte*, *Fitness*, *Medien*, *Entspannung*, *Musik* und *Kultur* zugeordnet wurden. (Details in den Tabellen A26 und A27).

3.1.4 Eigene Einflussmöglichkeiten

Die statistischen Kennwerte der zehn Items zu den Kontrollüberzeugungen sind im Anhang I in der Tabelle A31 dargestellt. In Tabelle A32 sind deren Interkorrelationen angeführt.

In Tabelle T18 wurden inhaltlich gleiche Items für die Bedeutung von Bewältigungsfaktoren im allgemeinen (*Ges-*) und speziell in Bewältigungssituationen (*Bew-*) zusammengefasst und deren Zusammenhänge ermittelt.

Aufgrund der signifikanten Korrelationen (jeweils $r = > .50$; $p < .01$) wurden daraus neue Variablen gebildet. Lediglich bei den Items zum eingeschätzten Einfluss anderer Personen allgemein und bei Bewältigung (*GesAndere* und *BewAndere*) ergab sich ein schwächerer, aber immer noch hochsignifikanter Zusammenhang von $r = .39$ ($p < .01$). Aus den deutlichen Zusammenhängen wird ersichtlich, dass die spezifischen Einschätzungen von den allgemeinen geprägt waren. Zwecks Überschaubarkeit wurde aus diesen beiden Aspekten eine kombinierte Variable gebildet und als Kontrollüberzeugung deklariert.

Tabelle T18

Korrelationen zwischen allgemeiner und krisenbezogener Einschätzung von Einflussvariablen zur Bildung der Variable Kontrollüberzeugung

Korrelation von allgemeiner zu krisenbezogener Einschätzung von Einflussvariablen (N = 287)	r	Kontrollüberzeugung
GesZufall - BewZufall	.60**	KÜZufall
GesFähigkeit – BewFähigkeit	.55**	KÜFähig
GesAndere - BewAndere	.39**	KÜAndere
GesUmwelt - BewUmwelt	.51**	KÜUmwelt
GesZiele - BewZiele	.59**	KÜZiele

Anmerkungen. Ges- = Einflussvariablen Gesamt, Bew- = Einflussvariablen in Lebenskrisen, r = Korrelationskoeffizient (** p < .01), KÜ = Kontrollüberzeugung

Die größten Zusammenhänge wiederum zwischen den neuen Variablen zeigten sich mit $r = .43$ ($p < .01$) zwischen den Kontrollüberzeugungen Fähigkeit (*KÜFähig*) und Ziele (*KÜZiele*; s. Tab. T19).

Tabelle T19

Interkorrelationen der zusammengefassten Kontrollüberzeugungen (KÜ)

N = 287	KÜFähig	KÜAndere	KÜUmwelt	KÜZiele
KÜZufall	-.09	.03	.18**	-.03
KÜFähig		.21**	.10	.43**
KÜAndere			.38**	.19**
KÜUmwelt				.20**

Anmerkungen: ** p < .01; * p < .05 (2-seitig), Werte ohne * sind nicht signifikant.

Im Hinblick auf die hohen Zusammenhänge und unter Einbeziehung theoretischer Überlegungen (vgl. Kap. 1.3) wurden für regressionsanalytische Berechnungen nochmals Zusammenfassungen vorgenommen, indem die Einflussfaktoren Ziele und Fähigkeit ($r = .43$, $p < .01$) zu einer weiteren Variable der

internen Einflussfaktoren (*KÜint*) subsumiert wurden. Für die Erfassung externer Faktoren wurden analog die Kontrollüberzeugungen Umwelt und Andere zur Variablen der externen Kontrollüberzeugungen (*KÜext*) zusammengefasst. Der Zusammenhang dieser beiden Kontrollüberzeugungen lag bei $r = .38$ ($p < .01$).

Für die standardisierten Verfahren zur Messung der Selbstwirksamkeit und der Tenazität und Flexibilität konnten die theoretischen Gütekriterien bestätigt werden (s. Tab. T6 und T7). Die Instrumente wurden somit unverändert für die Hypothesentestung (Kap. 3.2) übernommen.

Der Zusammenhang der *Selbstwirksamkeit* zur *Flexibilitätsskala* lag bei $r = .56$ ($p < .01$) und zur *Tenazität* bei $r = .20$ ($p < .01$). Für die internen Kontrollüberzeugungen wurde zur Selbstwirksamkeit eine Korrelation von $r = .26$ ($p < .01$) errechnet. Der Zusammenhang der Selbstwirksamkeit zu den externen Kontrollüberzeugungen war mit $r = -.03$ nicht signifikant. Tabelle A45 listet die Zusammenhänge aller Persönlichkeitsmerkmale auf.

3.1.5 sozialer Kontext

Aus dem näheren Umfeld stellten sich die *Partner* bei beiden Befragungen als diejenigen Personen heraus, von denen die meiste Hilfe erlebt wurde. Es folgten die *Freunde*, dann das soziale Netz *insgesamt*, danach *Verwandte* und *Ärzte*. Erst dann folgte die *Gruppe*. Das Schlusslicht bildeten die *Pfarrer*. Die Tabelle mit den Kennwerten der Items zum sozialen Netz befindet sich im Anhang I in Tabelle A46.

Es ist plausibel, dass die Korrelationen zwischen den einzelnen Kategorien von „sehr schwach“ bis „schwach“ ausgeprägt und zum Teil nicht signifikant waren. Soziale Netzbeziehungen werden also für die einzelnen Personenkategorien weitgehend unabhängig voneinander genutzt. Der höchste Zusammenhang zeigte sich mit $r = .36$ ($p < .01$) bei *Freunde* und *Verwandte* bzw. *Freunde* und *Insgesamt*. Eine Nullkorrelation bestand zwischen *Freunde* und *Partner* ($r = -.06$; vgl. Tabelle T20).

Tabelle T20*Interkorrelationen zum sozialen Netz*

(N = 287)	Verwandte	Freunde	Gruppe	Ärzte	Pfarrer	Insgesamt
Partner	.13*	-.06	.13	.12*	.03	.12*
Verwandte		.36**	.17**	.15*	.17**	.32**
Freunde			.15*	.20**	.10	.36**
Gruppe				.30**	.26**	.32**
Ärzte					.25**	.25**
Pfarrer						.29**

Anmerkungen. ** $p < .01$, * $p < .05$; Werte ohne * sind nicht signifikant.

Auch wenn das soziale Netz aus einzelnen Kategorien besteht, wurden aus ökonomischen Gründen dennoch zusätzlich für weitere Berechnungen alle Personengruppen zusammengefasst und eine neue Variable soziales Netz (*sozNetz*) gebildet, das die Unterstützung durch das gesamte nähere soziale Umfeld erfasst.

Die drei Faktoren Wahrgenommene soziale Unterstützung, Bedürfnis und Suche nach sozialer Unterstützung der Berliner Social Support Scales (BSSS) bewährten sich hinsichtlich ihrer statistischen Kennwerte im Vergleich zu den empirischen Werten der Publikation der Autoren (s. Tabelle T10_), sodass mit ihnen unverändert weitere Berechnungen vorgenommen wurden.

Die Zusammenhänge zwischen den BSSS-Faktoren zum sozialen Bereich waren hochsignifikant (Tabelle T21). Die BSSS-Interkorrelationen hatten mit Werten von $r = .46$ bis $r = .49$ mittlere Stärke, ebenso zwischen sozialem Netz und wahrgenommener sozialer Unterstützung. Die restlichen Zusammenhänge zum sozialen Netz waren dagegen schwächer. Es scheint, dass die Suche und das Bedürfnis nach sozialer Unterstützung auf andere Belange bzw. andere Personen orientiert waren, als sie aus dem bestehenden sozialen Netz wahrgenommen wurden.

Tabelle T21*Interkorrelationen der Summenwerte zum sozialen Bereich*

N = 287	WahrSU	BedSU	SuchSU
soziales Netz	.45**	.28**	.26**
WahrSU		.46**	.49**
BedSU			.46**

Anmerkung. ** $p < .01$. WahrSU = wahrgenommene soziale Unterstützung, BedSU = Bedürfnis nach sozialer Unterstützung, SuchSU = Suche nach sozialer Unterstützung

Bei Differenzierung des sozialen Netzes in die einzelnen Personengruppen zeigten sich die höchsten korrelativen Zusammenhänge mit den BSSS-Faktoren bei den *Freunden*, *Verwandten* und *Insgesamt*. Die ausführlichen Werte sind im Anhang I in Tabelle A54 dargestellt.

Die *wahrgenommene* verwandtschaftliche Unterstützung war mit mittleren Korrelationen am höchsten ($r = .40$, $p < .01$), gefolgt von dem kompletten sozialen Bereich (*Insgesamt*: $r = .40$, $p < .01$). Danach folgten die *Freunde* ($r = .37$, $p < .01$). Der Zusammenhang zum *Bedürfnis* nach sozialer Unterstützung war bei den *Freunden* mit $r = .30$ ($p < .01$) etwas höher als bei den *Verwandten* ($r = .26$, $p < .01$). Niedriger zeigten sich die Zusammenhänge zum *Bedürfnis* nach Unterstützung beim gesamten Umfeld ($r = .18$, $p < .01$) und bei den *Partnern* ($r = .17$, $p < .01$). Für die *Gruppe*, *Ärzte* und *Pfarrer* ergab sich korrelativ kein signifikantes Bedürfnis nach Unterstützung.

Bei *Freunden* ($r = .34$, $p < .01$), *Verwandten* ($r = .30$, $p < .01$) und bei *Insgesamt* ($r = .27$, $p < .01$) ergaben sich ebenfalls positive Zusammenhänge für die *Suche* nach Unterstützung. Nicht signifikant war der Zusammenhang für die *Ärzte* und *Pfarrer* sowie aber auch für die *Gruppe*.

3.1.6 Religiosität

Interkorrelationen auf Itemebene (s. Tabelle T22) wiesen auf starke Zusammenhänge zwischen den Items 4 und 7, die den vierten Faktor bilden, und die Items 5 und 8 aus Faktor 1 hin. Für die Faktoren 1 und 4 wurden also auch in ihren Korrelationen enge Zusammenhänge ermittelt. Die Interkorrelationen der Items für die Faktoren 2 ($r_{(\text{Item } 2 + 3)} = .50$) und 3 ($r_{(\text{Item } 1 + 6)} = .38$) waren ebenso hochsignifikant.

Tabelle T22

Interkorrelationen der Items des MMRI

MMRI-Item-Nr. (N = 287);	2	3	4	5	6	7	8
1 (Faktor 3)	-.02	-.07	.08	.03	.38**	.06	.03
2 (Faktor 2)		.50**	.02	-.06	-.04	.04	-.12
3 (Faktor 2)			.14*	.01	.06	.17**	.02
4 (Faktor 4)				.65**	.34**	.72**	.66**
5 (Faktor 1)					.34**	.71**	.85**
6 (Faktor 3)						.39**	.34**
7 (Faktor 4)							.79**
8 (Faktor 1)							

Anmerkungen. ** $p < .01$, * $p < .05$; Werte ohne * sind nicht signifikant. Die Korrelation der zwei Items, die jeweils einen Faktor bilden, sind in Fettdruck markiert: Item 5 und 8: Faktor 1; Item 2 und 3: Faktor 2; Item 1 und 6: Faktor 3; Item 4 und 7: Faktor 4.

3.1.7 Zufriedenheit und Wohlbefinden

Die Korrelationen zwischen den Items zur Zufriedenheit wiesen durchgängig hochsignifikante Zusammenhänge auf, wobei der körperliche Gesundheitszustand (*Körper*) deutlich die niedrigsten Werte ergab (vgl. Tabelle T23). Die Variable *Körper* wurde daraufhin für die Operationalisierung der latenten Zielvariablen *Wohlbefinden* eliminiert.

Tabelle T23*Korrelative Zusammenhänge zwischen den Zufriedenheitsmaßen*

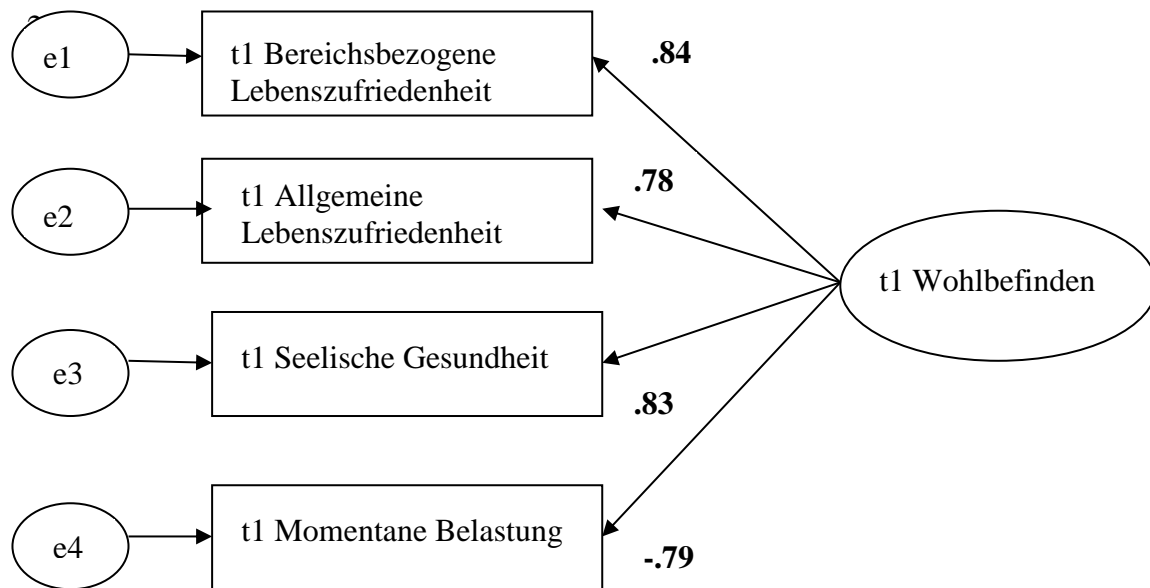
N = 205	t1 Seele	t1 FLZ	t1 Zufried Gesamt	t2 Körper	t2 Seele	t2 FLZ	t2 Zufried Gesamt
t1 Körper	.41**	.33**	.37**	.68**	.39**	.45**	.44**
t1 Seele		.52**	.66**	.35**	.61**	.47**	.52**
t1 FLZ			.70**	.29**	.49**	.63**	.54**
t1 Zufried Gesamt				.26**	.52**	.47**	.54**
t2 Körper					.45**	.51**	.48**
t2 Seele						.59**	.63**
t2 FLZ							.71**

Anmerkungen. ** $p < .01$; Körper = körperlicher Gesundheitszustand, Seele = seelischer Gesundheitszustand; FLZ = bereichsbezogene Lebenszufriedenheit; ZufriedGesamt = allgemeine Lebenszufriedenheit

Die Berechnung des Einflusses der manifesten Zufriedenheitsvariablen auf das Wohlbefinden erfolgte über die Erstellung eines Messmodells mit Hilfe von Amos, einer Software zur Erweiterung des SPSS. Das Modell in Abbildung T4 stellt einen Teil eines Strukturgleichungsmodelles dar.

Die Passung des Modells wurde geprüft durch die zwei Standardwerte (baseline comparisons), den Normed Fit Index (NFI) und den Comparative Fit Index (CFI). Die Anforderungen an die Fitindizes liegen beim $NFI \geq .90$ und beim $CFI \geq .95$. In diesem Modell wurde für den NFI ein Wert von .93 und für den CFI von .94 errechnet, der damit grenzwertig akzeptabel ist. Die Werte erlaubten die Anwendung des Modells.

Die zufriedenstellend hohen positiven Gewichtungswerte bei den Zufriedenheitsmerkmalen ($\geq .78$) sowie der annähernd gleich hohe negative Wert beim aktuellen Belastungsempfinden ($\geq -.79$) bestätigten das Vorgehen bei der Erstellung der latenten Variablen *Wohlbefinden*. Die Variable wurde erstellt, indem – jeweils nach ihrer Standardisierung – die Summe der Items des FLZ (bereichsbezogene Lebenszufriedenheit) mit den Einzelitems zur allgemeinen Lebenszufriedenheit und der Selbsteinschätzung der seelischen Gesundheit summiert und das aktuelle Belastungsempfinden davon abgezogen wurden.



Anmerkungen. Für die bereichsbezogene Lebenszufriedenheit und die momentane Belastung wurden die Summenwerte eingesetzt (*SumFLZ* und *SumBelaM*); e = Fehlerterme, N = 287

Abbildung T4. Modell zum Einfluss von Indikatoren zur Bildung der latenten Variable Wohlbefinden

3.2 Ergebnisse zu den Hypothesen

Da Wohlbefinden nicht statisch, sondern als eine prozessuale Entwicklung verstanden wird, sollte ursprünglich in dieser Arbeit längsschnittlich vorgegangen und versucht werden, die Einflüsse anhand von Strukturgleichungsmodellen mittels Amos zu untersuchen.

3.2.1 Einflussfaktoren für das Wohlbefinden (Hypothese 1)

Zur Ermittlung kausaler Zusammenhänge stellt Amos zahlreiche Gütekriterien (Goodness-of-Fit-Statistiken) zur Verfügung, die jeweils diversen Grundbedingungen für die Güte bzw. Gültigkeit eines Modells unterliegen (Bentler & Bonett, 1980; Hu & Bentler, 1998; Schermelleh-Engel, Moosbrugger & Müller, 2003).

