**Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen**
**- Abteilung Münster -**
**Fachbereich Sozialwesen**

# Experienced - Involvement (EX-IN)
# Der Einfluss der Ausbildung auf den Sense of Coherence
# Eine empirische Untersuchung

**Alexander Wildenhues**

*Erstleser:* Prof. Dr. Ingo Zimmermann

*Zweitleser:* Prof. Dr. Friedrich Dieckmann

**Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen**
**- Abteilung Münster -**
**Fachbereich Sozialwesen**

*Bachelor-Thesis im Studiengang Soziale Arbeit*

# Experienced - Involvement (EX-IN)
# Der Einfluss der Ausbildung auf den Sense of Coherence
# Eine empirische Untersuchung

vorgelegt von
**Alexander Wildenhues**
Matr. -Nr.: 507350
am: 28. November 2014

*Erstleser:* Prof. Dr. Ingo Zimmermann
*Zweitleser:* Prof. Dr. Friedrich Dieckmann

# Inhaltsverzeichnis

**Abkürzungen**

**Vorwort**

**1 Einleitung**……..1

1.1 Forschungsfrage…….……....4

1.2 Forschungsstand…….5

1.3 Überblick……6

*Theoretischer Teil*

**2 Entstehungshintergrund von EX-IN**…….....7

2.1 Sozial- und Antipsychiatriebewegung.……..……..……7

2.2 Psychiatrie-Enquete…..……....……9

2.3 Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete…….…….…….…11

2.4 Gegenmodelle zur klassisch-traditionellen Psychiatrie…….….13

2.5 Entwicklungen des Peer-Support……15

**3 EX-IN**……..……19

3.1 Pilotprojekt Leonardo da Vinci…….....19

3.2 EX-IN Deutschland e.V…….…..……..20

3.3 Ausbildungsstruktur……..…..….……...……20

3.4 Konzeption der Ausbildung…....….……...……21

3.5 Basismodule...……..…….……..22

3.5.1 Konzept der Salutogenese……....23

3.5.2 Empowerment…….……..28

3.5.3 Recovery…….……..30

3.5.4 Erfahrung und Teilhabe..…….....31

3.5.5 Trialog…….……..……33

*Empirischer Teil*

**4 Begründung der Forschungsarbeit**…..……34

**5 Im Vorfeld der empirischen Untersuchung**…….34

**6 Vorstellung des Erhebungsinstrumentes**….……36

6.1 Deutsche Normierung des Erhebungsinstrumentes…….....37

6.2 Gütekriterien……...……39

**7 Hypothesen**…….……40

**8 Bias**……..40
**9 Darstellung der Untersuchungsergebnisse**……..……42
9.1 Soziodemographie der Versuchsgruppe……..……42
9.2 Soziodemographie der Kontrollgruppe……...44
9.3 Vergleich der Gruppen…...……45
9.4 SOC-Kennwerte…....……...……49
9.4.1 Kennwerte der Versuchsgruppe……49
9.4.2 Kennwerte der Kontrollgruppe……..……51
**10 Hypothesentestung und Interpretation**……...……...53
**11 Reflexion des Erhebungsinstrumentes**……..……..65
**12 Fazit**……...……67
**13 Literaturverzeichnis**..……..……..…70
13.1 Internetverzeichnis..……...……74
**14 Anhang**……..…..……76
14.1 Fragebögen……..……...……..……76
14.1.1 Fragenbogen für die Versuchsgruppe……..……..……76
14.1.2 Fragebogen für die Kontrollgruppe……..……87
14.2 IBM SPSS Statistics Version 22……..……..97
14.2.1 Variablenansicht.....……..……97
14.2.2 Ansicht der Daten der Versuchsgruppe……98
14.2.3 Ansicht der Daten der Kontrollgruppe……..……102
14.3 Abbildungen....……106
14.4 Tabellen……..……..……111
14.4.1 Soziodemographie……..……111
14.4.2 SOC-Scores……...……120
14.4.3 Zusammenhänge zwischen Kontrollvariablen und SOC-Score..122
14.4.4 Zusammenhänge zwischen den Kontrollvariablen……..……127
**15 Eigenständigkeitserklärung**……..131

## Abkürzungen

| | |
|---|---|
| Abb. | Abbildung |
| B | Bedeutsamkeit |
| BPE | Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. |
| bzw. | beziehungsweise |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| ebd. | ebenda (am gleichen Ort) |
| EDV | Elektronische Datenverarbeitung |
| e.V. | eingetragener Verein |
| et. al. | et alii (und andere) |
| EX-IN | Experienced-Involvement |
| H | Handhabbarkeit |
| LWL | Landschaftsverband Westfalen-Lippe |
| SOC | Sense of Coherence |
| u.a. | und andere |
| V | Verstehbarkeit |
| vgl. | vergleiche |
| z.B. | zum Beispiel |

## Vorwort

Besonderer Dank gilt der führenden Leitung von LebensArt, Frau Gudrun Tönnes. Sie regte die vorliegende Bachelor-Thesis an, ermöglichte die Befragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der EX-IN Ausbildung in Münster und Köln und vermittelte mich für die Befragung weiterer psychiatrieerfahrener Personen an den psychosozialen Dienst des Diakonischen Werks im Kirchenkreis Recklinghausen e.V. in Datteln. Darüber hinaus organisierte sie die Befragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der EX-IN Ausbildung in Kaufbeuren. Diese konnte aufgrund einer Diskussion um eine Forschungsgenehmigung jedoch leider nicht durchgeführt werden.

Bedanken möchte ich mich außerdem bei der Kursleitung der EX-IN Ausbildung in Nürnberg, welche hier die Befragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer möglich gemacht hat, sowie den Mitarbeitern des psychosozialen Dienstes des Diakonischen Werks im Kirchenkreis Recklinghausen e.V. in Datteln und der Institutsambulanz der LWL-Klinik in Münster, durch welche die Befragung psychiatrieerfahrener Personen möglich wurde. Ebenfalls großer Dank richtet sich an alle Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Befragung.