Bei keinem der hierzu entwickelten Strukturgleichungsmodelle konnten - trotz mehrfacher Modifikationen der Modelle – sinnvolle Resultate ermittelt werden. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die ursprünglich unterstellte theoretische Struktur nicht zu den Stichprobendaten passt. Insofern wurde zur Berechnung der Hypothesen auf konventionelle Verfahren übergegangen.

Die allgemeine Fragestellung, wovon Wohlbefinden beeinflusst wird bzw. was Menschen in außergewöhnlichen Lebenssituationen hilft, wurde als erste Hypothese wie folgt konkretisiert:

Hypothese 1:

Persönliches Wohlbefinden wird positiv beeinflusst von sozialer Unterstützung, Zugehörigkeit zu einer sozialen Gemeinschaft, Persönlichkeitsfaktoren wie Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeitserwartungen, Flexibilität bzw. Tenazität und religiösen Einstellungen auf der Grundlage eines positiven Gottesbildes.

Zur Untersuchung der Hypothese wurden Korrelations- und Regressionsanalysen durchgeführt.

3.2.1.1 Korrelative Zusammenhänge zum Wohlbefinden

Für die erste Hypothese wurden die korrelativen Zusammenhänge der Merkmale zum Wohlbefinden für beide Befragungszeitpunkte erhoben sowie die Differenz zwischen den beiden Befragungen (*Wohlbefinden t2 – t1*) geprüft, um Zusammenhänge zu potentiellen Veränderungen erfassen zu können. Die Zusammenstellung der Korrelationen ist komplett im Anhang I in Tabelle A64 zu finden. Zunächst wurden die Korrelationen von Wohlbefinden zu den demographischen Variablen, zur Anzahl der Auslöser und die zeitliche Distanz dazu berechnet.

Mit schwachen Zusammenhängen zeigten sich bei t1 positive Zusammenhänge zwischen dem Wohlbefinden und dem Alter ($r = .17, p < .01$) sowie der zeitlichen Distanz zu dem oder den Auslösern ($r = .27, p < .01$). Mit zunehmendem Alter und größerem zeitlichen Abstand nahm also das Wohlbefinden zu. Bei t2 ergab sich zudem ein positiver Zusammenhang zum Schulabschluss ($r = .16, p < .05$).

Das bedeutet: Bei den Probanden, die auch bei t2 teilgenommen hatten, hing höheres Wohlbefinden mit höherer Schulbildung zusammen.

Die Einschätzung der Belastungsmerkmale war erwartungsgemäß negativ mit dem Wohlbefinden korreliert. Zur besseren Übersichtlichkeit sind die einzelnen Werte noch einmal gesondert in Tabelle T24.1 dargestellt.

Negative Zusammenhänge zwischen Belastung bzw. Beeinträchtigung und dem Wohlbefinden betrafen sowohl die retrospektive als auch die aktuelle Einschätzung. Der starke negative Zusammenhang zwischen Belastung und Wohlbefinden stellt einen Trivialeffekt dar und wird an dieser Stelle nicht weiter diskutiert.

Tabelle T24.1

Signifikante korrelative Zusammenhänge zwischen Wohlbefinden (WB) und den Merkmalen zur Belastung und Beeinträchtigung zu verschiedenen Zeitpunkten

Merkmale zur Belastungs- + Beeinträchtigung	WB t1 N = 287	WB t2 N = 205	WB Diff. N = 205
Belastung vorher (<i>BelaV</i>)	-.23**	-.27**	-.06
Belastung zu Beginn (<i>BelaB</i>)	-.23**	-.14*	.08
Belastung momentan (<i>BelaM</i>)	-.82**	-.59**	.35**
Belastung Differenz(<i>BelaDiff</i>)	-.41**	-.38**	.11
Beeinträchtigung (<i>B</i>) aktuell	-.49**	-.40**	.17*

Anmerkungen. ** $p < .01$, * $p < .05$, Werte ohne * sind nicht signifikant; *BelaDiff* = *BelaM* – *BelaV*; WB Diff = Wohlbefinden t2 – t1.

In den frei formulierten Antworten der Teilnehmer zur Frage nach Unterstützung³⁴ wurden das professionelle Netz (*profNetz*) und die Maßnahme der *Ablenkung* zwar als größte Hilfen genannt, standen aber gleichwertig in negativem Zusammenhang zum Wohlbefinden ($r = -.14$, $p < .05$).

³⁴ s. Frage 1.5 (Was hat Ihnen am meisten geholfen, damit zurecht zu kommen?) und Frage 1.6 (Was hat Ihnen außerdem geholfen?)

Bei Differenzierung in die einzelnen Auslöser wurde ein negativer Zusammenhang zwischen *Ablenkung* und einer eigenen *Erkrankung* von $r = -.16$ ($p < 0.1$) ermittelt, was die These stützt, dass Ablenkung als defensive und passive Strategie bei lang andauernden Krisen weniger genutzt wird³⁵. Passend dazu ist dagegen der positive Zusammenhang zwischen dem Auslöser *Trennung* und *Ablenkung* ($r = .16$, $p < .01$). Bei zeitlich begrenzten Krisen, wie es nämlich *Trennungen* im Allgemeinen darstellen, haben sich Ablenkungsstrategien bewährt (Huffziger, Reinhard & Kuehner, 2010; s. Kap. 1.2.3).

Entgegen der Annahmen hatte die Partizipation an Gruppierungen (*Teilnahme*) als Summenwert für das Wohlbefinden keine Bedeutung. *Engagement* stand korrelativ nur bei t1 und nur in einem schwachen signifikanten Zusammenhang zum Wohlbefinden ($r = .15$, $p < .05$).

Der hypothetisch angenommene positive Zusammenhang der Persönlichkeitsvariablen zum Wohlbefinden (vgl. Kap. 1.3) war hochsignifikant hypothesenkonform. Die Zusammenhänge der Persönlichkeitsvariablen zum Wohlbefinden sind gesondert in Tabelle T24.2 dargestellt.

³⁵ Ein großer Teil der Stichprobe stammt aus Selbsthilfegruppen, bei sich die Teilnehmer ohnehin thematisch mit längerfristigen Krisen, wie z.B. manifesten Erkrankungen, beschäftigen.

Tabelle T24.2

Korrelative Zusammenhänge zwischen Wohlbefinden (WB) und Persönlichkeitsvariablen zu verschiedenen Zeitpunkten

Persönlichkeitsmerkmale	t1 WB N = 287	t2 WB N = 205	Diff WB N = 205
Kontrollüberzeugung Zufall (<i>KÜZufall</i>)	-.10	-.18*	-.09
Kontrollüberzeugung eigene Fähigkeit (<i>KÜFähig</i>)	.24**	.22**	-.04
Selbstwirksamkeit (<i>SWE</i>)	.45**	.33**	-.24**
Flexibilität (<i>Flex</i>)	.60**	.41**	-.24**
Tenazität (<i>Ten</i>)	.24**	.24**	-.15*
Ten x Flex	.52**	.39**	-.23**

Anmerkungen. ** $p < .01$, * $p < .05$, Werte ohne * sind nicht signifikant. WB Diff = Wohlbefinden $t2 - t1$; Ten x Flex = multiplikative Verknüpfung von Tenazität und Flexibilität.

Der stärkste Zusammenhang zeigte sich für die Variable Flexibilität ($r = .60$, $p < .01$). Auch die Selbstwirksamkeitserwartung stand in starker Beziehung zum Wohlbefinden ($r = .45$, $p < .01$). Etwas geringer, aber dennoch hypothesenkonform fiel die Korrelation zur Tenazität ($r = .24$, $p < .01$) aus. Die Bedeutung der Flexibilität ließ zum Zeitpunkt minimal $t2$ nach. Der Zusammenhang zur Tenazität bei $t2$ blieb unverändert. Auch der Zusammenhang zur Selbstwirksamkeit sank zu $t2$ ab.

Die Differenz im Wohlbefinden (*DiffWB*) stand in deutlichem negativen Zusammenhang sowohl zur Flexibilität als auch zur Selbstwirksamkeit ($r = -.24$, $p < .01$). Auch die Tenazität korrelierte negativ mit der Differenz im Wohlbefinden ($r = -.15$, $p < .05$), was im weiteren Verlauf der Studie regressionsanalytisch überprüft wurde (s. RA 1- stepwise, Tabelle T25, S. 99).

Tenazität und Flexibilität korrelierten mit einem Wert von $r = .20$ ($p < .01$) miteinander (vgl. Kapitel 2.3.4.3). In Anbetracht möglicher Wechselwirkungen von Flexibilität und Tenazität wurde das Produkt der beiden Variablen (*Ten x Flex*) ebenso mit Wohlbefinden korreliert (s. Bak & Brandtstädter, 1998; Kap. 1.3.3). Der Zusammenhang lag bei $t1$ bei $r = .52$ ($p < .01$), mit $r = .39$ ($p < .01$) bei $t2$.

Der Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und der Kontrollüberzeugung eigene Fähigkeiten (*KÜFähig*) war ebenso positiv und lag bei $r = .24$ ($p < .01$) bei t1 bzw. $r = .22$ ($p < .01$) bei t2.

Ein schwacher Zusammenhang ergab sich zwischen der Kontrollüberzeugung Zufall (*KÜZufall*) mit Wohlbefinden bei t2 ($r = -.15$; $p < .05$). Je geringer der Einfluss des Zufalls (bzw. Schicksal, Glück oder Pech) eingeschätzt wurde, desto größer war das Wohlbefinden, was aber nur für t2 signifikant war³⁶.

Der Einfluss anderer Personen auf das Wohlbefinden zeigte sich bei der Variable soziales Netz (*sozNetz*) bei t1 mit $r = .25$ (bzw. $r = .21$ bei t2) sowie bei der wahrgenommenen sozialen Unterstützung (*WahrSU*; r bei t1 = $.32$ bzw. $r = .15$) – jeweils auf dem 1%-Niveau signifikant. Die Zusammenhänge werden im Anhang I tabellarisch dargestellt (Tab. A64). Obwohl der Zusammenhang von Bedürfnis nach sozialer Unterstützung (*BedSU*) und Wohlbefinden bei t1 mit $r = .22$ ($p < .01$) korrelierte, galt das nicht für t2 und auch nicht für die Suche nach sozialer Unterstützung (*SuchSU*). Bei den Antworten zur Frage nach der größten Hilfe wurde der soziale Kontext nicht signifikant erwähnt.

Bei Ausdifferenzierung des sozialen Netzes in die einzelnen Personengruppen in Beziehung zum Wohlbefinden zeigten sich schwache Korrelationen, die sich bei allen Variablen nur geringfügig änderten. Außer bei den *Freunden* nahmen die Zusammenhänge minimal zur zweiten Befragung ab. Die Korrelation zwischen den Variablen *Freunden* und Wohlbefinden lag bei $r = .19$ ($p < .01$) bei t1 und bei $r = .23$ ($p < .01$) bei t2. Das bedeutet einen geringfügigen Anstieg des Zusammenhanges von der Kategorie *Freunde* zum Wohlbefinden im zeitlichen Verlauf. Bei t2 waren nur noch die Zusammenhänge zwischen *Partnern*, *Freunden* und *Insgesamt* zum Wohlbefinden signifikant.

Für die Kategorie *Ärzte* konnte gar kein bedeutsamer Beitrag am Wohlbefinden festgestellt werden, dafür ergab sich für die *Ärzte* eine positive Korrelation zur Differenz im Wohlbefinden ($r = .15$; $p < .05$).

³⁶ Die Korrelation zwischen *KÜZufall* und SWE lag bei $r = .09$, d.h. es lag kein signifikanter Zusammenhang vor - s. Tab. A45.

Bei der Kategorie der *Pfarrer* sanken die Werte zum Wohlbefinden von $r = .21$ ($p < .01$) auf $r = .00$ bei t_2 eklatant ab. Die anfängliche Bedeutung der *Pfarrer* für das Wohlbefinden reduzierte sich vollständig, was sich auch in der Variable der Veränderungen im Wohlbefinden andeutete ($r = -.21$, $p < .01$).

Im Rahmen des sozialen Kontextes sind *Ärzte* und *Pfarrer* dem professionellen Netz (*profNetz*) zuzurechnen. Beim Auftreten einer eigenen *Erkrankung* wurde für die professionellen Helfer ein positiver Zusammenhang von $r = .20$ ($p < .05$) als weitere Hilfestellung errechnet. Bei *Konflikten* wurden professionelle Helfer als größte Unterstützung genannt ($r = .14$, $p < .05$), bei *Trennung* waren die Werte dagegen negativ ($r = -.13$, $p < .05$).

Religion hatte gerade als größte Hilfe bei dem Thema *Tod* eine besondere Bedeutung, sichtbar auch in den unterschiedlichen Werten zum Einfluss der *Pfarrer* für die beiden Messzeitpunkte. Die Korrelation zwischen dem Auslöser *Tod* und *Religion* als größte Hilfe lag bei $r = .13$ ($p < .05$) und als weitere Hilfen wurde ein Zusammenhang von $r = .26$ ($p < .01$) errechnet.

Die MMRI-Skala 1: „*Beziehung zu Gott als Quelle von Kraft und Selbstvertrauen*“, die inhaltlich Dank und Verehrung gegenüber Gott³⁷ ausdrückt, stand zum ersten Befragungszeitpunkt mit einem Wert von $r = .15$ ($p < .01$) in positivem Zusammenhang zum Wohlbefinden. Dies entfiel bei t_2 ($r = .06$) und war nicht mehr signifikant. Skala 1 korrelierte zudem mit $r = .13$ ($p < .05$) signifikant positiv mit dem Auslöser *Tod*.

MMRI-Skala 2: „*gerechtigkeitsorientierte Kontrolle*“ korrelierte demgegenüber negativ sowohl bei t_1 ($r = -.32$, $p < .01$) als auch bei t_2 ($r = -.27$, $p < .01$) mit Wohlbefinden, was wiederum den Annahmen entsprach. Denn dass die Vorstellung von einem ungerechten Gott nicht förderlich für das Wohlbefinden ist, ist plausibel. Oder - umgekehrt formuliert - ist es naheliegend, dass je weniger man sich Gott als bedrohlich und bestrafend vorstellt, desto förderlicher sind die Auswirkungen auf das Wohlbefinden.

³⁷ Auf die ausführliche Formulierung im Original, die außer Gott auch noch eine höhere Wirklichkeit mit einbezieht, wird zur sprachlichen Vereinfachung in dieser Darstellung verzichtet.

Dies gilt in besonderem Maß, wenn das Zustandekommen des als Strafe erlebten Ereignisses nicht erklärt werden kann, wie es in Skala 2 des MMRI formuliert ist (Item 2: Ich frage mich, warum mir manchmal schlimme Dinge zustoßen, obwohl ich mich um das Gute bemühe; Item 3: Wäre ich plötzlich schwer krank oder behindert, so würde ich Gott bzw. eine höhere Wirklichkeit fragen: „Warum gerade ich?“). Je weniger man sich Gott als bedrohend und bestrafend vorstellt, desto höher ist das Wohlbefinden

Die Skala 3: „*Kooperative Kontrolle*“ war mit $r = .22$ ($p < .01$) bei t1 und $r = .17$ ($p < .05$) bei t2 wiederum positiv korreliert mit Wohlbefinden. Diese Skala steht inhaltlich in engem Bezug zur Selbstwirksamkeit, indem das eigene Handeln als Basis dafür verstanden wird, dass daraufhin die Unterstützung von Gott folgen kann - vgl. Item 1: Hilf dir selbst, dann hilft dir Gott ...; sowie Item 6: Ich muss selbst handeln, damit mich Gott ... unterstützen kann. Dazu passt auch die positive Korrelation zwischen der *Selbstwirksamkeit* und der *MMRI-Skala 3*, die hochsignifikant bei $r = .20$ ($p < .01$) lag.

In analoger Weise korrelierte die *Selbstwirksamkeit* negativ mit der MMRI-Skala 2 ($r = -.21$, $p < 0.1$). Je niedriger die eigenen Einflussmöglichkeiten eingeschätzt wurden, desto größer war der Zusammenhang zum Vorliegen eines negativen Gottesbildes - quasi als Umkehrschluss zu den Ergebnissen zu den anderen Faktoren des MMRI.

Die vierte MMRI-Skala „*religiös-intellektuelle Verantwortung*“, bei der das (positive) Gottesbild Grundlage für altruistische Beziehungsgestaltungen zu anderen Personen ist (vgl. Cordes, 2008; Kap. 1.6), ergab sich ein positiver Zusammenhang zum Wohlbefinden von $r = .15$ ($p < .05$) bei t1. Eine verantwortungsorientierte religiöse Haltung steht in Zusammenhang mit Wohlbefinden.

Mit der Variable Veränderungen im Wohlbefinden (*DiffWB*) wurde der Beitrag der Merkmale im zeitlichen Vergleich korrelativ getestet. Mit den gleichen Variablen wurde danach regressionsanalytisch vorgegangen.

3.2.1.2 Regression für das Kriterium Veränderungen im Wohlbefinden

Durch die erste Regressionsanalyse (RA 1- blockwise)³⁸ unter Einbeziehung aller Variablen, aufgenommen über die Einschluss-Methode und der Differenz im Wohlbefinden als Kriterium, konnten 68% der Veränderungen im Wohlbefinden erklärt werden. Die aktuelle Belastung hatte dabei trivialerweise mit Abstand das höchste negative Gewicht für die Verbesserung des Wohlbefindens ($\beta = -.85, p < .01$).

Mit der Einbeziehung neuer Variablen änderten sich die Wertigkeiten einzelner theoretisch sinnvoller Prädiktoren. Manche Prädiktoren fielen aus dem Modell heraus, obwohl ihnen zuvor eine hohe Bedeutung zugerechnet wurde. Andere, die keinen oder nur geringen korrelativen Zusammenhang aufwiesen, wurden aufgenommen. Das vollständige Modell hierzu ist im Anhang I Tabellen A65 bis A68 detailliert wiedergegeben.

In einer weiteren Berechnungsvariante wurde schrittweise vorgegangen, um sich auf den jeweils zunehmenden Informationsgewinn zu fokussieren und die Interpretierbarkeit zu erhöhen (RA 1- stepwise). Für die abhängige Variable Veränderungen im Wohlbefinden (*WBDiff*) wurden als erstes die Basisvariablen *Alter*, *Geschlecht* und die Grundstimmung (*BelaV*) aufgenommen.

Es folgten die Belastungsmerkmale zeitlicher Abstand zum Auslöser (*Distanz*), Anzahl der Auslöser (*Summe Auslöser*), die Beeinträchtigung am Höhepunkt (*BHöhepunkt*), das Belastungsempfinden zu Beginn der Krise (*BelaB*) sowie die Differenz im Belastungserleben (*BelaDiff*).

Im nächsten (dritten) Block wurde lediglich die aktuelle Belastung (*BelaM*) von t_2 eingegeben. Block vier beinhaltete die Aufnahme der internen Kontrollüberzeugungen (*KÜint*), Selbstwirksamkeit (*SWE*), Flexibilität (*Flex*) und Tenazität (*Ten*).

Der soziale Bereich und die religiösen Einstellungen kamen in Block 5 dazu: soziales Netz, BSSS und MMRI 1 bis 4. Aufgrund der Annahme eines wechselseitigen Zusammenwirkens von Selbstwirksamkeit bei gleichzeitiger Unterstützung durch das soziale Netz (s. Kap.1.5) sowie die theoretisch angenommenen partiell antagonistischen

³⁸ Das Kürzel *RA 1- blockwise* dient zur leichteren Orientierung als Abkürzung für Regressionsanalyse, Abfolge der Analyse und Methode der Aufnahme.

Einflüsse von Tenazität und Flexibilität (s. Kap. 1.3.3 und Tab. T24.2) wurden in den sechsten Block die jeweiligen multiplikativen Verknüpfungen *SWE x sozNetz* sowie *Ten x Flex* integriert. Im siebten und letzten Block kamen jeweils die Summenwerte von Teilnahme und Engagement hinzu (*SumT* und *SumE*).

Bei dieser Berechnungsvariante verblieben noch drei Variablen, die insgesamt 39% der Varianz der Differenz im Wohlbefinden aufklärten (Tabelle T25).

Tabelle T25

Zusammenfassung der RA 1-stepwise: Hierarchische Regression der Steigerung des Wohlbefinden (t2 – t1).

Modell	Aufgenommene Variablen Methode: stepwise	F	R ²	ΔR ²
1	Momentane Belastung (t2): $\beta = -.40^{**}$	33.57 (df = 1/180)	.16	
2	Flexibilität: $\beta = -.48^{**}$			
	Momentane Belastung (t2): $\beta = -.59^{**}$	48.98 (df = 2/179)	.35	.20 ^{**}
3	Selbstwirksamkeit: $\beta = -.22^{**}$			
	Momentane Belastung (t2): $\beta = -.61^{**}$			
	Flexibilität: $\beta = -.37^{**}$	37.37 (df = 3/178)	.39	.03 ^{**}

Anmerkungen. ^{**} $p < .01$, ^{*} $p < .05$, ΔR^2 = Steigerung in R^2

Wie schon in den Korrelationen zeigte sich auch hier der sehr hohe negative Einfluss der momentanen Belastung (*BelaM t2*) auf die Veränderung im Wohlbefinden. Ein höheres aktuelles Belastungserleben ging demnach mit einer Verringerung im Wohlbefinden einher. Sowohl die Variablen *Flexibilität* ($\beta = -.37$, $p < .01$) als auch *Selbstwirksamkeit* ($\beta = -.22$, $p < .01$) hatten ebenso signifikant negative, aber geringere Bedeutungen für Veränderungen im Wohlbefinden (vgl. die korrelativen Ergebnisse in Tabelle T24.2).

Über die Richtung der Veränderung – Verbesserung oder Verschlechterung – kann korrelativ und regressionsanalytisch keine Aussage getroffen werden. In dieser Studie wurde eine tendenzielle Verringerung der Zufriedenheitswerte ermittelt (s. Kap. 2.3.7).

Weitere Prädiktoren hatten gar keinen bedeutsamen Einfluss bzw. standen in keiner Beziehung - vgl. Tabellen A69 bis A72. Dies weist darauf hin, dass die entsprechenden Zusammenhänge auch durch die anderen Variablen abgebildet werden, sofern signifikante Korrelationen vorlagen.

3.2.1.3 Regressionsanalyse für das Kriterium Wohlbefinden (t1)

In den vorangegangenen Kapiteln lag der Fokus auf der Bedeutung der erhobenen Variablen für die *Differenz* im Wohlbefinden zwischen den Befragungen. Als nächsten Schritt wurde mit der Methode der schrittweisen Selektion der Beitrag der Prädiktoren direkt zum Kriterium Wohlbefinden für den ersten Befragungszeitpunkt durch eine weitere multiple Regressionsanalyse ermittelt (RA 2).

Hierbei wurden in Block 1 analog zur RA 1 die Basisvariablen aufgenommen. In Block 2 kamen die Persönlichkeitsvariablen dazu. Es folgten die Merkmale zum sozialen Kontext, zur Religiosität und schließlich die Summenwerte zur Teilnahme sowie Engagement für eine Gruppe.

Außer der Grundstimmung (*BelaV* = Belastungsempfinden vor der Krise) in Block 1 wurden die anderen Belastungs- und Beeinträchtigungsvariablen aus der Analyse entfernt, um eine Erhöhung der Varianz durch Trivialeffekte zu vermeiden, wie sie in RA 1 ermittelt wurden.

Die Berechnung ist hier im Text (Tabelle T26) sowie im Anhang I detailliert tabellarisch zusammengefasst dargestellt (Tabellen A73 bis A76). In sieben Schritten wurden damit 49% der Varianz erklärt.

Tabelle T26

Zusammenfassung der RA 2: Hierarchische Regression für Wohlbefinden (*t1*)

Modell	Signifikante aufgenommene Variablen Methode: stepwise	F	R ²	ΔR ²
1	Belastung vor der Krise: $\beta = -.24^{**}$	14.64 (df = 1/248)	.05	
2	Belastung vor der Krise: $\beta = -.22^{**}$ Alter: $\beta = .16^{**}$	10.96 (df = 2/247)	.07	.03
3	Flexibilität: $\beta = .61^{**}$	57.76 (df = 3/246)	.41	.33
4	Flexibilität: $\beta = .52^{**}$ Selbstwirksamkeit: $\beta = .16^{**}$	46.31 (df = 4/245)	.42	.02
5	Flexibilität: $\beta = .52^{**}$ Selbstwirksamkeit: $\beta = .17^{**}$ Kontrollüberzeugung Andere: $\beta = .11^*$	38.60 (df = 5/244)	.43	.01
6	Flexibilität: $\beta = .49^{**}$ Selbstwirksamkeit: $\beta = .14^*$ Kontrollüberzeugung Andere: $\beta = .05^*$ Wahrgenommene soz. Unt.: $\beta = .22^{**}$	37.99 (df = 6/243)	.47	.04
7 ^a	Belastung vor der Krise: $\beta = -.04$ Alter: $\beta = .07^{**}$ Flexibilität: $\beta = .45^{**}$ Selbstwirksamkeit: $\beta = .12^*$ Kontrollüberzeugung Andere: $\beta = .06$ Wahrgenommene soz. Unt.: $\beta = .24^{**}$ MMRI Skala 2: $\beta = -.14^{**}$	34.72 (df = 7/242)	.49	.02

Anmerkungen. $** p < .01$, $* p < .05$, $\Delta R^2 =$ Steigerung in R^2 . ^a: Darstellung aller vorher signifikanten Variablen

Hypothesenkonform und analog der Korrelationsanalysen wirkten die Persönlichkeitsmerkmale Flexibilität, Selbstwirksamkeit und die wahrgenommene soziale Unterstützung positiv auf das Wohlbefinden. Der negative Wert der MMRI-Skala 2 entsprach ebenso den Erwartungen und Annahmen.

Andere Religiositätsmerkmale hatten keinen Einfluss. Das Belastungsempfinden vor der auslösenden Situation, das Alter und die Kontrollüberzeugung *Andere* verloren ihre anfängliche Signifikanz und spielten letztendlich keine Rolle mehr. Teilnahme und Engagement als Summenwert leisteten keinen erkennbaren Beitrag zum Wohlbefinden, wie schon auch in den Korrelationen ersichtlich wurde (vgl. Kap. 3.2.1.2 - vgl. Tabelle T24.1 und T24.2).

Über eine weitere Regression für Wohlbefinden (RA 3) wurden anstelle der Summenwerte für die Variablen Teilnahme und Engagement die Gruppen getrennt aufgenommen. Erfasst wurden hierfür der wöchentliche Zeitaufwand für die Teilnahme (*TZeit*) bzw. das Engagement (*EZeit*).

Es ergaben sich lediglich zwei schwache Einflüsse auf das Wohlbefinden bei der Teilnahme an musikalischen Gruppen (*TZeitMusik*: $\beta = .08$, $p < .05$) und an Gesprächskreisen (*TZeitGespräch*: $\beta = .07$, $p < .05$). Das Engagement leistete bei t1 in keiner Gruppe einen signifikanten Beitrag (vgl. Tabellen A77 - A80).

Korrelativ zeigten sich dagegen bei drei Gruppierungen signifikante Zusammenhänge: Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen (*TZeitSH*) hing mit einer Korrelation von $r = -.16$ ($p < .01$) hochsignifikant negativ mit dem Wohlbefinden zusammen.

Bzgl. des Engagements standen bei t2 die religiösen (*EZeitReligiös*; $r = .12$; $p < .05$) und die sonstigen Gruppen (*EZeitSonstiges*; $r = .15$; $p < .01$) in signifikanter positiver Korrelation. Darüber hinaus ergaben sich keine weiteren signifikanten korrelativen Zusammenhänge.

3.2.1.4 Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 1

Bei allen Berechnungsvarianten zeigte sich, dass persönliches Wohlbefinden maßgeblich mit den Persönlichkeitsmerkmalen Flexibilität und Selbstwirksamkeit positiv korreliert. Die Persönlichkeitsmerkmale stehen dafür in negativem Zusammenhang zu *Veränderungen* im Wohlbefinden. D. h. die hier festgestellte *Steigerung* des Wohlbefindens war umso geringer - und im Durchschnitt sogar negativ (was eine Verschlechterung bedeutet), je höher die eigenen Einflussmöglichkeiten eingeschätzt wurden (s. S. 99; vgl. auch RA 1 und Korrelationen Tabelle T24.2).

Zwar tragen Flexibilität und Selbstwirksamkeit offenbar zur Verschlechterung des Wohlbefindens zwischen den beiden Befragungszeitpunkten bei, weil damit womöglich die Erwartung der eigenen Wirksamkeit in Frage gestellt wird, aber zu beiden Zeiten überwiegen immer noch ganz deutlich die positiven Wirkungen.

Die Verringerung des Wohlbefindens von t1 zu t2 wird in Hypothese 3 mittels eines t-Tests geprüft (s. S. 118).

Tenazität und Flexibilität gelten als antagonistische Mechanismen, sodass die hohe Ausprägung der Flexibilität beim Wohlbefinden mögliche Effekte der Tenazität reduzieren kann. Ein Moderatoreffekt zwischen den Mechanismen wurde in dieser Studie nicht festgestellt.

Der negative Zusammenhang zwischen der Kontrollüberzeugung Zufall mit Wohlbefinden wurde zum Zeitpunkt t2 im Gegensatz zu t1 signifikant ($r = -.10$ bei t1; $r = -.18$, $p < .05$ bei t2). Der Zufallsfaktor (Glück, Pech, Schicksal, o. ä.) gewinnt mit seinem negativen Einfluss auf das Wohlbefinden an Bedeutung, bzw. je geringer die Bedeutung des Faktors eingeschätzt wurde, umso höher war das Wohlbefinden.

Die Entwicklung des Wohlbefindens im Alter bestätigten die Ausführungen aus dem Kapitel 1.2. In der vorliegenden Studie zeigte sich nämlich, dass mit zunehmendem Alter und größerem zeitlichen Abstand zum Auslöser das Wohlbefinden anstieg. Es ist nachvollziehbar, dass Krisen, die längere Zeit zurückliegen, als weniger belastend erlebt werden.

Geschlechterdifferenzen, die auch mehrfach in der Literatur nachgewiesen wurden (vgl. z. B. Kap. 1.2), waren dagegen in dieser Studie nicht festzustellen. Möglicherweise lässt sich die fehlende Signifikanz bei der Untersuchung der Geschlechterdifferenzen auf den geringen Anteil an Männern bei der Stichprobe mit zurückzuführen (72% Frauen vs. 28% Männer bei t1; s. Tab. A4).

Ein wie auch immer geartetes soziales Engagement hatte in dieser Arbeit keinerlei Bedeutung für das Wohlbefinden. Die Partizipation an Gruppen in Form einer Teilnahme zeigte sich lediglich bei musikalischen Gruppen und Gesprächskreisen positiv für das Wohlbefinden. Zu beachten ist hierbei, dass gerade bei den genannten Zusammenkünften Teilnahme und Engagement ohnehin nicht angemessen differenziert werden konnten, da die Zugehörigkeit in einigen Fällen häufig über die bloße Anwesenheit hinausging. Die Grenze zum Engagement war demnach unscharf.

Dagegen schien die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe beeinträchtigend *nicht* förderlich für das eigene Wohlbefinden zu sein, wie es sich korrelativ zeigte. Der schwache, aber signifikante negative Zusammenhang ($r = -.16, p < .05$) könnte zum einen damit zu tun haben, dass der Kontakt mit Personen mit gleicher Problematik das eigene psychische Gleichgewicht bei ansonsten adäquatem Wohlbefinden verunsichert. Zum anderen kann das Ergebnis aber auch so verstanden werden, dass bei gutem Wohlbefinden trotz der vorliegenden Problematik womöglich gar kein Anschluss an eine Selbsthilfegruppe angestrebt wurde.

3.2.2 Einflussfaktoren für soziales Engagement (Hypothese 2)

Auch wenn – wie sich gezeigt hat – soziales Engagement nicht maßgeblich mit Wohlbefinden in Zusammenhang stand, stellte sich dennoch die Frage, von welchen Faktoren die Entscheidung für Engagement beeinflusst wurde. In der zweiten Hypothese wechselte insofern der Blickwinkel, und das soziale Engagement wurde zum Kriterium. Dazu wurde im weiteren Verlauf der Studie Engagement mit und ohne Anschluss an eine soziale Gruppe zusammen behandelt.

Hypothese 2

Soziales Engagement wird positiv beeinflusst durch Faktoren wie soziale Unterstützung, Persönlichkeitsmerkmale, religiöse Einstellungen sowie Lebenszufriedenheit.

3.2.2.1 Korrelative Zusammenhänge zum sozialen Engagement

Die zweite Hypothese war wieder in mehrere Unterhypothesen unterteilt. Zunächst wurde angenommen, dass soziales Engagement durch Aspekte sozialer Unterstützung motiviert ist (s. Kap. 1.4).

Hypothese 2.1: Soziale Unterstützung steht in positivem Zusammenhang mit sozialem Engagement.

Dies traf korrelativ für den Bereich der *Gruppe* zu ($r = .20, p < .01$). Durch ein Engagement für die Personen (z. B. bei Selbsthilfegruppen) oder für Inhalte und Ziele der Gruppe (z. B. politische Vereinigungen, Bürgerinitiativen o.ä.) wurde das eigene Wohlbefinden im Sinne eines Gebens und Nehmens gefördert.

Ein weiterer positiver signifikanter Zusammenhang zum Engagement bestand zur Gruppe der *Pfarrer* und Seelsorger ($r = .19, p < .01$), Personen, bei denen mitmenschliches Verhalten im Umgang mit anderen ohnehin vorausgesetzt wird. Das Engagement der Probanden in diesem Bereich kann womöglich als zusätzliche seelsorgerische Unterstützung verstanden werden und damit im Sinne von sinnvollen Tätigkeiten das eigene Wohlbefinden fördern, zumal es sich dabei auch zumeist um sozial erwünschte Tätigkeiten handeln dürfte.

Bei dem restlichen Bereich des sozialen Netzes waren die Zusammenhänge zum Engagement nicht signifikant. Die Berliner Skalen zur sozialen Unterstützung (BSSS) ließen auch keinen Zusammenhang zum sozialen Engagement erkennen. Weiteren Aufschluss gibt Tabelle T27.