Ein weiterer besonderer Dank gilt Prof. Dr. Ingo Zimmermann, der mich in der Anfertigung dieser Bachelorarbeit stets begleitet und unterstützt hat. Sowohl seine kritische Haltung, als auch das große Interesse und Engagement, mit dem er insbesondere alternative Ansätze im Rahmen der psychiatrischen Versorgung vertritt, schätze ich sehr.

# 1 Einleitung

Die Umstände, unter denen die Insassen psychiatrischer Großkrankenhäuser leben mussten, entpuppten sich durch die Erstellung einer Enquete 1975 über die Lage der Psychiatrien als „elend und menschenunwürdig“ (Finzen 2011, S.26). Seit diese schockierenden Zustände ans Licht getreten sind, sollte die Psychiatrie unter dem Prinzip der „gemeindenahen Versorgung“ deinstitutionalisiert werden. Doch sind die Forderungen durch die Psychiatrie-Enquete nur begrenzt verwirklicht worden. Das deutsche Ärzteblatt urteilte „Psychiatrie-Reform: Auf halben Wege stecken geblieben“. Seit der Psychiatrie-Enquete habe sich in der Versorgung vieles verbessert, die Ziele der Reform seien jedoch noch lange nicht erreicht (Bühring 2001, www.ärzteblatt.de).

Dass nach wie vor erschreckende Zustände in psychiatrischen Anstalten vorzufinden sind, zeigen die Berichte aus dem Buchprojekt „Der Sinn meiner Psychose – zwanzig Frauen und Männer berichten“ von *Hartwig Hansen* (2013). Auf dem Weg den Sinn in ihrer Psychose zu finden, werden die klassisch-traditionellen Versorgungsmodelle als stigmatisierend, diskriminierend und demoralisierend empfunden. Ihnen werde unterstellt, dass sie „psychisch krank“ seien. Diesen Krankheiten sei schließlich mit Medikamenten so zu begegnen, dass trotzdem ein einigermaßen erträglicher Zustand aufrechterhalten werden kann. Die befragten *psychoseerfahrenen* Personen sehen dies jedoch oft anders:

„Vielleicht brauche ich in den akuten Angstzuständen, in der absoluten Verwirrung, Hilfe durch Medikamente, aber vor allem möchte ich verstehen, was da in und mit mir vor sich geht. Um das ausloten, erforschen, verstehen zu können, brauche ich Menschen, die mich begleiten, denen ich vertrauen kann, die erreichbar und verlässlich sind, mir Mut machen und an mich glauben, die vielleicht auch fragen und konfrontieren, die mir aber vor allem beistehen in schweren Zeiten und die Hoffnung (stellvertretend für mich) nicht verlieren“ (Hansen 2013, S.11).

Psychiatrien seien denkbar ungeeignete Orte gewesen, ihre Wünsche zu äußern und sich aufgehoben und verstanden zu fühlen. Oft wurde sogar das Gegenteil erlebt (ebd.).

Doch mischen sich die Patienten[1] als *psychiatrieerfahrene* Personen zunehmend sel-

[1] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden ausschließlich die männliche Personalform verwendet, die zweifelsohne das weibliche Geschlecht miteinschließt

ber in die Gestaltung psychiatrischer Versorgung ein, ergänzen sie durch ihr *Erfahrungswissen* und stehen für *bedürfnisorientierte* Angebote ein.

Eine Form der Unterstützung welche sich im Rahmen psychiatrischer Versorgung verbreitet, ist der *„Peer-Support“*. Diesem liegt die Überzeugung zugrunde, dass Menschen, die mit schwierigen Lebenslagen konfrontiert waren und diese erfolgreich bewältigen konnten, Menschen in ähnlichen Situationen hilfreiche Unterstützung leisten können. Deshalb kann der Peer-Support auch als „Unterstützung von Betroffenen durch Betroffene“ oder „Unterstützung durch Gleiche“ übersetzt werden. Dieser Ansatz ist in den Niederlanden, Großbritannien, den USA, Kanada, Australien und Neuseeland weit verbreitet. In Deutschland ist er vergleichsweise jung. Verschiedene Forschungsergebnisse belegen die Wirksamkeit des Einsatzes von *„Experten durch Erfahrung*[2]*“*. Es entstünde eine „neue Qualität“ der Unterstützung, die „lebensnah, lösungsorientiert und nicht stigmatisierend“ ist (Utschakowski 2009, S. 14-18).

L. Davidson kam in einer Übergangsstudie zu dem Ergebnis, dass der Einbezug von Experten durch Erfahrung zu keiner Verschlechterung der Versorgung führt. In vielen Fällen wurde sogar die Zufriedenheit der Nutzer gesteigert. Darüber hinaus kam es zu einer gesteigerten Reduzierung der Lebensprobleme der Nutzer (vgl. Davidson et. al. 2005).

T. Greenfield und Kollegen verglichen einen Kriseninterventionsdienst, der mit Peers zusammenarbeitet, mit einem herkömmlichen Kriseninterventionsdienst. Im Kriseninterventionsdienst, der mit Peers arbeitet, kam es zu einer signifikant höheren Reduzierung der selbst empfundenen und gemessenen Reduzierung der psychopathologischen Symptome. Außerdem wurde die Zufriedenheit der Nutzer mit diesem Dienst als „außerordentlich“ hoch eingestuft (vgl. Greenfield et. al. 2008).