Tabelle T27

Korrelative Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und sozialem Engagement

soziale Unterstützung (N = 287)	soziales Engagement
Soziales Netz (Summe)	.12
Partner	.08
Verwandte	-.01
Freunde	-.01
Gruppe	.20**
Ärzte	.10
Pfarrer	.19**
Insgesamt	-.00
wahrgenommene soziale Unterstützung	-.00
Bedürfnis nach sozialer Unterstützung	-.07
Suche nach sozialer Unterstützung	-.08

Anmerkungen. ** $p < .01$, * $p < .05$; Werte ohne * sind nicht signifikant.

Durch die Ausführungen in Kapitel 1.4 wurde weiterhin angenommen, dass die Entscheidung für oder gegen soziales Engagement auch von Persönlichkeitseigenschaften beeinflusst wurde. Wo sich selbst eigene Handlungsmöglichkeiten zugesprochen wurden, wurde eine größere Bereitschaft für soziales Engagement erwartet als bei Personen, die keine Einflussmöglichkeiten für sich sahen (s. Tab. T27).

Die deskriptiven Daten aus Kapitel 3.1.3.3.2 (S. 82) stützten diese Erwartungen. Als die häufigsten Gründe, sich sozial zu engagieren, wurden die *Hilfe für andere*, die *Übernahme von sozialer Verantwortung* und die *Möglichkeit, etwas verändern bzw. bewirken zu können*, genannt. Die dazugehörige Unterhypothese lautete:

Hypothese 2.2: Die Persönlichkeitseigenschaften Tenazität, Flexibilität, Selbstwirksamkeit sowie den Kontrollüberzeugungen Fähigkeit und Ziele stehen in positivem Zusammenhang zu sozialem Engagement.

Die Beziehungen in diesem Bereich waren nur teilweise und dann insgesamt auch nur schwach ausgeprägt. Ein signifikanter Zusammenhang zum sozialem Engagement bestand mit jeweils $r = .14$ ($p < .05$) für die Tenazität und Selbstwirksamkeit, nicht aber für die Flexibilität.

Anders als hypothetisch erwartet, zeigte sich eine hochsignifikante Beziehung zur Kontrollüberzeugung Umwelt ($r = .16$, $p < .01$). Umweltfaktoren, wie z. B. auch Zielen und Inhalten der Gruppe, zeigte sich ebenso ein positiver Einfluss auf die Entscheidung für soziales Engagement wie der Einschätzung der eigenen Wirksamkeit, der Hartnäckigkeit und Durchhaltevermögen (Tenazität); vgl. Tab. T28.

Tabelle T28

Korrelative Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsvariablen und sozialem Engagement

Persönlichkeitsvariablen (N = 287)	soziales Engagement
Flexibilität	.11
Tenazität	.14*
Selbstwirksamkeit	.14*
Kontrollüberzeugung Zufall	-.06
Kontrollüberzeugung Fähigkeit	.04
Kontrollüberzeugung Andere	.02
Kontrollüberzeugung Umwelt	.16**
Kontrollüberzeugung Ziele	.05

Anmerkungen. ** $p < .01$, * $p < .05$; Werte ohne * sind nicht signifikant.

Unter der Voraussetzung positiver religiöser Einstellungen, die von einem gütigen, stützenden und hilfreichen Gott ausgehen, ist es naheliegend, dass eine grundsätzliche Bereitschaft zu sozialem Engagement vorliegt – wie in den MMRI-Skalen 1 und 3, in denen sowohl Dank und Verehrung als auch Unterstützung bei eigenem Handeln fokussiert wird, und wie es sich auch korrelativ bei dem Zusammenhang mit der Gruppe der Seelsorger gezeigt hat (Tab. T27).

Insbesondere für den vierten Faktor (religiös-intellektuelle Verantwortung), in dem die Verantwortlichkeiten für andere mit einfließen, wurde ein positiver Zusammenhang angenommen. Wenn allerdings ein strafendes Gottesbild vorherrscht (MMRI 2), wurde ein negativer Zusammenhang zu Engagement für andere vermutet.

Hypothese 2.3: Die MMRI-Faktoren 1, 3 und 4 stehen in positivem, der Faktor 2 in negativem Zusammenhang zum sozialen Engagement

Hypothesenkonform wurde eine hochsignifikante negative Korrelation von $r = -.23$ ($p < .01$) bei der MMRI-Skala 2 mit dem Engagement für andere ermittelt. Die Einstellung eines bedrohlichen, damit enttäuschenden und in dem Sinn ungerecht verstandenen Gottes stand in negativer Beziehung zu sozialem Engagement. Zwischen den anderen Skalen bzw. Faktoren und dem Engagement bestand kein signifikanter Zusammenhang (vgl. Tabelle T29).

Tabelle T29

Korrelative Zusammenhänge zwischen religiösen Einstellungen und sozialem Engagement

Religiöse Einstellungen - MMRI (N = 287)	soziales Engagement
1 Beziehung zu Gott als Quelle von Kraft und Selbstvertrauen	.06
2 gerechtigkeitsorientierte Kontrolle	-.23**
3 kooperative Kontrolle	-.06
4 religiös-intellektuelle Verantwortung	.10

Anmerkungen. ** $p < .01$, * $p < .05$; Werte ohne * sind nicht signifikant.

3.2.2.2 Regression für das Kriterium soziales Engagement (Gesamt)

Durch die multiple Regression des Engagements, in der alle Gruppen zusammengefasst wurden (RA 4), konnten 20% der Varianz erklärt werden (vgl. Tabelle A81). Die Variablen wurden per Einschluss aufgenommen.

Zunächst wurden wieder die Basisvariablen Alter (bzw. *Geburtsjahr*), Geschlecht und Grundstimmung (*BelaV*) einbezogen. Der negative Beta-Wert für das *Geburtsjahr* ($\beta = -.20, p < .01$) war die einzige signifikante Größe in Block 1 und besagt, dass das Engagement mit zunehmendem Alter (resp. früheres Geburtsjahr) anstieg.

Im zweiten Block kamen die Belastungsfaktoren hinzu, wobei die zeitliche Distanz zum Auslöser ($\beta = -.15, p < .05$) maßgeblich für die Entscheidung zugunsten sozialen Engagements war. Je zeitlich näher die Krise lag, desto eher entschied man sich für ein Engagement.

Block 3 enthielt die Persönlichkeitsmerkmale Flexibilität, Tenazität und Selbstwirksamkeit sowie die Variablen zur sozialen Unterstützung. Ebenso wie im vierten Block, in den noch die Bewältigungsvariablen (Kontrollüberzeugungen) und die religiösen Einstellungen (MMRI-Skala 1 bis 4) als weitere Bewältigungsvariablen eingeschlossen wurden, war bei beiden Schritten lediglich die Variable *Distanz* die einzig signifikante Variable.

Die Hinzunahme der Zufriedenheitswerte im letzten Modell brachte kaum einen weiteren Erklärungszuwachs, und gleichzeitig verloren sämtliche vorher aufgenommenen Variablen ihre Signifikanz.

Die in dieser Studie ausgewählten Prädiktoren zeigten somit regressionsanalytisch keinen bedeutsamen Einfluss auf die Entscheidung für soziales Engagement (s. Tab. A81).

3.2.2.3 Regression für das Kriterium soziales Engagement (getrennt)

Die Berechnungen für soziales Engagement, ausdifferenziert nach einzelnen Gruppen (RA 5), entsprachen im Grunde der Regression mit Engagement als Gesamtwert (vgl. RA 4). Das bedeutet, als abhängige Variable wurde jeweils das Engagement für die einzelnen neun Bereiche der Gruppen gewählt, wie sie in der Befragung differenziert waren (s. Kap. 2.3.3.1).

Die Varianzaufklärung bei sieben Gruppen und den Probanden mit Engagement ohne Gruppe lag z.T. beträchtlich niedrig bzw. war teilweise ohne jeglichen signifikanten Einfluss der gewählten Prädiktoren. Die Berechnungen waren damit so

wenig aussagekräftig, dass auf deren nähere Darstellung verzichtet wird. Die Variable *Distanz* (zeitliche Entfernung zur Krise) ging insgesamt dabei als häufigster signifikanter Prädiktor hervor, der grundsätzlich negative Werte zeigte. Es ist plausibel, dass mit zeitlicher Nähe (also geringerer Distanz) das Engagement höher ist.

Lediglich für die Selbsthilfegruppen, die den größten Bereich der Stichprobe ausmachten, konnten mit den Prädiktoren insgesamt 26% der Varianz aufgeklärt werden. Sie werden an dieser Stelle exemplarisch herausgegriffen und erläutert:

Den größten signifikanten und negativen Beitrag ($\beta = -.28$, $p < .05$) leistete hierzu die MMRI-Skala 1 (*Beziehung zu Gott als Quelle von Kraft und Selbstvertrauen*), gefolgt von der bereichsbezogenen Lebenszufriedenheit (*SumFLZ*) mit einem Beta-Gewicht von $-.25$ ($p < .05$). Das Engagement basierte demnach *nicht* auf einem unterstützenden Gottvertrauen und wurde zudem negativ von Zufriedenheitsfaktoren beeinflusst. Engagement für eine Selbsthilfegruppe wurde dagegen positiv von Tenazität ($\beta = .19$, $p < .05$) und Selbstwirksamkeit ($\beta = .19$, $p < .05$) unterstützt.

3.2.2.4 Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 2

Der zwar schwache, aber doch höchste korrelative Zusammenhang von $r = .20$ ($p < .01$) zwischen sozialem Engagement und der sozialen Unterstützung durch eine Gruppe (s. Tab. T27) fand seine Entsprechung in den freien Formulierungen der Probanden, wonach die Hilfsbereitschaft für andere als das häufigste Motiv für soziales Engagement angegeben wurde (s. Kap. 2.3.3.3). Der korrelative positive Zusammenhang zwischen sozialem Engagement ($r = .19$, $p < .01$) und sozialer Unterstützung durch Pfarrer ist erklärbar durch die Auswahl der Stichprobe mit Beteiligung vieler Probanden aus kirchlichen Gruppen.

Sowohl korrelativ als auch bei der Regression für soziales Engagement in Selbsthilfegruppen (RA 5) zeigten sich Beziehungen zu Hartnäckigkeit (Tenazität) und Selbstwirksamkeit, die vermutlich bei den anderen Teilstichproben wegen deren vergleichsweise geringer Größe nicht zu ermitteln waren.

Eine der relevanten Prädiktoren für das Engagement war die Variable *Alter*. Engagement nahm mit zunehmendem Alter zu. Dies steht nicht im Einklang zu den

Ergebnissen des Kolloquiums „Zukunft ehrenamtlichen Engagements“ (2005), wonach Engagement im mittleren Lebensalter am höchsten sei und mit dem Älterwerden wieder abnimmt.

Im Fall der vorliegenden Arbeit ist ein Stichprobenartefakt wegen der großen Spannweite der Geburtsjahrgänge von 64 Jahren (1926 bis 1990; s. Tabelle A4) weniger wahrscheinlich als die Annahme eines Effektes aufgrund der selektiven Stichprobe. Naheliegend sind zudem die Ausführungen aus Kapitel 1.2.2, nach denen über die Lebensspanne ein Bedeutungswandel stattfindet, sich die Bedürfnisse und Ziele ändern und sich die Lebenszufriedenheit i. a. *nicht* verringert (s. Kap. 1.2.3 zum Thema Wohlbefindensparadox, Staudinger, 2000). Ob altersbedingte Widrigkeiten durch soziales Engagement kompensiert werden können, indem durch das Engagement die eigene Wirksamkeit erfahren wird, wodurch die Lebensqualität steigt, kann durch die vorliegende Datenlage nicht beurteilt werden.

Außer einer angenommenen Handlungskontrolle und assimilativer Kompensationsmöglichkeiten zeigte auch der korrelative Zusammenhang von Engagement zur Kontrollüberzeugung Umwelt ($r = .16$, $p < .01$), dass auch situative Begebenheiten für soziales Engagement eine Rolle spielen.

3.2.3 Veränderung in den Merkmalen zwischen t1 und t2 (Hypothese 3)

Von Interesse dieser Untersuchung waren außer dem direkten Einfluss der Merkmale auf das Wohlbefinden Veränderungen in den Merkmalen zwischen den beiden Befragungen, die für die meisten Merkmale außer bei den Persönlichkeitsmerkmalen angenommen wurden. Dies wurde mittels t-Tests für gepaarte Stichproben getestet.

Hypothese 3:

Von Befragung 1 zu Befragung 2 zeigen sich Veränderungen in den Merkmalen dahingehend, dass das Belastungserleben und die soziale Unterstützung durch Bezugspersonen abnimmt, soziales Engagement und die religiösen Einstellungen dagegen ebenso ansteigen wie die Zufriedenheitsmerkmale.

Bei den Unterschiedsmessungen wurden die Werte von t1 von den Werten der Wiederholungsbefragung abgezogen ($t_2 - t_1$) und die Relevanz des Unterschiedes durch Berechnung der Effektstärken geprüft (d-Wert)³⁹. Bei einer Zunahme von Befragung 1 zu 2 kommt es zu positiven Effektstärken. Bei Verringerung des Ausmaßes der Variablen ergeben sich negative d-Werte.

3.2.3.1 Unterschiede im Belastungsempfinden

Zunächst wurden Veränderungen in der Beeinträchtigung und den Belastungsvariablen ermittelt. Im Sinne erfolgreicher Anpassungsleistungen wurde angenommen, dass sich Belastungsempfinden und Beeinträchtigung im zeitlichen Verlauf abschwächen. Die erste Unterschiedshypothese lautete demgemäß:

Hypothese 3.1: Im zeitlichen Verlauf nehmen die Beeinträchtigung und das Belastungsempfinden ab.

Hypothesenkonform nahm die Beeinträchtigung zwischen den beiden Messzeitpunkten signifikant ab ($d = -0.12$; $p < .05$). D. h. die Probanden fühlten sich bei t1 statistisch gesehen mehr beeinträchtigt als bei der Wiederholungsbefragung. Das aktuelle Belastungserleben dagegen stieg zu t2 an ($d = 0.07$; $p < .05$). Die anderen Belastungs- und Beeinträchtigungswerte unterlagen keiner Veränderung (s. Tab. T30).

Trotz geringer Effektstärken sind die Werte doch ein Indiz dafür, dass subjektive Einschätzungen auch in dieser Stichprobe nicht konsistent waren (vgl. auch Kap. 1.2)⁴⁰.

³⁹ Formel zur Berechnung der Effektstärken (Cohen, 1992):

$$\frac{\text{Item-Mittelwert } t_2 - \text{Item-Mittelwert } t_1}{\text{Standardabweichung } t_1}$$

⁴⁰ Bedauerlicherweise waren dadurch, dass vielfach von unterschiedlichen Krisensituationen zwischen t1 und t2 ausgegangen wurde, keine detaillierten inhaltlichen Interpretationen der Veränderungsmessungen möglich.

Tabelle T30*Veränderungen im Belastungserleben zu verschiedenen Zeitpunkten*

Belastungserleben (t2 – t1) / (N = 205)	M_{diff}	SD_{diff}	T	p	d
Beeinträchtigung am Höhepunkt	-0.12	0.87	-1.97	.05	-0.12
momentane Beeinträchtigung	0.08	1.15	0.94	.35	-
Belastungserleben vor der Krise	-0.15	5.84	-0.36	.72	-
zu Beginn der Krise	0.58	6.96	-1.91	.24	-
aktuell	0.79	5.64	2.00	.05	0.07

Anmerkungen. t-Test bei gepaarten Stichproben, M_{diff} = Mittelwert der Differenz, SD_{diff} = Standardabweichung der Differenz, T = Differenz des Messfehlers, p = Signifikanz (2-seitig), d = Effektstärken nach Cohen (1992)

3.2.3.2 Unterschiede im sozialen Engagement

Aufgrund des positiven Zusammenhanges zwischen der sozialen Unterstützung durch die *Gruppe* und eigenem sozialem Engagement ($r = .20$, $p < .01$; s. Tabelle T27 zur Hypothese 2.1), den Antworten der Probanden zur Motivation (Kap. 2.3.3.3) und außerdem den theoretischen Ausführungen zum sozialen Engagement (s. Kap. 1.4) wird der persönliche Nutzen von Engagement deutlich. Ob die Erfahrungen mit dem eigenen Engagement für eine Gruppe dazu motivieren, das Engagement im zeitlichen Verlauf noch zu steigern, wurde in der Hypothese 3.2 geprüft. Gemessen wurde der Zeitaufwand als Summenwert über alle Gruppen.

Hypothese 3.2: Im zeitlichen Verlauf nimmt soziales Engagement zu.

Aus der Tabelle T31 ist ersichtlich, dass die Annahme nicht bestätigt werden konnte. Signifikante Veränderungen waren nicht zu verzeichnen.

Tabelle T31*Veränderung im sozialen Engagement*

Soziales Engagement (t2 – t1) / (N = 205)	M_{diff}	SD_{diff}	T	p	d
wöchentlicher Zeitaufwand für Engagement	-0.42	12.42	-0.58	.56	-

Anmerkungen. t-Test bei gepaarten Stichproben, M_{diff} = Mittelwert der Differenz, SD_{diff} = Standardabweichung der Differenz, T = Differenz des Messfehlers, p = Signifikanz (2-seitig), d = Effektstärken nach Cohen (1992)

3.2.3.3 Unterschiede in der sozialen Unterstützung

Die dritte Unterschiedshypothese wurde zur besseren Übersicht ein weiteres Mal unterteilt, um zunächst das soziale Netz und dann die relevanten drei Skalen der BSSS zu untersuchen.