D. Sells und Kollegen kamen zu dem Ergebnis, dass die Angebote im Rahmen des Peer-Support besonders dann den herkömmlichen Angeboten überlegen waren, wenn die Psychiatrieerfahrenen auf ihre Tätigkeit vorbereitet wurden, also ihre Lebensge-

---

[2] Allein Erfahrungen mit psychischen Krisen und der Psychiatrie gemacht zu haben, bedeutet nicht, dass jemand Experte durch Erfahrung ist.
H.van Haaster und Y.Koster formulieren 2005 die folgende Definition: „Ein Experte durch Erfahrung in der Gesundheitsversorgung ist jemand, der aktive Erfahrung mit Krankheit, Behinderung und/oder psychischen Problemen hat und der spezifische Fähigkeiten erworben hat, damit zu leben und im soziokulturellen oder institutionellen Kontext, in dem die Krankheit, die Behinderung und/oder die psychischen Probleme bedeutsam werden, umzugehen“ (vgl. Utschakowski 2009, S.83).

schichte reflektiert haben, um Strategien zu entwickeln, damit sie Vertrauen schaffen und Hoffnung vermitteln können (vgl. Sells et. al. 2006).

Die Erkenntnis, dass der Einbezug Psychiatrieerfahrener als Mitarbeiter in der psychiatrischen Versorgung zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität führt, brachte die Europäische Union 2005 dazu ein Programm zur Förderung des Curriculums „*Experienced-Involvement (EX-IN)*“ ins Leben zu rufen, welches Psychiatrieerfahrene im Rahmen einer Ausbildung dafür qualifiziert als *Genesungsbegleiter, Trainer* oder *Dozent* tätig zu werden. Zu Deutsch meint „*Experiencend-Involvement*“ den Einbezug oder die Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener, spezifischer: die Einbeziehung in die Versorgungsstrukturen der Psychiatrie auf den Ebenen der „Entscheidungsfindung, Planung und Qualitätssicherung“ (Utschakowski 2009, S.82).

Im Zentrum der *„EX-IN Ausbildung“* steht sowohl das Erfahrungswissen als auch der Erwerb von Fähigkeiten und theoretischem Wissen, um als Mitarbeiter in der psychiatrischen Versorgung tätig werden zu können.

Ziel der Ausbildung ist sowohl die Entwicklung von individuellem Erfahrungswissen, das *„Ich-Wissen“* als auch die Entwicklung von kollektivem Erfahrungswissen, das *„Wir-Wissen“*.

Um das „Ich-Wissen“ zu entwickeln, reflektieren und strukturieren die Teilnehmer ihre eigenen Erfahrungen. Sie stellen Erklärungen über ihre eigene seelischer Erschütterung an, ordnen sie in ihre Lebensgeschichte ein und versuchen den Sinn in ihr zu erkennen. Sie werden sich darüber bewusst welche Bedingungen und Strategien dazu beigetragen haben, Krisen zu bewältigen.

Anschließend wird vor dem Hintergrund von theoretischem Wissen, wie sinnorientierten und gesundheitsbezogenen Ansätzen das „Wir-Wissen“ entwickelt. Es geht darum einen Standpunkt, eine Perspektive zu entwickeln, die von anderen Teilnehmern nachvollzogen und geteilt wird. Neben dem „Mit-Teilen“ ist die kritische Reflexion der anderen Kursteilnehmer notwendig für die Entwicklung von kollektiven Wissen (Utschakowski 2009,S.87). Das kollektive Wissen beinhaltet neben dem gemeinsam Erfahrenen, wie „Stigmatisierung, Erschütterung, Konfrontation mit Zwängen“ auch das „gemeinsam Verstandene“ (ebd.).

Neben den theoretischen Ansätzen werden in der EX-IN Ausbildung Methoden, Fähigkeiten und Fertigkeiten für „Beratung, Unterstützung und Fortbildung“ gelehrt, die sowohl „professionell und erfahrungsorientiert“ aber nicht zwangsweise Bestand-

teil des „Wir-Wissens“ sind (Utschakowski 2009, S.88).

Als qualifizierte Genesungsbegleiter stehen die *EX-INler* Menschen in psychischen Krisen[3] bei, vermitteln Hoffnung auf Genesung und Mut zur Eigenverantwortung und können darüber hinaus die Kenntnisse der professionell Tätigen in der Psychiatrie durch ihr Erfahrungswissen verbessern (vgl. Jahnke 2012, S.11).

Mein Interesse für „Experiencend-Involvement“ wurde in einem Seminar geweckt, in welchem Frau Gudrun Tönnes über die Ausbildung referierte. Sie selber ist EX-IN Kursleitung und Trainerin sowie im Vorwort angesprochen, führende Leitung von LebensArt. Besonders beeindruckt hat mich die Überzeugung von EX-IN, dass die Bestandteile Sinn und Kohärenz[4] wesentlich zur Entstehung und Erhaltung von seelischer Gesundheit beitragen. Diese Überzeugung stieß mich dazu an im Rahmen der Bachelor-Thesis eine Studie zur Entwicklung der seelischen Gesundheit der Teilnehmer der EX-IN Ausbildung durchzuführen. Im Zuge dieser Arbeit möchte ich mich der folgenden Forschungsfrage widmen.

## 1.1 Forschungsfrage

Ein in der EX-IN Ausbildung gelehrtes Konzept ist das *„Konzept der Salutogenese“*. Dieses Konzept ist als Rahmenkonzept zu verstehen, welches sich auf Faktoren und dynamische Wechselwirkungen bezieht, die zur Entstehung und Erhaltung von (seelischer) Gesundheit führen. Der Autor *Aaron Antonovksy* entwarf Fragebögen, die das wichtigste Element der Gesundheit, *„das Kohärenzgefühl“*, im englischen *„Sense of Coherence (SOC)“*, messen sollen.

Antonovksy geht davon aus, dass die seelische Gesundheit eine beschützende Funktion für das Gesundheitsgeschehen insgesamt hat. Der Begriff der seelischen Gesundheit selber ist kaum zu fassen. Schon Lohmann schreibt „Es gibt im Hinblick auf psychische Gesundheit keine zufriedenstellende Möglichkeit, ihn einzugrenzen oder

[3] In der Konzeption des Weglaufhauses auf welches in Punkt 2.4 eingegangen wird, findet sich eine treffende Definition einer Krise: „Der Begriff Krise beschreibt die aktuelle Zuspitzung der sozialen und existenziellen Situation mit den Folgen, dass den Betreffenden die Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten, die zur Bewältigung seiner/ihrer schwierigen Lebenssituation notwendig sind, momentan fehlen. Die Anlässe für eine Krise können innerer und/oder äußerer Natur sein. In einer solch akut bedrohlichen Lebenssituation sind die Betroffenen häufig nicht mehr in der Lage, soziale Netzwerke und/oder bestehende Hilfesysteme in Anspruch zu nehmen. Nahe stehende Bezugspersonen oder andere soziale Kontakte sind entweder überfordert, reichen als Unterstützung nicht aus oder fehlen ganz“ (Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V. 2010, S.3).

[4] Kohärenz bedeutet Zusammenhang, Stimmigkeit. Dieser Begriff wird im nächsten Punkt als Kohärenzgefühl erneut aufgegriffen und näher erläutert

zu messen. Obwohl dieser Begriff in der Praxis eine so unerhörte Bedeutung hat, ist er keineswegs eindeutig. Daher ist es kaum verwunderlich, dass psychiatrische Diagnosen nicht selten stark voneinander abweichen und dass Situationen, die der Abgrenzung zwischen psychischer Gesundheit und psychischer Krankheit zugrunde liegen, oftmals Anlass leidenschaftlicher Debatten sind“ (1978, S.34).

Im Rahmen des Konzeptes der Salutogenese bildet das Kohärenzgefühl jedoch bereits für sich selbst eine Definition seelischer Gesundheit. Kurzum wird das Kohärenzgefühl als „zentrale Kraft“ betrachtet, „die alle Ressourcen einer Person integriert und den Weg zu einer erfolgreichen Bewältigung von Belastungen und Stressoren bahnt“ (Lenz 2002, S.15).

Die Forschungsfrage, welche sich bereits in der Überschrift andeutet und Grundlage dieser Arbeit wird, möchte ich wie folgt formulieren: *Welchen Einfluss nimmt die EX-IN Ausbildung auf den Sense of Coherence der Teilnehmer?* Im Zuge dessen wird Antonovskys umfangreichster *29-Item-SOC-Fragebogen*[5] in verschiedenen EX-IN Kursen in Deutschland angewendet.

## 1.2 Forschungsstand

Bisher wurden der Erfolg und die Wirksamkeit der EX-IN Ausbildung im deutschsprachigen Raum ausschließlich von der Universität in Bern wissenschaftlich untersucht. Die Ausbildung findet an der Berner Fachhochschule für Gesundheit als Weiterbildung statt und schließt mit einem Diploma of Advanced Studies ab. Parallel zu einer Studiengangevaluation wurden die Teilnehmer der EX-IN Ausbildung befragt. Fokussiert wurden die Erwartungen an die Ausbildung, die Erwartung an die Arbeit als Genesungsbegleiter, die Lebensqualität, der Gesundheitszustand, die Recovery-Orientierung[6], sowie die Stigmaresistenz[7]. Darüber hinaus wurde gemessen inwiefern sich die Selbstbeobachtung, die Selbstwirksamkeit und die Hoffnung der Teilnehmer während des Studiengangs verändern (Hegedüs, Steinauer 2013, S.204-217). Da in der Studie lediglich eine kleine Stichprobe gezogen wurde, ist die Aussagekraft jedoch begrenzt.

---

[5] Der Fragebogen zuzüglich Einleitung und soziodemographischen Fragen ist im Anhang unter Punkt 14.1.1 bzw. 14.1.2 zu finden

[6] Recovery-Orientierung meint kurzum die Überwindung von prognostischem Pessimismus im Hinblick auf den Verlauf psychischer Störungen. Recovery wird unter Punkt 3.5.3 erläutert.

[7] Der Begriff Stigmaresistenz umfasst die individuelle Widerstandskraft gegenüber den mit der psychischen Erkrankung einhergehenden Stigmatisierung und Diskriminierung.

## 1.3 Überblick

Die vorliegende Bachelor-Thesis unterteilt sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil:

Der theoretische Teil beginnt mit dem zweiten Kapitel. Hier wird der Entstehungshintergrund von EX-IN erläutert. Dieser wird im Hinblick auf die Sozial- und Antipsychiatriebewegung sowie die Psychiatrie Enquete bearbeitet. Darüber hinaus werden eine alternative Schizophreniebehandlung mit dem Namen „Soteria“ und eine antipsychiatrisch orientierte Kriseneinrichtung: „das Weglaufhaus“, fokussiert, welche bereits Elemente des Peer-Supports und letztlich von EX-IN beinhalten. Anschließend werden die Entwicklungen des Peer-Support beschrieben.
Im dritten Kapitel folgt die Vorstellung der EX-IN Ausbildung. Diese findet im Hinblick auf das Pilotprojekt „Leonardo da Vinci“, den Verein EX-IN Deutschland e.V. sowie auf die Ausbildungsstruktur- und die Konzeption der Ausbildung statt. Schließlich werden die Inhalte der Basismodule der EX-IN Ausbildung erläutert. Die Auseinandersetzung mit dem „Konzept der Salutogenese“, welches im ersten Basismodul „Gesundheitsfördernde Haltungen“ der EX-IN Ausbildung thematisiert wird, dient auch dem Verständnis des SOC-Fragebogens und letztlich dieser Untersuchung insgesamt.

Der empirische Teil beginnt im vierten Kapitel mit der Begründung der Forschungsarbeit. Danach werden im fünften Kapitel die Planung und das Design der Untersuchung veranschaulicht. Im sechsten Kapitel wird der SOC-Fragebogen, samt der dazu durchgeführten Normierung und der Gütekriterien vorgestellt.
Im siebten Kapitel werden dann die zu testenden Hypothesen formuliert. Daran schließt im achten Kapitel die Beschreibung des Bias an. Im neunten Kapitel werden die erhobenen Daten zur Soziodemographie und zum SOC-Fragebogen dargestellt. Die Hypothesentestung inklusive Interpretation findet sich im zehnten Kapitel. Im elften Kapitel wird dann das Erhebungsinstrument reflektiert. Mit einem Fazit in Kapitel zwölf schließt die Bachelor-Thesis ab.