3.2.3.3.1 Unterschiede im sozialen Netz

Es wurde angenommen, dass sich die Unterstützung durch Personen aus dem näheren Lebensumfeld in Krisensituationen im zeitlichen Verlauf verringert. Denn der Bedarf an emotionaler, instrumenteller oder informativer Unterstützung durch Personen, die noch bei einem anfänglichen psychischen Ungleichgewicht als hilfreiche Stütze fungiert haben, kann beispielsweise durch die Entwicklung von Selbstregulationsmechanismen nachlassen und die Dringlichkeit von externer Hilfe abschwächen (Ciompi, 1997; vgl. Kap. 1.1, 1.3.4 und Kap. 1.5, supportives Coping).

Hypothese 3.3a: Im zeitlichen Verlauf nimmt die Unterstützung durch das soziale Netz ab.

Signifikante Verringerungen zwischen den beiden Befragungen ergaben sich hypothesenkonform in den Bereichen *Freunde, Ärzte, Pfarrer*, dem gesamten sozialen Umfeld (*Insgesamt*) sowie dem Summenwert des sozialen Netzes (Tabelle T32).

Tabelle T32*Veränderungen der Unterstützung durch das soziale Netz*

soziale Unterstützung (t2 – t1) / (N = 205)	M_{diff}	SD_{diff}	T	p	d
Summe soziales Netz	-0.82	3.33	-3.50	.00	-0.25
Soziales Netz: Partner	-0.05	.78	-.89	.37	-
Verwandte	-0.05	.88	-.87	.38	-
Freunde	-0.13	.77	-2.36	.02	-0.18
Gruppe	.07	1.04	1.00	.32	-
Ärzte	-0.26	1.06	-3.55	.00	-0.26
Pfarrer	-0.10	.71	-1.96	.05	-0.12
Insgesamt	-0.25	.96	-3.73	.00	-0.28

Anmerkungen. t-Test bei gepaarten Stichproben, M_{diff} = Mittelwert der Differenz, SD_{diff} = Standardabweichung der Differenz, T = Differenz des Messfehlers, p = Signifikanz (2-seitig), d = Effektstärken nach Cohen (1992)

Am deutlichsten verringerten sich die Werte bei der Summe des sozialen Netzes ($d = -0.25$, $p < .01$) und *Insgesamt* ($d = -0.28$, $p < .01$)⁴¹. Der anfängliche umfangreichere Bedarf an sozialer Unterstützung ließ demnach erwartungsgemäß im Allgemeinen über die Zeit nach. Dies betraf im Einzelnen die Unterstützung durch die *Freunde* ($d = -0.18$, $p < .05$), die *Pfarrer* ($d = -0.12$, $p < .05$) und in höherem Ausmaß die *Ärzte* ($d = -0.26$, $p < .01$).

Bei den anderen Variablen zeigte sich keine bedeutsame Veränderung. Die aufgrund der hohen Korrelationen anzunehmende Funktion einer emotionalen Stütze bleibt beim familiären Hintergrund (*Partner*, $r = .77$ und *Verwandte*, $r = .57$) und bei den *Gruppenmitgliedern* stabil ($r = .43$). Alle drei Korrelationen sind auf dem 1%-Niveau signifikant.

⁴¹ Die Übereinstimmung in den Werten resultiert allem Anschein nach aus der inhaltlich ähnlichen Bedeutung der beiden Variablen. Durch die Variable „*Insgesamt*“ wurde das soziale Netz lediglich vergrößert (s. Kap. 2.3.5.1).

3.2.3.3.2 Unterschiede in den Ebenen der sozialen Unterstützung

Deutlicher zeigte sich eine Veränderung in den Skalen des BSSS, dargestellt in Tabelle T33. Geprüft wurde hier die Hypothese, ob sich entsprechend der Annahme in Hypothese 3.3a auch die wahrgenommene Unterstützung, das Bedürfnis sowie die weitere Suche danach reduziert.

Hypothese 3.3.b: Im zeitlichen Verlauf nehmen die wahrgenommene soziale Unterstützung, das Bedürfnis und die Suche nach sozialer Unterstützung ab

Die Effektstärken bestätigten nur bei dem *Bedürfnis* nach sozialer Unterstützung hochsignifikant die Hypothese (s. Tabelle T33). Es nahm mit einer starken Effektstärke von $d = -2.39$ ($p < .01$) deutlich ab. Die *wahrgenommene* soziale Unterstützung nahm mit einer Effektstärke im mittleren Bereich eher zu $d = 0.84$ ($p < .01$). Der ebenfalls starke positive Effekt von $d = 2.70$ ($p < .01$) bei der *Suche* nach sozialer Unterstützung stieg auch konträr zur Hypothese an, indem die Suche demnach sogar noch verstärkt wurde – s. hierzu Kapitel 3.2.3.6 (S. 110).

Tabelle T33

Veränderungen bei den Berliner Social Support Scales (BSSS)

BSSS (t2 –t1) / (N = 205)	M _{diff}	SD _{diff}	T	p	d
Wahrgenommene soz. Unterstützung	2.56	2.67	13.71	.00	0.84
Bedürfnis nach sozialer Unterstützung	-7.19	2.58	-39.92	.00	-2.39
Suche nach sozialer Unterstützung	4.85	2.20	31.59	.00	2,70

Anmerkungen. t-Test bei gepaarten Stichproben, M_{diff} = Mittelwert der Differenz, SD_{diff} = Standardabweichung der Differenz, T = Differenz des Messfehlers, p = Signifikanz (2-seitig), d = Effektstärken nach Cohen (1992)

3.2.3.4 Unterschiede in den religiösen Einstellungen

In außergewöhnlichen Lebenssituationen können religiöse oder spirituelle Einstellungen eine Orientierungshilfe darstellen (s. Kap. 1.6), wenn auch die Forschungslage diesbezüglich wenig eindeutig ist. Besonders bei Lebenskrisen und gerade für die vorliegende Stichprobe, die zu einem beträchtlichen Teil aus dem religiösen Bereich stammte, wurde demnach eine Entwicklung dahingehend erwartet, dass die bisherigen Werte auf den jeweiligen Skalen ansteigen, die Einstellungen sich also verfestigen – sowohl im positiven wie auch im negativen Sinn.

Hypothese 3.4: Im zeitlichen Verlauf steigen die Werte der religiösen Einstellungen insgesamt und auf jedem der vier Faktoren an.

Konträr zur Annahme verringerte sich insgesamt die Zustimmung zu den Aussagen der Skalen leicht, aber nicht signifikant., Errechnet wurde nur eine minimale, signifikante und negative Effektstärke bei der Skala 1 ($d = -0.05$, $p < .05$), in der von einem selbstwertstärkenden Gottvertrauen ausgegangen wird. Skala 2 bis 4 verzeichneten keine signifikanten Veränderungen (Tabelle T34).

Tabelle T34

Veränderungen in den religiösen Einstellungen (MMRI)

MMRI (t2 –t1) / (N = 205)	M_{diff}	SD_{diff}	T	p	d
1 Beziehung zu Gott als Quelle von Kraft und Selbstvertrauen	-.31	1.79	2.44	.02	-0.05
2 gerechtigkeitsorientierte Kontrolle	-.13	2.05	0.93	.35	-
3 kooperative Kontrolle	-.13	2.48	0.78	.44	-
4 religiös-intellektuelle Verantwortung	-.21	2.26	1.30	.20	-

Anmerkungen. t-Test bei gepaarten Stichproben, M_{diff} = Mittelwert der Differenz, SD_{diff} = Standardabweichung der Differenz, T = Differenz des Messfehlers, p = Signifikanz (2-seitig), d = Effektstärken nach Cohen (1992)

3.2.3.5 Unterschiede in den Zufriedenheitswerten

Die einzelnen Zufriedenheitsmerkmale wurden mittels t-Tests separat geprüft. Unter Berücksichtigung der voran gegangenen theoretischen Ausführungen wurden die Merkmale als ansteigend angenommen.

Hypothese 3.5: Im zeitlichen Verlauf steigen die Werte des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes, der bereichsbezogenen und der allgemeinen Zufriedenheit an.

Bei allen drei Verfahren dieser Studie ergaben sich entgegen der Annahmen minimale Verringerungen der Werte von t1 zu t2 (s. Tab. T35). Das bedeutet, dass die Zufriedenheit bei den Probanden zwischen den beiden Befragungen nachließ. Beim körperlichen Gesundheitszustand und bei der allgemeinen Lebenszufriedenheit waren die Effekte mit $d = -0.11$ bzw. $d = -0.13$ gering. Im Prinzip konnte somit bei der allgemeinen Zufriedenheit und der Zufriedenheit mit dem körperlichen Gesundheitszustand kaum Veränderungen ermittelt werden.

Tabelle T35

Veränderungen in den Zufriedenheitsvariablen

Zufriedenheitswerte (t2 – t1) / (N = 205)	M_{diff}	SD_{diff}	T	p	d
körperlicher Gesundheitszustand	-0.10	0.74	-1.87	.06	-
seelischer Gesundheitszustand	-0.13	0.85	-2.22	.03	-0.12
allgemeine Lebenszufriedenheit	-0.12	0.92	-1.86	.06	-
Summe FLZ (6 Items)	-1.16	5.07	-3.72	.01	-0.23
FLZ Freizeit	-0.39	1.36	-4.14	.00	-0.31
FLZ Sport	-0.25	1.51	-2.38	.02	-0.15
FLZ Gesundheit	-0.23	1.45	-2.32	.02	-0.16

Anmerkungen. t-Test bei gepaarten Stichproben, M_{diff} = Mittelwert der Differenz, SD_{diff} = Standardabweichung der Differenz, T = Differenz des Messfehlers, p = Signifikanz (2-seitig), d = Effektstärken nach Cohen (1992)

Die Summe der bereichsbezogenen Zufriedenheitswerte (FLZ) hatte mit $d = -0.23$ ($p = .05$) den höchsten Effekt. Werden die Bereiche aufgeschlüsselt, war es der Bereich *Freizeit* bei dem die größte Reduzierung der Zufriedenheit ermittelt wurde ($d = -0.31$, $p < .01$). Im Bereich *Gesundheit* war die Verringerung ebenso signifikant ($d = -0.16$, $p < .05$) wie im Bereich *Sport* ($r = -0.15$, $p < .05$). Die anderen Bereiche unterlagen keiner signifikanten Veränderung. Die Ergebnisse entsprechen tendenziell den deskriptiven Berechnungen aus Kap. 2.3.7 (S. 71).

3.2.3.6 Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 3

In den Ergebnissen zu den Belastungsmerkmalen bestätigten sich die Ausführungen aus Kapitel 1.3, dass aktuelles situatives Erleben unausweichlich von vorherigen Situationen beeinflusst worden ist. Gedächtnis, Erinnerung und Erfahrungen wirken auf die momentane Situation. Dadurch dass Erinnerungen und damit auch das Gedächtnis dynamisch sind, *kann* es also kaum zu einem konsistenten retrospektiven Blick kommen, was auch in den Werten der Studie bestätigt wurde.

Darüber hinaus sind die Ergebnisse ein Hinweis darauf, dass die Begriffe *Beeinträchtigung* und *Belastung* inhaltlich unterschiedlich zu verstehen sind. Eine Beeinträchtigung körperlicher oder seelischer Art muss dementsprechend nicht zwangsläufig mit einer größeren Belastung einhergehen. Beispielsweise stellte die Situation für die in der Einleitung erwähnten Probandin mit einem behinderten Kind unter Umständen zwar eine Beeinträchtigung im Sinne eines zwangsläufig veränderten Tagesablaufes, aber dennoch ausdrücklich *keine* Belastung dar (s. Kap. 1.1, S.3).

Dass die soziale Unterstützung bei der Wiederholungsbefragung im Allgemeinen minimal und zudem signifikant gerade *Ärzten* und *Pfarrern*, aber auch bei *Freunden* als niedriger erlebt wurde, lässt vermuten, dass sich mit der zeitlichen Entwicklung des Umgangs mit der Situation die Dringlichkeit von externen Hilfen tatsächlich verringert. Gerade *Ärzte* und *Pfarrer* fungieren häufig als Helfer besonders in Akutsituationen, bei denen der Bedarf an externer Unterstützung im weiteren Verlauf der Situation nachlässt.

Obwohl bei den Berliner Social Support Scales (BSSS) das *Bedürfnis* nach sozialer Unterstützung abnahm und die *wahrgenommene* Unterstützung leicht anstieg, stieg auch die *Suche* nach sozialer Unterstützung bei t2 beträchtlich an.

Die grundsätzliche Hilfsbedürftigkeit der Probanden verringerte sich erwartungsgemäß, wohingegen sich interindividuelle und situationsübergreifende Präferenzen, wie Schwarzer und Schulz (2000) es formulieren, offenbar mehr zum Tragen gekommen sind, was sich in der Zunahme der Suche nach sozialer Unterstützung deutlich abzeichnete (s. Kap. 2.3.5.2). Trotz des Anstiegs der wahrgenommenen Unterstützung suchten die Probanden weiter und evtl. auch aktiver nach einer anderen Art und Form von Unterstützung.

Nur die Zustimmung zu den religiösen Items bei den Einstellungen, die Lob und Dank an Gott ausdrückten (*MMRI 1*), verringerte sich konträr zur Annahme signifikant zwischen Befragung 1 und 2.

Die Verringerung der Zufriedenheit in den Bereichen *Freizeit*, *Sport* und *Gesundheit* steht vermutlich insofern in Zusammenhang mit der Auswahl der Stichprobe, als ein nicht unerheblicher Teil der Probanden aus Selbsthilfegruppen mit gesundheitlichen Problemen behaftet war, wodurch möglicherweise genau diese Bereiche beeinträchtigt sein könnten. Vielleicht können die geringen Differenzwerte in den Zufriedenheitsbereichen mit der Fehleranfälligkeit aufgrund der Kombination der Messfehler beider Befragungen erklärt werden. Damit würde auch die Bedeutung der negativen Korrelationen der Persönlichkeitsmerkmale zu der Differenz im Wohlbefinden relativiert.

Der Einfluss des zeitlichen Abstandes zum Auslöser auf das Engagement, wie es sich über die Variable *Distanz* korrelativ und ansatzweise regressionsanalytisch zeigte, war bei der Unterschiedsberechnung zum sozialen Engagement nicht festzustellen (vgl. Kap. 3.2.3.2; Tab. T31). Der zeitliche Abstand zum Krisengeschehen bei den beiden Befragungen war für Veränderungen im Engagement nicht von Bedeutung.

Ob die nicht hypothesenkonformen Effektstärken mit der verminderten Probandenzahl bei t2 zu tun hatten, ist mit der vorliegenden Daten nicht zu entscheiden. Die Rücklaufquote der Erhebungsbögen (s. Tab. A6) lässt per Augenschein keine Beurteilung darüber zu. Der Zeitraum von ca. sechs Monaten zwischen den beiden Befragungen könnte zu kurz für die Erfassung von Entwicklungen gewesen sein.

3.2.4 Einflussfaktoren und Hilfestellungen bei Krisen (Hypothese 4)

Ursachen für die Entstehung von Lebenskrisen sind mannigfaltig. Insofern wurde erwartet, dass sich auch die Handlungs- und Erlebnisweisen in Abhängigkeit der Lebenssituationen und der eingeschätzten Kontrollierbarkeit bzw. Beeinflussbarkeit unterscheiden⁴². Darauf zielte der vierte Hypothesenkomplex ab.

Die *Auslöser* waren dichotom konzipiert. Für jeden der Auslöser gab es nur zwei Alternativen, entweder der entsprechende Aspekt galt als Auslöser oder nicht. Somit wurden biseriale Korrelationen zu den relevanten Untersuchungsfaktoren errechnet. Die Ergebnisse zu den Angaben der 283 Probanden, die die Frage nach den Auslösern beantworteten, sind tabellarisch in den Tabellen A82 bis A87 dargestellt.

3.2.4.1 Umgang mit Erkrankung, Tod und Nicht-Erreichen

Die Zuschreibung von Selbstverantwortlichkeit im Fall von Erkrankungen, hat sich als selbstwertschädigend herausgestellt (Faltermaier, 2005; vgl. Kap. 1.3.1). Aus Gründen des Selbstschutzes wirken externale Attribuierungen förderlich für das Wohlbefinden. Das gleiche wurde in dieser Studie auch bei der Bewältigung von Todesfällen oder dem Nicht-Erreichen wichtiger Ziele angenommen. Deshalb wurden die Auslöser *eigene Erkrankung*, Krankheit von nahestehenden Personen (*KrankAndere*), *Tod* und *Nicht-Erreichen* für die erste Hypothese in diesem Komplex zusammengefasst.

Es wurde geprüft, ob bei den Teilnehmern positive Zusammenhänge zum sozialen und zum professionellen Netz sowie auch zu den externalen Kontrollüberzeugungen (*KÜAndere*, *KÜUmwelt* sowie *KÜZufall*) bestehen.

Von negativen Zusammenhängen hingegen wurde bei denjenigen Persönlichkeitsvariablen ausgegangen, die den eigenen Einfluss fokussieren. Denn wenn durch das Ereignis die eingeschätzte Selbstwirksamkeit und Beeinflussbarkeit durch eigene Fähigkeiten enttäuscht wird und dies zu einem Ungleichgewicht in der

⁴² Hier sei nochmal der Proband erwähnt, der die Fragebögen 286 und 287 ausgefüllt hatte (Kap. 2.2.2).

inneren Balance führt, können durch die Neuorientierung bisherige Einstellungen infrage gestellt werden⁴³.