*Theoretischer Teil*

# 2 Entstehungshintergrund von EX-IN

## 2.1 Sozial-und Antipsychiatriebewegung

Bereits *Wilhelm Griesinger,* der von 1817 bis 1868 lebte, entwickelte die Idee der „Stadtanalyse“. Eine Idee in der kleine stationäre Einrichtungen in der Gemeinde, Hausbesuche, Beachtung der Lebensbedingungen und ambulante Nachsorge zum Ausgangspunkt psychiatrischer Versorgung werden. Dies war die erste Forderung nach einer Gemeindepsychiatrie. Diese Idee musste rund 100 Jahre bis zur Psychiatrie-Enquete warten, mit der Gemeindepsychiatrie allgemein gefordert wurde (vgl. Dörner 1990, S.469).

Erst zu Beginn der 60er Jahre wurden die kritischen Stimmen gegenüber dem klassisch-traditionellen biomedizinischen Krankheitsmodell der Psychiatrie immer lauter. Durch die Veröffentlichung einiger einflussreichen Schriften über die Psychiatrie, wie *The Myth of Mental Illness* von *Thomas Szasz,* welches 1960 veröffentlicht wurde, bekam die Antipsychiatriebewegung, welche es schon im 19.Jahrhundert gegeben hatte, einen enormen Zulauf (vgl. Shorter 1999, S. 410). Szasz übte starke Kritik am vorherrschenden psychischen Krankheitsbegriff. Er stellte Geisteskrankheit als Mythos und als Fehlurteil der Medizin dar. Die Behauptung, dass Geisteskrankheit existiere, sei wissenschaftlich wertlos und gesellschaftsschädigend. Sie werde Personen unterstellt, die Probleme mit ihrem Leben haben (ebd.).

Ebenfalls *Michael Foucaults* 1961 veröffentlichtes Werk *Wahnsinn und Gesellschaft*, welches Geisteskrankheit als soziale und kulturelle Erfindung des 18.Jahrhunderts beschreibt, bestärkte die Antipsychiatriebewegung.

Einen weiteren großen Einfluss nahm das Buch *Asylums* von *Erving Goffman,* welches 1961 erschien. Er führte Forschungen im St. Elisabeths durch, einer Psychiatrie mit über 7000 Insassen. Seinen Beobachtungen führten ihn zu dem Schluss, dass die Psychiatrie das Sinnbild einer „totalen Institution“ sei. Die Psychiatrie bildete eine in sich geschlossenes System, das die Insassen von der Gesellschaft abschnitt, sie „infantilisierte und in ihren Lebensäußerungen beschränkte“ (Shorter 1999, S.411). Mit der Einweisung in das St. Elisabeths begannen Demütigungen, Entwürdigungen, Erniedrigungen und Herabwürdigung des Selbst (ebd.). Psychiatrien seien vor diesem Hintergrund denkbar ungeeignete Orte, um mit psychosozialen Krisen umzuge-

hen. *Thomas Scheff* brachte 1966 eine weitere Perspektive ein, indem er beschrieb, dass es sich bei psychischen Krankheiten um gesellschaftliche Etiketten für abweichendes Verhalten von der Normalität handelt. Die meisten chronischen Geisteskrankheiten seien letztlich Ausdruck einer sozialen Rolle.

Später führte *Franco Basaglia*, Vertreter der Italienischen Antipsychiatriebewegung, die *„Labeling-Perspektive"* aus und schreibt 1974 in *Was ist Psychiatrie?* psychiatrischen Diagnosen einen kategorialen Wert zu, insofern, „dass sie eine Etikettierung, eine Stigmatisierung des Kranken darstellen, über die hinaus es keine Möglichkeit der Aktion oder Annäherung gibt". Der Psychiater konstruiert hier anhand eines reichen Schatzes technischer Kenntnisse, von Symptomen ausgehend, das „Phantasiegebilde einer Krankheit". Ist die Diagnose erst formuliert, ist der Kranke endgültig auf eine soziale Rolle festgesetzt, die ihm über die Diagnose hinaus keine Handlungsmöglichkeiten erlaubt und ihn auf einen „neuen sozialen Status sanktioniert" (vgl. Basaglia 1974, S.7).

Die beiden Vertreter, die der Antipsychiatriebewegung am ehesten zugeschreiben werden sind *Ronald D. Laing* und *David Cooper*.

*Ronald D. Laing* war einer der ersten Vertreter der Antipsychiatriebewegung Großbritanniens. In seinem Werk *das geteilte Selbst* von 1960, beschreibt er, wie die Familie Ursache von Schizophrenien und Wahnsinn ist, während die „sogenannte Krankheit, Ausdruck eines von Talent und Kreativität geprägten Bewusstseinsstandes sei" (Shorter 1999, 414). Schizophrenien seien demnach eine gesunde Antwort auf eine verrückte Gesellschaft.

Auch *David Cooper*, welcher mit der Veröffentlichung seines Buches *Psychiatrie und Anti-Psychiatrie* den Terminus *Antipsychiatrie* prägte, war der Überzeugung, dass Schizophrenien Versuche sind, unter unerträglichen Familienbedingungen und kapitalistischen Ausbeutungsverhältnissen psychisch zu überleben.

Zum Ende der 60er Jahr hatte sich die Antipsychiatriebewegung unter den Intellektuellen in Europa und den Vereinigten Staaten weitgehend durchgesetzt (vgl. Shorter 1999, S.414). In diesem Zuge verbreitete sich die professionelle Haltung die Psychiatrie übe illegitime soziale Kontrolle aus. Diese Macht sei zu brechen, indem man die Psychiatrie deinstitutionalisiert.