Der Zusammenhang zu den religiösen Einstellungen allgemein und speziell den MMRI-Skalen 1,3 und 4 wurde als positiv erwartet, da sich die Religion als bedeutsam gerade bei Todesfällen herausgestellt hatte. Die in Fußnote 43 erwähnte Probandin war eine der Teilnehmerinnen aus dem religiösen Bereich. Auch für die anderen beiden Auslöser wurde erwartet, dass Gott sozusagen als „externer“ Helfer hilfreich bei der Bewältigung in positivem Zusammenhang steht.

Schließlich wurde aber auch für die negative Religionsskala (MMRI 2) ein Zusammenhang in positiver Richtung erwartet, wenn die Verantwortlichkeit Gott (oder einem höheren Wesen) zugeschrieben wurde und die bisherige Einstellung zu einem strafenden Gott durch das oder die Ereignisse gestützt werden.

Hypothese 4.1: Zwischen den Auslösern eigene Erkrankung, die Krankheit anderer, Tod oder Nicht-Erreichen bestehen positive Zusammenhänge zum sozialen Netz, zur Kontrollüberzeugung Zufall und zur Religiosität (MMRI-Skalen 1 bis 4). Diese Auslöser stehen in negativem Zusammenhang zu den internalen Kontrollüberzeugungen und zur Selbstwirksamkeit.

Im Fall einer **eigenen Erkrankung** wurde erwartungsgemäß zu der Kontrollüberzeugung *Fähigkeit* ein negativer ($r = -.16, p < .01$) und zur Skala 2 des MMRI (*gerechtigkeitsorientierte Kontrolle*) ein positiver Zusammenhang ($r = .12, p < .05$) ermittelt.

Das *professionelle Netz* stand hypothesenkonform als weitere Hilfestellung mit $r = .20$ ($p < .01$) in positivem Zusammenhang zum Auslöser *eigene Erkrankung*. Die

⁴³ Dass dies auch für das Ereignis Tod gelten kann, wird an dem Beispiel einer Teilnehmerin deutlich, die im Vorfeld der Befragung davon sprach, dass sie ihren schwerkranken Mann „totgepflegt“ habe. Dass der Tod trotz aller ihrer Bemühungen eingetreten ist, war für sie eine große Belastung, mit der sie genauso schwer zurechtkäme, wie mit dem Verlust des Partners selbst. Das psychische Ungleichgewicht stellte in diesem Fall ihre Selbstwirksamkeit und ihre Kompetenz in Frage.

positive Korrelation zur Kontrollüberzeugung *Zufall* ($r = .16, p < .01$) entsprach gleichermaßen der Annahme⁴⁴.

Durch die Erkrankung einer nahestehenden Person (**KrankAndere**) zeigten sich analog zur eigenen Erkrankung positive Zusammenhänge zur Kontrollüberzeugung *Zufall* ($r = .12, p < .05$) und erwartungsgemäß zur *MMRI-Skala 2* ($r = .12, p < .05$).

Negative Zusammenhänge wurden zu den Kontrollüberzeugungen *Umwelt* ($r = -.13, p < .05$) und *Ziele* ($r = -.20, p < .01$) ermittelt.

Entsprechend der Hypothese waren bei **Tod** als Krisen auslösende Situation die Zusammenhänge zu den MMRI-Skalen 1 (*Beziehung zu Gott als Quelle von Kraft und Selbstvertrauen*; $r = .13, p < .05$) und 4 (*religiös-intellektuelle Verantwortung*; $r = .16, p < .01$) positiv. Weitere positive Korrelationen wurden für *Religion* als größte und bei anderen Probanden als *weitere Hilfe* angegeben ($r = .13, p < .05$ bzw. $r = .26, p < .01$)⁴⁵.

Negative Beziehungen wurden hypothesenkonform bei dem Auslöser Tod in der Kategorie *Größte Hilfe* für die *eigene Person* ($r = -.14, p < .05$) und in der Kategorie der *weiteren Hilfen* auch noch für Hilfestellungen, die nicht näher präzisiert wurden, ermittelt (*Sonstige* $r = -.15, p < .05$).

Ein bedeutsames Ziel, wie z.B. einen Kinderwunsch nicht realisieren zu können (**Nichterreichen**), stand - wie erwartet - zum einen in negativem Zusammenhang zur *Selbstwirksamkeit* ($r = -.19, p < .05$). Vermutlich führte auch die Erfahrung von Hilflosigkeit zu einer Abnahme der Selbstwirksamkeitserwartung. Zum anderen stand erwartungsgemäß dieser Auslöser in positiver Beziehung zur Kontrollüberzeugung *Zufall* ($r = .18, p < .01$) sowie zur *MMRI-Skala 2* ($r = .15, p < .01$). Von den Variablen zum sozialen Kontext war keine einzige von signifikanter Bedeutung.

⁴⁴ Als größte Hilfestellung stand noch *Ablenkung* bei eigener Erkrankung in negativer Korrelation ($r = -.16, p < .01$).

⁴⁵ Dieser Wert war in dieser Studie der höchste Zusammenhang hinsichtlich der Auslöser überhaupt.

3.2.4.2 Umgang mit Trennung und Konflikten

Bei den Auslösern **Trennung** und **Konflikte** wird im allgemeinen Verständnis von einer stärkeren Beeinflussbarkeit ausgegangen, sodass andere Zusammenhänge angenommen werden als bei den vorher besprochenen Auslösern.

Im Sinne der theoretischen Darlegungen dieser Studie, wurde von *den* Persönlichkeitsmerkmalen, die sich auf eigene Handlungsmöglichkeiten beziehen, ein positiver Zusammenhang erwartet, formuliert in der nächsten Unterhypothese.

Für die soziale Unterstützung wurde analog zu den anderen Lebenskrisen ein positiver Zusammenhang angenommen. Für die religiösen Einstellungen wurde - entsprechend der Hypothese 4.1 - von einer positiven Korrelation zur MMRI-Skala 2 ausgegangen. Eine mögliche Auswirkung auf die anderen (positiven) MMRI-Skalen ist sowohl theoretisch (s. Kap. 1.6) als auch bei den bisherigen Berechnungen mit dieser Stichprobe nicht eindeutig.

Hypothese 4.2: Zwischen den Auslösern Trennung und Konflikte bestehen positive Zusammenhänge zu den internalen Kontrollüberzeugungen, zur Selbstwirksamkeit, zum sozialen und professionellen Netz sowie zur MMRI-Skala 2.

Beim Auslöser **Trennung** hatte *keiner* der erfragten Einflussfaktoren einen signifikanten Wert. Lediglich bei den individuellen Antworten zur größten und weiteren Hilfen zeigten sich Zusammenhänge⁴⁶. Sowohl das professionelle Netz als auch die *Religion* wurden bei der Frage nach den weiteren Hilfen als nicht hilfreich erlebt, die Korrelation zum *professionellen Netz* lag bei $r = -.13$ ($p < .05$) und zu *Religion* bei $r = -.14$ ($p < .05$).

Beim Auslöser **Konflikte** ergaben sich erstmals Zusammenhänge zum sozialen Kontext. Diese waren zum *sozialen Netz* ($r = -.18$, $p < .01$) und zur *wahrgenommenen sozialen Unterstützung* ($r = -.19$, $p < .01$) hochsignifikant negativ. Der Zusammenhang

⁴⁶ Ablenkung als größte Hilfe korrelierte mit $r = .16$ ($p < .01$) mit *Trennung*. Ablenkende Bewältigungsstrategien haben sich nach Faltermaier (2005) bei akuten Konflikten bewährt.

zwischen *Konflikte* und *professionelle Hilfe* in der Kategorie *Größte Hilfe* lag demgegenüber bei $r = .14$ ($p < .05$).

3.2.4.3 Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 4

Trotz der niedrigen Korrelationen weisen die Ergebnisse auf Zusammenhänge hin, die für die Fragestellung relevant sind. Denn Krisen können Veränderungen sowohl bei modifizierbaren Faktoren als auch in Persönlichkeitsmerkmalen beeinflussen.

Beispielsweise passen die Korrelationen zwischen der *eigenen Erkrankung* und den Kontrollüberzeugungen zu den Ausführungen aus dem Theorieteil (Kapitel 1.3.1). Die negative Zuschreibung zur Kontrollüberzeugung der eigenen Fähigkeiten und die positive zur Kontrollüberzeugung Zufall kann als Selbstschutz verstanden werden. Eine eigene Erkrankung external bzw. nicht internal zu attribuieren, dient der eigenen Entlastung, indem man sich damit nicht selbst verantwortlich macht. Im Sinne eines Negativvergleichs kann zudem wahrgenommen werden, dass es anderen noch schlechter geht.

Mit der eigenen Erkrankung zeigte sich ein Zusammenhang zur religiösen Einstellung eines strafenden Gottes (positive Korrelation zu MMRI 2 - *gerechtigkeitsorientierte Kontrolle*). Zur Linderung der Beschwerden wurden Fachleute hingezogen (*profNetz*). In der *Ablenkung* wurde von den Probanden kein Lösungspotential gesehen, sondern diese womöglich gar eher als kontraproduktiv erlebt (vgl. auch Sieverding, 2005; Kap. 1.2.3). Bei den Probanden dieser Stichprobe, für die die eigene Erkrankung eine Belastung darstellten, ging es eben nicht um einen akuten Konflikt (s. Fußnote 45), sondern um massive, häufig chronische und zum Teil existentielle Erkrankungen, wie Blutkrebs bzw. Leukämie⁴⁷.

Im Falle der Erkrankung *anderer* lassen sich die positiven Beziehungen zu Kontrollüberzeugung *Zufall* und der MMRI-Skala 2 ähnlich interpretieren. Hinzu kommen die negativen Zusammenhänge zur Kontrollüberzeugung *Umwelt*, der damit auch ein Teil der Verantwortung für die Erkrankung abgesprochen wird. Die negative

⁴⁷ Selbsthilfegruppe für Blut- und Lymphomerkrankungen

Korrelation zur Kontrollüberzeugung *Ziele* ist ein Indiz dafür, dass eigene Pläne und Ziele durch die Erkrankung einer nahestehenden Person relativiert wurden.

Im Todesfall zeigte sich die Bedeutung der Religiosität. In diesem Fall waren es die MMRI-Skalen 1 (*Beziehung zu Gott als Quelle von Kraft und Selbstvertrauen*) und 4 (*religiös-intellektuelle Verantwortung*), die mit positiven Korrelationen zum Auslöser *Tod* ermittelt wurden. Wenn keine Handlungsmöglichkeiten vorhanden waren, war es die „Idee vom göttlichen Handeln“ mit einem gütigen Gottesverständnis, die sich als Bewältigungsmaßnahme bewährt hatte.

Beim Thema *Trennung* wurden das professionelle Netz und die Religion offensichtlich nicht als hilfreich erlebt, erkennbar an den negativen Zusammenhängen.

Dass bei einer *Trennung Ablenkung* wiederum als größte und einzige positive Hilfe genannt wurde, bestätigt ein weiteres Mal die in Kapitel 1.2.3 beschriebenen Ergebnisse, wonach sich bei zeitlich begrenzten Auslösern defensive Copingstrategien bewährt haben (s. S. 10 und Tabelle T1). Dies bedeutet nicht, dass Trennungen per se sich nicht auch zu einem längerfristigen Belastungsfaktor herausbilden können, aber für die betreffenden Probanden wirkte Ablenkung hier jedenfalls hilfreich.

Das soziale Netz und die wahrgenommene soziale Unterstützung standen ebenso in negativem Zusammenhang wie der MMRI-Faktor 3 (*kooperative Kontrolle*) zum Auslöser *Konflikte*. Das bedeutet, dass bei Konflikten das engere soziale Umfeld und das Vertrauen in Gott als nicht hilfreich erfahren wurden. Die größte Hilfe bei Konflikten wurde dagegen im professionellen Netz gefunden.

Beim Nicht-Erreichen eines wichtigen Zieles zeigte sich durch die negative Korrelation zur Selbstwirksamkeit die eigene Hilflosigkeit, womit auch die positive Korrelation zur Kontrollüberzeugung *Zufall* zusammenhängen dürfte.

4 Resümee und praktische Folgerungen

Mit der Frage nach der Bewältigung von Lebenskrisen trifft die vorliegende Arbeit auf einen gesellschaftlichen Mainstream mit ansteigendem Interesse und großer gesellschaftlicher Relevanz, was auch durch die hier verwendete Literatur deutlich wird. Die rapide steigende Anzahl von Lebensratgebern in Literatur, Presse und Internet mit mehr oder weniger wissenschaftlichem Anspruch beschäftigen sich mit Verbesserungen der gesundheitlichen körperlichen und psychischen Lebenssituation und implizieren eine „Diktatur der Normalität, die eigene Unsicherheit mit schlichten Parolen überspielt und alles Abweichende rücksichtslos bekämpft.“ (Lütz, 2009, S. 176).

Dies zeigt sich auch in den gesamt-gesellschaftlichen Entwicklungen. So beklagt vor allem der deutsche Wirtschaftssektor eine deutliche Zunahme der krankheitsbedingten Fehlzeiten. Insbesondere die psychischen Erkrankungen sind weiterhin ansteigend - berichtet wird in der Zeitschrift *Report Psychologie* von einem Anstieg um 80% in der Zeit zwischen 1995 bis 2005 (Psychische Erkrankungen weiterhin auf dem Vormarsch, 4/09, S. 179).

Gerade unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Umwälzungen, wozu z.B. auch Arbeitslosigkeit bzw. die Angst davor als Risikofaktoren für die Genese von Krankheiten gehören (Fischer, 2005), untermauert dies die Relevanz der Suche nach Faktoren, die Wohlbefinden positiv beeinflussen. Denn solche und andere außergewöhnliche Lebenssituationen bzw. Krisen sind gekennzeichnet von Stress. Und eine der maßgeblichsten Auswirkungen von Stress liegt in der Beeinträchtigung der psychischen und körperlichen Gesundheit⁴⁸. Der Anstieg von ehrenamtlichem Engagement wird mit dieser Entwicklung in Zusammenhang gesehen (s. Kap. 1.4).

Die allgemeinen Entwicklungen wurden in dieser Arbeit außer Acht gelassen. Vielmehr standen individuelle Schicksale mit unterschiedlichen krisenhaften Lebenssituationen und deren Umgang damit im Vordergrund. Im Hinblick auf die belastende Lebenssituation war inhaltlich das Spektrum der Stichprobe für die Untersuchung bewusst breit gefächert.

⁴⁸ Nach Nietzsche ist Gesundheit „dasjenige Maß an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen“ (zitiert nach Lütz, S. 82).

Dies hatte den Vorteil, dass vielfältige Inhalte von kritischen Lebenssituationen erfasst wurden. Der Nachteil, der dabei in Kauf genommen wurde, war die Nicht-Umsetzbarkeit der Erfassung entwicklungsspezifischer Verhaltens- und Erlebensweisen bei einzelnen abgegrenzten und konkreten Krisen.

Die vorrangige Fragestellung der Untersuchung war, zu ergründen, welchen Einfluss dabei die soziale Komponente durch Kontakt mit Personen in ähnlichen Situationen bzw. Ereignissen hat. In diesem Fall ging es um die Bedeutung von Partizipation an Gemeinschaften, d.h. die Teilnahme an und das Engagement für Gruppen außerhalb des beruflichen Bereichs.

Dazu wurde eine Stichprobe zusammengestellt, die aus Mitgliedern von Selbsthilfegruppen und anderen Gemeinschaften bestand, deren sozialer Charakter als bedeutsame Hilfe für die Verarbeitung mit dem krisenhaften Geschehen erwartet wird.

Bei den 286 Probanden⁴⁹, die sich an der ersten Befragung beteiligten, stammten 100 Datensätze aus dem Selbsthilfebereich. Dabei wurde nicht von jedem dieser Teilnehmer Erkrankung als auslösende kritische Lebenssituation angegeben bzw. wahrgenommen. Exemplarisch wird die Antwort von Probandin 136 aus der Selbsthilfegruppe Fibromyalgie genannt, die bei Befragung 1 als Auslöser „Konflikte, Auflösung des Unternehmens, Ärger mit Behörden“ angab⁵⁰. Die Probanden der Selbsthilfegruppen waren überdurchschnittlich vertreten (s. Tab. A6A im Anhang I).

Die Ergebnisse der Studie bestätigen große Teile der wissenschaftlichen Forschung und Literatur für Bewältigung in Lebenskrisen. Zum einen zeigte sich auch hier, dass nicht vorrangig die individuelle Lebenssituation, sondern persönliche Merkmale und Strategien einen großen Ausschlag dafür gaben, in welchem Maß Gesundheit und Wohlbefinden positiv beeinflusst werden.

So untermauern die Daten besonders die Bedeutung der Einschätzung eigener Einflussmöglichkeiten. Hauptsächlich haben sich für Bewältigungssituationen auch bei den Probanden der Studie die Selbstwirksamkeit und das akkomodative Coping (Flexibilität), also die Fähigkeit sich bzw. die eigenen Ziele an die veränderte Situation anzupassen, als bedeutsam herausgestellt.

⁴⁹ 287 Datensätze (s. Fußnote 22ö, S.49)

⁵⁰ Die Probandin nahm an der zweiten Befragung nicht mehr teil.