Eine deutsche Antipsychiatrie wurde wesentlich durch *Klaus Dörner* und *Ursula Plog* geprägt. 1970 hatte in der psychiatrischen Klinik der Universität Hamburg ein

sozialpsychiatrischer Kongress stattgefunden. Unter der Leitfrage „Rückkehr der psychisch kranken in die Gesellschaft?“ wurde über eine Sozialpsychiatrie diskutiert. *Klaus Dörner* forderte eine „kritische Sozialpsychiatrie“. Nach Dörner stellt sich „Sozialpsychiatrie als empirische Wissenschaft, als therapeutische Praxis, als soziale Bewegung und als Versuch der Rückbeziehung auf und die Integration der psychisch Leidenden in die soziale Realität, dar“. Die Sozialpsychiatrie sei darüber hinaus wissenschaftslogisch nicht von der Psychiatrie abzugrenzen: „Psychiatrie ist soziale Psychiatrie oder sie ist keine Psychiatrie“ (Dörner 1995, S.83-84).
Die Forderung nach einer sozialen Psychiatrie und damit der Integration psychisch kranker Menschen in die Gesellschaft, führte letztlich auch dazu, dass in der Bundesrepublik Deutschland eine Psychiatrie-Reform gefordert wurde. Klaus Dörner und Ursula Plog leisteten später mit dem Buch *Irren ist menschlich* von 1978 verbunden mit den Forderungen durch die Psychiatrie-Enquete wesentliche Beiträge für die Auflösung psychiatrischer Anstalten und Schöpfung sozialpsychiatrischer Hilfen.

## 2.2 Psychiatrie-Enquete

Im Laufe des Jahres 1970 wurden die ersten Ansätze zur inhaltlichen und formellen Strukturierung einer Psychiatriereform in Deutschland entwickelt (Finzen 2011, S.24). Die Vertreter der Reform schafften es den deutschen Bundestag zu einer Anhörung über die Lage der Psychiatrie zu bewegen. Mit der zweiten Anhörung wurde der Bundestag davon überzeugt, eine Enquete über die Lage deutscher Psychiatrien erstellen zu lassen. Zwischenzeitlich hatte sich 1971 die „*Aktion psychisch Kranker*“ gegründet, welche später institutioneller Träger der Enquete werden sollte. Die vom Bundestag eingesetzte Expertenkommission untersuchte nun die Lage psychiatrischer Großkrankenhäuser. Sie stellten katastrophale Zustände fest. Im Jahr 1973 legten sie den Zwischenbericht „unter elenden, menschenunwürdigen Umständen“ und 1975 den Endbericht vor. Im Zwischenbericht stellten sie fest, dass „eine sehr große Zahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen“ leben müssen. Überalterung der Bausubstanz, katastrophale Überfüllung in diesen Bereichen, Unterbringung in Schlafsälen, unzumutbare sanitäre Verhältnisse und allgemeine Lebensbedingungen, vor allem für chronisch Kranke, kennzeichnen einen gegenwärtigen Zustand, dessen Beseitigung nicht einfach auf unabsehbare Zeit verschoben

werden kann“ (Finzen 2011, S.26).

Beispiele für diese Zustände boten die sechs psychiatrischen Einrichtungen im Landesverband Rheinland. „Ein Viertel der 12 000 Betten entstand vor der Jahrhundertwende, ein Achtel ist abbruchreif. Legt man die Polizeiverordnung aus dem Jahre 1953 zugrunde, so ergibt sich eine durchschnittliche Überbelegung um mehr als 35 Prozent. Zwei Drittel der Patienten sind in Räumen mit mehr als zehn Betten untergebracht. Der Anteil der Kranken, die in Schlafsälen mit mehr als zwanzig Betten leben müssen, beträgt immer noch mehr als ein Zehntel. Im Durchschnitt steht für elf Patienten ein WC zur Verfügung. Tausende von Patienten schlafen auf Matratzen die mit Seegras gefüllt sind. Tausende haben keinen eigenen Schrank – also keinen Platz für die Aufbewahrung ihres ohnehin bescheidenen Eigentums sowie Gegenstände des täglichen persönlichen Gebrauchs (Finzen 2011, S.27).

Auf Grundlage der schockierenden Befunde, war die wichtigste Forderung der Kommission „unerlässlich, Sofortmaßnahmen zur Befriedigung humaner Grundbedürfnisse“ einzuleiten. Die freigesetzten Gelder wurde also zunächst für den „Ersatz unzumutbar baufälliger Substanz; Bereitstellung von Sondermitteln für Renovierungsmaßnahmen; Gewährleistung eines Grundstandards allgemeiner Lebensbedingungen“ verwendet (ebd.). Diese Sofortmaßnahmen dienen jedoch nur der Beseitigung der schlimmsten Mängel, letztlich wären die Missstände in der psychiatrischen Versorgung strukturell bedingt. Die Psychiatrien haben eine „überkommene Organisation ihres Krankenhauswesens aufzuweisen, die den heutigen therapeutischen und rehabilitativen Erfordernissen nicht mehr gerecht wird“ (Finzen, Schädle-Deininger 1979, S.53). Es bedurfte also einer Neuordnung der psychiatrischen Versorgung. Diese sollte unter den vier Prinzipien, der:

1. Gemeindenahen Versorgung
2. Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken
3. Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung
4. Koordination aller Versorgungsdienste

(Finzen, Schädle-Deininger 1979, S.244)

gewährleistet werden. Abgeleitet von diesen Prinzipien gaben die Sachverständigenkommission die folgende Empfehlungen:

•Integration der Psychiatrie in das Fachgebiet der Medizin
•Schaffung von psychiatrischen Anstalten an allgemeinen Krankenhäusern
•Für die psychiatrische Abteilung am allgemeinen Krankenhaus wird eine Größe von 200 Betten als optimal angesehen, eine Bettenzahl von 600 sollte nicht überschritten werden
•Verkleinerung, Neuordnung, und Festlegung von Einzugsgebieten für stationäre psychiatrische Versorgungseinrichtungen
•Die Herstellung von gemeindenaher Versorgung und Transparenz durch Schaffung von Versorgungsgebieten in der Größenordnung von 150 000 bis 350 000 Einwohnern
•Rechtliche und soziale Gleichstellung der psychisch Kranken mit den körperlich Kranken
•Ausbau von teilstationären Einrichtungen und ambulanten Diensten
•Schaffung von Spezialabteilungen für Suchtkranke, geistig Behinderte, Kinder- und Jugendliche, psychisch kranke Rechtsbrecher, Epileptiker, mehrfach und Schwerstbehinderte (Finzen, Schädle-Deininger 1979, S.29)

Entschiedene Unterstützung bekam die Reformierung der Psychiatrie von Berufsgruppen, welche selbst von den Missständen der Psychiatrien betroffen waren, von Psychiatern und Sozialarbeitern aus dem „*Mannheimer Kreis*“ und der „*Gesellschaft für soziale Psychiatrie*“, wie von Journalisten und Sozialpolitikern aus der „*Aktion psychisch kranke*“. Dieses Engagement ermöglichte eine Reformierung, durch Umstrukturierung, Erweiterung und Differenzierung, auch im Nachsorgebereich und den komplementären Diensten psychiatrischer Versorgung.

## 2.3 Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete

Schon bevor der Abschlussbericht der Psychiatrie-Enquete vorgelegt wurde, wurde in der psychiatrischen Versorgung einiges verbessert. Es wurden Notfallmaßnahmen auf den Weg gebracht, welche zeitnah verwirklich wurden: „Unhaltbare sanitäre Verhältnisse wurden behoben, übergroße Säle wurden geteilt. Es wurden Voraussetzungen geschaffen, die Privatsphäre für möglichst viele Menschen in möglichst großem Umfang zu gewährleisten, insbesondere natürlich die Intimsphäre“ (Finzen

2011, S.35). Die Überbelegung wurde durch die Schaffung von Wohnheimen, durch die Nutzung von ehemaligen Personalwohnheimen und durch Wohnungen für Patienten in den Anstalten reduziert.

Doch wurde mit der Ablieferung des Abschlussberichts 1975 im Deutschen Bundestag in der psychiatrischen Versorgung nicht automatisch alles besser. Die politische Stellungnahme zur Psychiatrie-Enquete folgte erst im Jahr 1979. Aufgrund von finanziellen Überlegungen wurden die für die Modernisierung der psychiatrischen Versorgung notwendigen Gesetzte nicht beschlossen. Die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung sei nur abgestuft zu realisieren. Im Rahmen ihrer Zuständigkeit würden lediglich zusätzliche Finanzierungsmittel in angemessener Höhe für neue Modelle der Psychiatrie bereitgestellt. Der Startschuss für eine Reformierung der psychiatrischen Versorgung blieb also aus. Entsprechend zeigt sich die Entwicklung der Psychiatrie weiterhin offen.

25 Jahre später wurde bei einer Tagung der *Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V.* in Bonn über die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete bilanziert. Die damaligen Heil- und Pflegeanstalten seien modernisiert, verkleinert und professionalisiert worden. Psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern seinen eingerichtet worden. Die Zahl der Betten sei um die Hälfte reduziert worden. Die Aufenthaltsdauer sei stark gesunken. Die Zahl der niedergelassenen Psychiater habe sich mehr als verfünffacht. Gemeindenahe Versorgung sei durch sozialpsychiatrische Dienste, betreutes Wohnen, Wohnheime, tagesstrukturierende, Tageskliniken, Ambulanzen und niedergelassene Psychiater, gewährleistet worden.

Demnach sei die durch die Psychiatrie-Enquete geforderte gemeindenahe Versorgung nun für viele psychisch Kranke möglich. Jedoch nicht für alle. Die flächendeckende sozialpsychiatrische Versorgung fehle. Versorgungslücken entstünden durch fehlende Kooperation und Koordination der Versorgungsdienste. Außerdem stagniere die Reform im Bereich der wohnortnahen Versorgung. Die dezentralen psychiatrischen Fachkliniken seinen zwar verkleinert und modernisiert, aber nicht abgeschafft. (vgl. Bühring 2001). Auch der *Aktion Psychisch Kranker e.V.* zufolge besteht „erheblicher Handlungsbedarf“, um die Ziele der Psychiatrie-Enquete zu verwirklichen.

## 2.4 Gegenmodelle zur klassisch-traditionellen Psychiatrie

Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete führten trotz einiger Verbesserungen zu Ernüchterung. Neben der geforderten „gemeindenahen Versorgung“ durch die Psychiatrie-Enquete, führte jedoch auch die Antipsychiatrie zu einer Reihe alternativer Versorgungsmodelle. Ich möchte an dieser Stelle das *Weglaufhaus* und *Soteria* vorstellen. Diese beinhalten bereits Elemente des Peer-Supports und letztlich von EX-IN.

1. *Das Weglaufhaus*

Das 1996 eröffnete Weglaufhaus ist ein antipsychiatrisch geprägtes Wohnprojekt im Norden Berlins. Träger und Initiator des Projekts ist der *Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.* Dieser Verein, sowie das Weglaufhaus werden von Betroffenen kontrolliert. Untergebracht ist das Weglaufhaus in der „*Villa Stöckle*“. Im Weglaufhaus können wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen, die aus der Psychiatrie geflohen sind oder weiteren psychiatrischen Behandlungen entgehen wollen, übergangsweise wohnen. Rechtliche Grundlage bietet §67 SGB XII. Leistungsberechtigt sind demnach, kurz: „Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind“. Das Unterstützungsangebot umfasst gemäß §68 SGB XII „alle Maßnahmen, die notwendig sind, um die Schwierigkeiten der Leistungsberechtigten abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten“.