Speziell für die Selbsthilfegruppen wurde zudem ein Zusammenhang zwischen sozialem Engagement und Tenazität (assimilatives Coping) festgestellt. Hartnäckigkeit, die sich theoretisch als Bewältigungsmechanismus bei nicht erfolgreicher Zielverfolgung bewährt hat, zeigte sich in der vorliegenden Studie im Zusammenhang mit sozialem Engagement für Selbsthilfegruppen bedeutsam (vgl. Kap. 3.2.2.3; Regressionsanalyse RA 5).

Die Hauptmotivation zugunsten der Beteiligung an einer Gruppe lag in dem Erleben von Gemeinschaft (s. Kap. 3.1.3.3.1). Die größte Motivation, sich für andere zu engagieren, war für die Probanden der Wunsch, hilfreich zu sein und etwas bewirken zu wollen (s. Kap. 3.1.3.3.2). Dies gilt zum einen für die Hilfe für andere, aber auch für sich selbst, wie z. B. bei Proband 90: „Es hilft auch mir.“

Im Regelfall ist eine der Funktionen von Engagement, die Zufriedenheit zu fördern. Ein Zusammenhang zwischen Engagement und Zufriedenheit (im Sinne von Wohlbefinden) konnte bei den Probanden dieser Stichprobe dennoch nicht nachgewiesen werden.

Einer der Gründe dafür kann darin liegen, dass ein sozialer Kontext, bzw. das soziale Umfeld an sich, im Allgemeinen nicht unbedingt eine Bereicherung darstellt. Die ermittelten Effekte aus dem sozialen Bereich, wie z.B. bei der wahrgenommenen sozialen Unterstützung, sind eine weitere Bestätigung der theoretischen Annahmen.

Wenn soziale Unterstützung und eigene Einflussmöglichkeiten nämlich potentiell konträr zueinander wirken, kann daraus eine Wechselwirkung mit negativen Auswirkungen auf die Person oder die Beziehung folgen. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn als soziale Unterstützung gedachte Hilfsangebote hinderlich erlebt werden, weil Verantwortlichkeiten an die Bezugspersonen abgegeben werden und damit selbstwertschädigend wirken können.

Wenn also auch das eigene Engagement für andere nicht den gewünschten Effekt zeigt, indem es z.B. *nicht* als hilfreich erlebt wird, wird dadurch auch keine Zufriedenheit gefördert. Proband 141 antwortet als Entscheidung *gegen* Engagement beispielsweise: „Ich möchte etwas bewegen können und nicht meine Zeit vergeuden und gegen Windmühlen kämpfen.“ Ein Einfluss auf das Wohlbefinden ausgehend vom Engagement wurde nicht festgestellt.

Einige Probanden begründeten ihr soziales Engagement mit ihren christlichen Werten, wie z.B. Proband 26, der seine „religiöse Überzeugung“ als Motivation für sein Engagement angab. Bei den Probanden, die sich in Krisensituationen befanden oder noch befinden, bewirkte Engagement zumindest kurzfristig kein Wohlbefinden.

Für religiöse Einstellungen, deren positive Aspekte unter bestimmten Umständen zwar Wohlbefinden fördern können (vgl. Kap. 1.6), konnten in der Studie hauptsächlich aber nur ihre negativen Wirkungen ermittelt und die Bedeutung der Religiosität bei den Probanden vorwiegend in ihrer negativen Ausprägung für Wohlbefinden festgestellt werden.

Einerseits bestätigte sich das Vorgehen, dass es lohnenswert ist, die verschiedenen religiösen Einstellungen, wie sie im MMRI vorgegeben sind, separat zu betrachten. Andererseits zeigte sich, dass in der vorliegenden Studie die einzelnen Faktoren des MMRI die verschiedenen religiösen Einstellungen nur unbefriedigend differenzierten. Eindeutig zeigte sich nur die Unterscheidung zwischen den Probanden mit einem positiven zu denen mit einem negativen Verständnis zu Gott.

Vermutlich wäre eine größere Zeitspanne zwischen den Befragungen aussagekräftiger gewesen. Dies hätte aber die Durchführung beträchtlich verkompliziert und sich durch das gewählte Procedere der Datengewinnung auf die Rücklaufquote nachteilig ausgewirkt.

Dadurch und aufgrund dessen, dass die auslösenden Situationen zum Teil längere Zeit zurück lagen, kam es letztendlich nicht zu größeren Veränderungen innerhalb der beiden Messzeitpunkte⁵¹. Weiterhin traf die Annahme nicht in jedem Fall zu, dass der Beginn der Krise mit ihrem Höhepunkt identisch war bzw. zeitlich zusammen fiel, wie es in der Befragung postuliert war.

Bei der Interpretation der vorgestellten Ergebnisse kam der Umstand möglicher Konfundierung von Prädiktor- und Kriteriumsvariablen zum Tragen, wie es bei korrelativen Querschnittsdesigns unvermeidlich ist (Perrez & Michel, 2005). Das bedeutet, dass Korrelationen nur *Zusammenhänge* darstellen, die sich in unterschiedlicher Wirkrichtung interpretieren lassen, wie zum Beispiel bei der negativen

⁵¹ Die Monatsangabe wäre überdies nur informativ bei zeitlicher Nähe zum Beginn also bei aktuellen Krisen bzw. Ereignissen gewesen.

Korrelation zwischen der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe und Wohlbefinden (s. Kap. 3.2.1.4).

Die theoretischen Ergebnisse zur sozialen Unterstützung, zu religiösen Einstellungen, zur Motivation für soziales Engagement sowie zum Wohlbefinden mit der herausragenden Bedeutung von Persönlichkeitsmerkmalen wurden mit der Studie auch für Menschen in kritischen Lebenssituationen bestätigt.

Darüber hinaus konnte zudem festgestellt werden, dass in Krisensituationen soziales Engagement wenigstens kurzfristig keinen Beitrag zum Wohlbefinden leistete. Bei Menschen, die sich in einer Stress- oder Krisensituationen befanden, war es *nicht* das soziale Engagement, das ihr Wohlbefinden förderte.

Insgesamt ist allgemein festzuhalten, dass es letztlich eine umfassende Lebensaufgabe für jeden einzelnen bleibt, inwieweit und unter welchen Voraussetzungen sich welche Maßnahmen in belastenden oder außergewöhnlichen Lebenssituationen förderlich zeigen.

**CLAUDE WINKTE AB. „WESHALB SOLLTEN
WIR FREIWILLIG BLIND SEIN?“
„WEIL ES BERUHIGT. UND WEIL DA VORN
AUCH UNSER TOD STEHT.“**

Gert Heidenreich, 2004, S. 134

5 Literaturverzeichnis

- Allport, G. W. & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 4, S. 432-443.
- Apel, M. A. & Ludz, P. (1976). *Philosophisches Wörterbuch*. Berlin: W. de Gruyter.
- Asendorpf, J. B. (2007). Entwicklungs-genetik. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*. (S. 162-193). Stuttgart: Kohlhammer.
- Auth, A., Preiser, S. & Buttkewitz, S. (2003). Viele Wege führen aus der Sackgasse: Lebensenttäuschungen durch Nicht-Ereignisse – Eine Chance zur persönlichen Entwicklung? *Report Psychologie*, 10, S. 584-593.
- Bak, P. M. & Brandtstädter, J. (1998). Flexible Ziellanpassung und hartnäckige Zielverfolgung als Bewältigungsressourcen: Hinweise auf ein Regulationsdilemma. *Zeitschrift für Psychologie*, 206, S. 23 -249.
- Bauer, J. (2002). *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene verändern*. Frankfurt: Eichhorn-Verlag.
- Bauer, J. (2005). Warum wir andere Menschen verstehen können. Die Neurobiologie der Empathie. *Psychologie Heute*, 32, 8, S. 5-53.
- Bauer, J. (2006). *Warum ich fühle, was Du fühlst*. Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Beierlein, C. & Preiser, S. (2005). Gesellschaftliches Engagement: Gesellschaftlicher, gewerkschaftlicher und berufsständischer Einsatz aus dem Blickwinkel psychologischer Forschung. *Report Psychologie*, 5, S. 210-217.
- Bentler, P. & Bonett, D. (1980). Significance tests and goodness-of-fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, S. 588-606.
- Beutel, M. (1990). Coping und Abwehr – Zur Vereinbarkeit zweier Konzepte. In F. A. Muthny (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung. Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Befunde*. (S. 1-12). Berlin: Springer.
- Bock, E. A. (2002). „Mein Kind ist besonders!“ „Was ist mit mir?“. Unveröffentlichte Abschlussarbeit zur Gestaltungs-Soziotherapie. Düsseldorf: Zukunftswerkstatt therapie kreativ.

- Bodenmann, G. (2002, 30. Mai – 1. Juni). *Belastungsbewältigung und Unterstützung in Partnerschaften und Familien*. Abstract zur wissenschaftlichen Tagung und Konferenz: Soziales Netzwerk und Soziale Unterstützung. Zum Stand der Forschung und aktuelle Trends und Entwicklungen. Universität Salzburg.
- Bortz, J. (1979). *Lehrbuch der Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- brandeins Online (2003, 19. Juni). Interview Ronald Grossarth-Maticek. Wo das Dogma beginnt, ist das Leben am Ende. S. 1-10.
<http://www.brandeins.de/magazin/archiv/2002/ausgabe04/schwerpunkt/artikel3>
- Brandtstädter, J. (1989). Personal Self-Regulation of Development: Cross-sequential analyses of development-related control beliefs and emotions. *Developmental Psychology*, 25, S. 96-108.
- Brandtstädter, J. (2001). *Entwicklung, Intentionalität, Handeln*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brandtstädter, J. (2006). *Das flexible Selbst. Zielentwicklung zwischen Zielbindung und Ablösung*. München: Elsevier GmbH.
- Brandtstädter, J. (2007a). Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Leitvorstellungen und paradigmatische Orientierungen. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*. (S. 34-66). Stuttgart: Kohlhammer.
- Brandtstädter, J. (2007b). Hartnäckige Zielverfolgung und flexible Zielanpassung als Entwicklungsressourcen: Das Modell assimilativer und akkomodativer Prozesse. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*. (S. 413-445). Stuttgart: Kohlhammer.
- Brandtstädter, J. (2007c). Konzepte positiver Entwicklung. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*. (S. 681-723). Stuttgart: Kohlhammer.
- Brandtstädter, J. & Felser, G. (2003). *Entwicklung in Partnerschaften: Risiken und Ressourcen*. Bern: Huber.
- Brandtstädter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5, 1, S. 58-67.
- Brühl, R. & Romkopf, G. (2008). Erster Fortbildungstag der Landesgruppe Berlin-Brandenburg. *Report Psychologie*, 33, S. 6-7.

- Bruggemann, A., Groskurth, P. & Ulich, E. (1975). *Arbeitszufriedenheit*. Bern: Huber.
- Brunstein, J. C., Maier, G. W. & Dargel, A. (2007). Persönliche Ziele und Lebenspläne: subjektives Wohlbefinden und proaktive Entwicklung im Lebenslauf. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*. (S. 270-304). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *Der SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.
- Ciampi, L. (1997). *Die emotionalen Grundlagen des Denkens*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, S. 155-159.
- Collani, G. v. & Schyns, B. (2001). *Generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung. Eine Skala zur Erfassung personeller Ressourcen und Kompetenz*. Leipzig: Poster auf der 6. Fachgruppe für Differentielle Psychologie, Persönlichkeitspsychologie und Psychologische Diagnostik der Deutschen Gesellschaft für Psychologie.
- Cordes, P. J. Kardinal (Hrsg.) (2008). *Helfer fallen nicht vom Himmel. Caritas und Spiritualität*. Freiburg: Herder.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, S. 297-334.
- Damasio, A. R. (1999). *Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins*. München: List.
- Döring-Seipel, E., Lantermann, E. & Otto, J. (2001). „Vernünftiges Denken ist ohne Emotionen nicht möglich“. *Psychologie Heute*, 28, 5, S. 14-15.
- Doldener, M. (2002). Ehrenamt: Nur etwas für Egoisten? Welche Motive haben Menschen, die sich für die Gemeinschaft engagieren? *Psychologie Heute*, 29, 5, S. 8.
- Dorsch, F. (1982). *Psychologisches Wörterbuch*. Bern: Huber.
- Dreisbach, G. (2008). Wie Stimmungen unser Denken beeinflussen. *Report Psychologie*, 33, 6, S. 290-298.
- Elsaesser, P. S. (1984). *Wenn sie dir zu nahe kommen ... Die seelische Ökonomie des Psychotherapeuten*. Weinheim: Beltz.
- Ernst, H. (1997). Wendepunkte: Wenn das Leben eine neue Richtung nimmt. *Psychologie Heute*, 24, 10, S. 20-26.

- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (1998). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)*. Göttingen: Hogrefe.
- Faltermaier, T. (2005). Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit. In *Enzyklopädie der Psychologie, Bd. 1: Gesundheitspsychologie*. (S. 31-53). Göttingen: Hogrefe.
- Filipp, S.-H. (1995a). Kritische Lebensereignisse als Forschungsgegenstand der Psychologie. In S.-H. Philipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse*. (S. 3-52). Weinheim: Beltz PVU.
- Filipp, S.-H. (1995b). Lebensereignisforschung – eine Bilanz. In S.-H. Philipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse*. (S. 293-326). Weinheim: Beltz PVU.
- Filipp, S.-H. (2007). Kritische Lebensereignisse. In J. Brandstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*. (S. 337-366). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fischer, G. (2005). *Warum Frauen gesünder leben & Männer früher sterben*. Weinheim: Beltz.
- Flammer, A. (1990). *Erfahrungen der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung*. Bern: Huber.
- Flammer, A. (2003). *Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung*. Huber: Bern.
- Forstmeier, S.; Uhlenhorff, H. & Maercker, A. (2005). Diagnostik von Ressourcen im Alter. Assessment of Resources in the Elderly. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 18 (4), S. 227-257.
- Frank, R. (2007). Den störungsorientierten Blick erweitern. In R. Frank (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. (S. 4-16). Heidelberg: Springer.
- Frank, D., Moosbrugger, H. & Zwingmann, C. (1996). Einstellungen zu Tod und Sterben und ihr Bezug zu Glaubensinhalten und religiöser Orientierung. In H. Moosbrugger, C. Zwingmann & D. Frank (Hrsg.), *Religiosität, Persönlichkeit und Verhalten. Beiträge zur Religionspsychologie* (S. 165–177). Münster: Waxmann.
- Frankl, V. E. (2005). *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn*. München: Piper.

- Fries, E. (2008). Die biologische Programmierung von späterer Gesundheit und Krankheit durch Erlebnisse in der Kindheit. *Report Psychologie*, 33, S. 10.
- Gast, M. (2001). Mitbetroffen: die Angehörigen von depressiv Erkrankten. *Psychologie Heute*, 28, 3, S. 68-70.
- Geißler, O. (2009). Die Welt ein bisschen besser machen. Mit ehrenamtlichen Tätigkeiten anpacken - statt wegschauen. *Gesunde Medizin*, 04, S. 48-49.
- Geißler, O. (2010). Heilkraft Liebe. Mit sozialen Kontakten gesünder durchs Leben. *Gesunde Medizin*, 05, S. 38-39.
- Geyer, C. (2008, 23. August). Der geistige Körper. Die Psychologin hinter der Schwimmerin: Britta Steffen setzt auf Friederike Janofske. *Frankfurter Allgemeine Zeitung, Feuilleton*.
- Greifeneder, R. (2010). Mehr in der Lohntüte, und trotzdem nicht glücklicher. Lebenszufriedenheit hängt nicht von der Einkommenshöhe, sondern vom Vergleich ab. *Psychologie Heute*, 37, 7, S. 11.
- Grom, B., Brieskorn, N. & Haeffner, G. (1987). *Glück - auf der Suche nach dem „guten Leben“*. Frankfurt am Main: Ullstein.
- Heckhausen, J. & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102, 2, S. 284-304.
- Heidegger, M. (1941). *Sein und Zeit*. Halle: Niemeyer.
- Heidenreich, G. (2004). *Die Steinesammlerin von Etretat*. Hamburg: marebuchverlag.
- Hofmann, U. & Wilken-Dapper, S. (2011). Magische Wirkung der Selbsthilfe erleben. *Das Band. Zeitschrift des Verbandes für Körper- und mehrfachbehinderte Menschen*, 3/2011, S. 3-7.
- Holz, M. M. L. (2005). *Kundenorientierung als persönliche Ressource im Stressprozess. Eine Längsschnittstudie*. Unveröffentlichte Dissertation. Frankfurt am Main: Johann-Wolfgang-Goethe Universität.
- Horkheimer, C. (2009, 22. Januar). Mehr freiwillige Helfer als Arbeit. Darmstadt. Verein Ehrenamt unterstützt 70 kulturelle Einrichtungen/Mitglieder auf Abruf bereit. *Frankfurter Rundschau*.
- Hu, L. & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, S. 424-453.

- Huffziger, S., Reinhard, I. & Kuehner, C. (2010). Ablenkung oder Grübeln? Bidirektionale Zusammenhänge zwischen kognitiven Copingstrategien und depressiven Symptomen bei Depressionspatienten. *Psychotherapeutenjournal*, 9, 3, S. 285-286.
- Irmer, N. (2005). *Elterliches Kompetenzgefühl, Belastungserleben und soziale Unterstützung bei Eltern in Eltern-Kind-Gruppen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Frankfurt am Main: Johann-Wolfgang-Goethe Universität.
- Jendro-Heitel, B. C. (1990). *Subjektive Belastung und deren Bewältigung im Zusammenhang mit der Zufriedenheit am Arbeitsplatz bei Angehörigen sozialer Berufsgruppen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Frankfurt am Main: Johann Wolfgang Goethe-Universität.
- Jerusalem, M. (1993). *Die Entwicklung von Selbstkonzepten und ihre Bedeutung für Motivationsprozesse im Lern- und Leistungsbereich*. Antrittsvorlesung. Berlin: Humboldt-Universität.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (2005, 23. Dezember). *Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)*.
<http://userpage.fu-berlin.de/~health/germscal.html>
- Kinnen, M. (2010). Mit Mut den Berg hinauf. Studien belegen: Wer glaubt, geht besser mit Krankheiten und Problemen um. *Glaube und Leben*, 66, 40, S. 5.
- Klauer, T. & Greve, W. (2005). Kritische Lebensereignisse und Gesundheit. In *Enzyklopädie der Psychologie, Bd. 1: Gesundheitspsychologie*. (S. 237-259). Göttingen: Hogrefe,.
- Klemm, C. (2006). Engagement für Senioren hält jung und fit. *Generation. Magazin für ältere Menschen, Darmstädter Echo*, August 2006, S. 15.
- Knoll, N. & Schwarzer, R. (2005). Soziale Unterstützung. In *Enzyklopädie der Psychologie, Bd. 1: Gesundheitspsychologie*. (S. 333-349). Göttingen: Hogrefe.
- Koch, S. (2009). Den Spaß am Sport erfahrbar machen. Report Psychologie im Gespräch mit Ralf Brand über Gesundheitssport und Sportpsychologie. *Report Psychologie*, 34, S. 418-420.
- Koeske, G. F. & Koeske, R. D. (1989). Work load and burnout: Can social support and perceived accomplishment help? *Social Work*, May 1989, S. 243-248.

- Kolloquium „Zukunft ehrenamtlichen Engagements“ (2005). *Ehrenamt im Übergang von der Erwerbsarbeit in den Ruhestand*. Dresden: Technische Universität.
- Kübler-Ross, E. (n. d.). *Interviews mit Sterbenden*. München: Droemer Knauer.
- Künkel, F. (2003). *Einführung in die Charakterkunde*. (18. Auflage). Hamburg: Nikol-Verlag.
- Kunin, T. (1955). The construction of a new type of attitude measure. *Journal of Personnel Psychology*, 8, 1, S. 65–77.
- Laireiter, A. R., Fuchs, M. & Pichler, M. E. (2005): *Soziale Unterstützung und Lebensereignisse: Die Rolle positiver und belastender Unterstützung*. Referat anlässlich des 44. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Göttingen, 30.9.2004. Abstract in Rammsayer, T., Grabianowski, S. & Troche, S. (Hrsg.), 44. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (S. 269). Lengerich: Pabst.
- Lazarus, R. S. (1977). Cognitive and Coping Processes in Emotion. In A. Monat & R. S. Lazarus (Eds.). *Stress and Coping. An Anthology*. (S. 145 – 158). New York: Columbia University Press.
- Lazarus, R. S. (1995). Stress und Stressbewältigung – Ein Paradigma. In S. H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (3. Auflage). S. 198–232. Weinheim: Beltz PVU.
- Lochmann, P. (2008). Starke Botschaft für den Alltag entdecken. In *Darmstädter Echo*, Ostern 2008, S. 43.
- Lütz, M. (2009). *Irre! Wie behandeln die Falschen. Unser Problem sind die Normalen*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Maturana, H. (1997). *Was ist erkennen?* München: Piper.
- Maurischat, C. (2001). *Erfassung der „Stages of Change“ im Transtheoretischen Modell Prochaska`s - eine Bestandsaufnahme*. Freiburg i. Br.: Forschungsberichte des Psychologischen Institutes der Albert-Ludwigs-Universität.
- Maurischat, C. (2002). *Konstruktion und psychometrische Testung eines Fragebogens zur Erfassung der „Stages of Change“ nach dem Transtheoretischen Modell bei chronischen Schmerzpatienten*. Inauguraldissertation. Freiburg i. Br.: Albert-Ludwigs-Universität.

- Mertens, M. (2008, 27./28.Dezember). a) Ein besserer Mensch – den Endorphinen sei Dank; b) Viel Glück! *Frankfurter Rundschau*, S. 12–13.
- Meywald, E. (2001). Subjektives Wohlbefinden. Wie wir uns selbst bei Laune halten. *Psychologie Heute*, 28, 2, S. 8-9.
- Mielke, R. (1982). Locus of control – Ein Überblick über den Forschungsgegenstand. In R. Mielke (Hrsg.), *Interne/externe Kontrollüberzeugung*. (S. 15-42). Bern: Huber.
- Murken, S. (1998). *Gottesbeziehung und psychische Gesundheit: die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung*. Münster: Waxmann.
- Murken, S. & Müller, C. (2007). „Gott hat mich so ausgestattet, dass ich den Weg gehen kann“. Religiöse Verarbeitungsstile nach der Diagnose Brustkrebs. *Lebendiges Zeugnis*, 62, S. 115-128.
- Murken, S., Rüdell, H. & Laux, U. (Hrsg.) (2003). *Spiritualität in der Psychosomatik. Konzepte und Konflikte zwischen Psychotherapie und Seelsorge*. Bad Kreuznach: CD-ROM-Dokumentation der Tagung am 21./22. September 2001.
- Newberg, A., d'Aquili, E. & Rause, V. (2003). *Der gedachte Gott. Wie Glaube im Gehirn entsteht*. München: Piper.
- Nowak, I. (2005). Glück kann man teilen. Sorgen auch – Vom guten Gefühl mit der Selbsthilfe. *Das Band. Zeitschrift des Bundesverbandes für Körper- und Mehrfachbehinderte*, 35, 4, S. 10.
- Olbrich, E. (1990). Methodischer Zugang zur Erfassung von Coping – Fragebogen oder Interview? In F. A. Muthny, *Krankheitsverarbeitung. Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Befunde*. (S. 53-77). Berlin: Springer.
- Painadath, S. (2006). Erkenne, wer du bist, und werde, der du bist. *Christ in der Gegenwart*, 25/06, S. 205-206.
- Paulus, J. (2001). Placebos. Glaube allein hilft selten. *Psychologie Heute*, 28, 11, S. 59.
- Perrez, M. & Michel, G. (2005). Verarbeitung somatischer Krankheiten. In *Enzyklopädie der Psychologie, Bd. 1: Gesundheitspsychologie*. (S. 283-301). Göttingen: Hogrefe.

- Preiser, S. (1988). *Kontrolle und engagiertes Handeln. Entstehungs-, Veränderungs- und Wirkungsbedingungen von Kontrollkognitionen und Engagement*. Göttingen: Hogrefe.
- Preiser, S., Auth, A. & Buttkewitz, S. (2005). Bewältigung von Lebensenttäuschungen – Innere und äußere Ressourcen. Sonderdruck aus: *Zeitschrift für Psychologie*, 213 (1), S. 34–43. Göttingen: Hogrefe.
- Preiser, S. & Ziessler, B. (2009). Extremausdauersport als Bewältigung von Lebensenttäuschungen? *Report Psychologie*, 34, 5, S. 212-222.
- Psychische Erkrankungen weiterhin auf dem Vormarsch.(2009). *Report Psychologie*, 04, S. 179.
- Renner, G. (1990). *Flexible Ziellanpassung und hartnäckige Zielverfolgung: Zur Aufrechterhaltung der subjektiven Lebensqualität in Entwicklungskrisen*. Trier: Unveröffentlichte Dissertation. Universität Trier.
- Renner, B. & Schupp, H. (2005). Gesundheitliche Risiken: Wahrnehmung und Verarbeitung. In *Enzyklopädie der Psychologie, Bd. 1: Gesundheitspsychologie*. (S. 173-193). Göttingen: Hogrefe.
- Rieländer, M. (1991). *Gesund und spirituell leben – was heißt das?* Darmstadt: Verlag Gesundheit und Spiritualität.
- Rohleder, N., Wolf, J. & Kirschbaum, C. (2005). Psychoneuroimmunologie. In *Enzyklopädie der Psychologie, Bd. 1: Gesundheitspsychologie*. (S. 195-215). Göttingen: Hogrefe.
- Rp online (2004, 23. Januar). Positive Veränderungen fürs Immunsystem. Singen ist offenbar gesünder als Musik hören.
<http://bbv-net.de/public/druckversion/nachrichten/wissenschaft/medizin/33902>
- Sacks, Oliver (2008, 16. Dezember). Festtagsklänge. Die segensreichen Wirkungen der Musik für unser Gehirn. *Frankfurter Rundschau*, S. 12 -18.
- Schenk, H. (2005). Altwerden: Lebenskunst für Fortgeschrittene. *Psychologie Heute*, 32, 8, 20-29.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H. & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and deskriptive Goodness-of-Fit Measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8, 2, S. 23-74. <http://www.mpr-online.de>

- Schmid, R. (1996). Wandel im Verhältnis zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen - eine Zwischenbilanz. In R. Schmid, *Wer hilft weiter? Ein bundesweiter Wegweiser/Kindernetzwerk für kranke und behinderte Kinder und Jugendliche in der Gesellschaft e.V.* (S. 138-141). Lübeck: Schmidt-Römhild.
- Schmidt, J. (2009, 12. März). „Glück auf, Angst runter“ Hirnforscher Manfred Spitzer zur Wirkung von Musik auf den Menschen. *Frankfurter Rundschau*, 65, S. 60.
- Schmitz, E. (2001). Religionspsychologie. In: *Lexikon der Psychologie (Bd 4)*, S. 18-20. Heidelberg/Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Scholz, U. & Schwarzer, R. (2005). Modelle der Gesundheitsverhaltensänderung. In *Enzyklopädie der Psychologie, Bd. 1: Gesundheitspsychologie*. (S. 389-405). Göttingen: Hogrefe.
- Scholze, P. (2004). Kooperation mit Selbsthilfegruppen - Chance für Patienten und Ärzte. München: *daz – Deutsche Angst Zeitschrift*, 28, 4, S. 22-23.
- Schwalter, M. & Murken, S. (2003). Religion und Gesundheit – empirische Zusammenhänge komplexer Konstrukte. In C. Henning, S. Murken & E. Nestler (Hrsg.). *Einführung in die Religionspsychologie*, (S. 138-162). Paderborn: Ferdinand Schöningh.
- Schulz, P. (2005). Stress- und Copingtheorien. In *Enzyklopädie der Psychologie, Bd. 1: Gesundheitspsychologie*. (S. 219-235). Göttingen: Hogrefe.
- Schulz, P., Jansen, L. J. & Schlotz, W. (2005). Stressreaktivität: Theoretisches Konstrukt und Messung. *Diagnostica*, 51, 3, S. 124-131.
- Schulz, U. & Schwarzer, R. (2004). Partnerschaftliche Bewältigung einer Krebserkrankung. http://userpage.fu-berlin.de/*health/materials/partner.pdf
- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Reihe: Gesundheitspsychologie, Bd. 1*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2000). *Stress, Angst und Handlungsregulation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarzer, R. (2002). Die Heilkraft des sozialen Netzes. *Psychologie Heute*, 29, 10, S. 62-69.
- Schwarzer, R. & Luszczynska, A. (2005). Compliance als universelles Problem des Gesundheitsverhaltens. In *Enzyklopädie der Psychologie, Bd. 1: Gesundheitspsychologie*. (S. 585-601). Göttingen: Hogrefe.

- Schwarzer, R. & Schulz, U. (2000). *Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung: Die Berliner Social-Support Skalen*. Berlin: Freie Universität Berlin, Abteilung für Gesundheitspsychologie.
- Sieverding, M. (2005). Geschlecht und Gesundheit. In: *Enzyklopädie der Psychologie, Bd. 1: Gesundheitspsychologie*. (S. 55-70). Göttingen: Hogrefe.
- Sonnenmoser, M. (2002). Ehrenamt. Zu hohe Erwartungen. Wer sich von seinem sozialen Engagement zu viel für sich selbst erhofft, wird oft enttäuscht. *Psychologie Heute*, 29, 11, S. 13.
- Staudinger, U. M. (2000): *Altern, Bildung und lebenslanges Lernen*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Staudinger U. M. (2008). Was ist das Alter(n) der Persönlichkeit? Eine Antwort aus verhaltenswissenschaftlicher Sicht. In U. M. Staudinger & H. Häfner (Hrsg.). *Was ist Altern? Neue Antworten auf eine scheinbar einfache Frage*. (S. 83-94). Berlin: Springer.
- Tarr, I. (2010). Musik: Sinn spielerisch erfahren. *Psychologie Heute*, 37, 4, S. 26.
- Thivissen, P. (2010). Manchmal macht Aufgeben glücklich. Menschen, die unerreichbare Ziele aufgeben, anstatt sie weiter zu verfolgen, geht es besser. *Psychologie Heute*, 37, 7, S. 12.
- Traue, H. C., Horn, A. & Kessler, H. (2005). Emotion, Emotionsregulation und Gesundheit. In *Enzyklopädie der Psychologie, Bd. 1: Gesundheitspsychologie*. (S. 149-171). Göttingen: Hogrefe.
- Trevino, K. M. & Pargament, K. I. (2008). Toward a Theoretical Model of Spirituality for Clinical Practice: An American Perspective. *Journal für Psychologie*, 16, 3, <http://www.journal-fuer-psychologie.de/jfp-3-2008-08.html>
- Verein Ehrenamt im Aufwind. (2007, 9. August). *Darmstädter Echo*, S.15.
- Was ist eine Selbsthilfegruppe? (2012, 8. Juni). <http://www.dag-shg.de>
- Weber, H. (2005). Persönlichkeit und Gesundheit. In *Enzyklopädie der Psychologie, Bd. 1: Gesundheitspsychologie*. (S. 131-147). Göttingen: Hogrefe.
- Weil, T. & Erfurt-Weil, M. (2010). *Selbstwirksamkeit und Performance. ROMPC®-Kompendium. Theorie- und Trainingshandbuch*. Kassel: MEW Medienedition Weil e.K.

- Weiß, J. (2005). Familie und Gesundheit. In *Enzyklopädie der Psychologie, Bd. 1: Gesundheitspsychologie*. (S. 91-108). Göttingen: Hogrefe.
- Wilhelm, K. (2001). Unverwüstlicher Optimismus. Wer als junger Mensch eine positive emotionale Grundhaltung hat, wird zuversichtlich älter. *Psychologie Heute*, 28,7, S. 10.
- Winter, U. C. (2005). „Der liebe Gott hat es so gewollt“ *Die Rolle der Religiosität bei der Bewältigung kritischer Lebensereignisse sowie Impulse für eine pastorale Krisenintervention – eine pastoralpsychologische Studie*. Fribourg: Theologische Fakultät der Universität Freiburg Schweiz.
- Wirkung ohne Wirkstoff. Das Rätsel Placeboeffekt. *Gesunde Medizin*, 05, S. 36-37.
- Wurm, S. & Tesch-Römer, C. (2005). Alter und Gesundheit. In *Enzyklopädie der Psychologie, Bd. 1: Gesundheitspsychologie*. (S. 71-90). Göttingen: Hogrefe.
- Zeki, S. (2010). Der Reiz des Vieldeutigen. *Psychologie Heute*, 37, 7, S. 40-43.
- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens, VEV*. Weinheim: Beltz-Testgesellschaft.
- Zoche, H.-J. (2006). Erfolg ist mehr als nur ein frommer Wunsch. *Best Practice* 01, S. 58.
- Zwingmann, C. (1991). *Religiosität und Lebenszufriedenheit. Empirische Untersuchungen unter besonderer Berücksichtigung der religiösen Orientierung*. Regensburg: Roderer.
- Zwingmann, C., Grom, B., Schermelleh-Engel, K., Madsen, R., Schmitz, E. & Moosbrugger, H. (2004). Das Münchner Motivationspsychologische Religiositäts-Inventar: Dimensionsanalytische Prüfung und Revision. In C. Zwingmann & H. Moosbrugger (Hrsg.), *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie* (S. 57–77). Münster: Waxmann.
- Zwingmann, C., Moosbrugger, H. & Frank, D. (1995). *Religiosität – (k)ein Thema der deutschsprachigen Psychologie?* Arbeiten aus dem Institut für Psychologie der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, Heft 9.
- Zwingmann, C., Moosbrugger, H. & Frank, D. (1991). Religiöse Orientierung und ihre Bedeutung für den Zusammenhang zwischen Religiosität und Lebenszufriedenheit. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 5, S. 285–294.

Zwingmann, C., Rumpf, M., Moosbrugger, H. & Frank, D. (1996). Das I-E-Konzept: Wege aus der Krise? Religiöse Orientierungen und Glaubensinhalte.

In H. Moosbrugger, C. Zwingmann & D. Frank (Hrsg.), *Religiosität, Persönlichkeit und Verhalten. Beiträge zur Religionspsychologie* (S. 97–114).

Münster: Waxmann.

Zwingmann, E. (2007). Über das gemeinsame (Be-)Finden: von Ressourcen, Lösungen und Wohlbefinden. Therapieziel „Wohlbefinden“ in der systemischen

(Familien-)Therapie. In R. Frank (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden.*

Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie. (S. 103-115).

Heidelberg: Springer.