Im Vordergrund stehen allerdings die persönliche Stabilisierung sowie die Beschaffung von geeignetem Wohnraum und die Befähigung zu einem selbstbestimmten Leben (vgl. Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V. 2010, S.9).

Für die Bewohner sind rund um die Uhr Mitarbeiter anwesend. Die Zusammensetzung der Mitarbeiter im Weglaufhaus orientiert sich nicht an beruflichen Qualifikationen, sondern an Erfahrungen, auch mit Psychiatrie und Verrücktheit, Kenntnissen und persönlichen Einstellungen. Die Mitarbeiter unterstützen die Bewohner darin, einen Umgang mit ihren krisenhaften Erlebnissen und Ausdrucksformen und den oftmals schrecklichen Erfahrungen in der Psychiatrie zu finden. Dieser Umgang soll die Bewohner dazu befähigen, nach dem Aufenthalt im Weglaufhaus, nicht wieder in das psychiatrische Versorgungssystem zu geraten.

Konzeptionell baut das Weglaufhaus darauf auf, dass sich die Bewohner nicht ausschließlich auf die Mitarbeiter beziehen, sondern sich untereinander austauschen und

unterstützen. Außerdem wird Wert darauf gelegt, dass die Bewohner mit Unterstützung der Mitarbeiter und unter ärztlicher Begleitung ihre Psychopharmaka absetzen. Wer in das Weglaufhaus aufgenommen wird entscheidet das Team. Diese Entscheidung kann jedoch durch ein begründetes Votum der Bewohner beeinflusst werden (vgl. Kempker 1998, S.23).

Das Konzept des Weglaufhauses mit dem Verzicht auf ein psychiatrisches Raster ermöglicht, in der Praxis anti- und nichtpsychiatrischer Arbeit, somit überhaupt erst einen unvoreingenommenen Blick auf die besonderen Schwierigkeiten der einzelnen und führt zu „einer radikalen individuellen Anpassung der jeweiligen Form der Unterstützung an die spezifische Situation der Betroffenen“ (Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V. 2010, S.4).

2. *Soteria*

Der Begriff *„Soteria“* kommt aus dem Griechischen und kann mit Sicherheit, Geborgenheit, Erlösung und Befreiung übersetzt werden. Das erste Soteria-Projekt wurde im kalifornischen San José durchgeführt und von 1971 bis 1983 gefördert (vgl. Lehmann 2003, S.6). Hier wurden professionelle Nichtprofessionelle, sogenannte Laien, für die Unterstützung einer Gruppe von sogenannten Schizophrenen eingesetzt. Einer der Initiatoren des Projektes war der US-amerikanische Psychiater *Loren Mosher*, welcher auch mit *Ronald D. Laing* zusammenarbeitet hat. Die Überzeugung, die diesem Projekt zugrunde liegt, ist, dass entgegen des medizinischen Krankheitsmodells, „als „schizophren“ bezeichnete Erfahrung und Verhaltensweisen als verstehbar gelten, als Extreme grundlegender menschlicher Eigenschaften und als potentieller Ausdruck einer eventuell vorhandenen Lebenskrise“ (Lehmann 2003, S.7). Aufgabe der Betreuer lag nicht darin, die Betroffenen zu therapieren oder zu heilen, sondern für diese da zu sein *(„being with“*). Psychopharmaka wurden grundsätzlich als problematisch angesehen und nur in Ausnahmefällen verschrieben. Wenn Sie verschrieben wurden, blieben dieser unter der Kontrolle der Betroffenen. Die Struktur des Soteria Projektes wurde so wenig wie möglich vorgegeben. Die Verantwortung für das Haus lag hauptsächlich gleichberechtigt bei Betroffenen und Betreuern. Allerdings gehörte zum Personal ein Teilzeitpsychiater, der für die Supervision der Mitarbeiter zuständig war (vgl. Lehmann 2003, S.8).

1984 richtete *Luc Ciompi* auf Grundlage des dargestellten Projektes eine Soteria in

Bern in der Schweiz ein. Er übernahm Moshers Grundidee des „einfühlsamen ständigen Mitseins“ und „Begleitens“ des psychotisch verwirrten Menschen in einer kleinräumigen, bergenden und möglichst normalen Wohngemeinschaft“. Wichtigster Ort für das einfühlsame Mitsein wurde das reizgeschützte „Weiche Zimmer“. Hier werden „psychotisch erregte Bewohner Tag und Nacht von einem ihm eigens zugeordneten Betreuer begleitet und können sachte einer „sanften Landung“ der Realität entgegengeführt werden“. Mit fortschreitender Genesung wird dieser Vorgang systematisch ausgeweitet (Aebi, Ciompi, Hansen 2013, S.33-41). Heute ist Soteria ein Begriff für eine „besondere psycho- und milieuzentrierte Psychosebehandlung“, welche sich in kleinen, wohngemeinschaftsähnlichen, nichtmedizinischen stationären Alternativen zur klassisch-traditionellen psychiatrischen Versorgung manifestiert hat (ebd.).

## 2.5 Entwicklung des Peer-Support

*Asmus Finzen* Mitarbeiter an der Psychiatrie reflektiert: „Dass die psychisch Kranken selber sich organisieren und zu Selbsthilfevereinigungen oder sogar zu politischen Interessensvertretungen zusammenschließen könnten, daran hat vermutlich keiner von uns gedacht“ (2011, S.38).

Doch stieg mit dem Ausbau einer Gemeindepsychiatrie auch die Partizipation und Gestaltung durch Betroffene. Inzwischen existieren Selbsthilfegruppen, Betroffenenorganisationen, Beschwerdestellen und trialogische[8] Veranstaltungen.

Beispielhaft ist hier der *Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE)* zu nennen, welcher 1991 von 60 Psychiatrie-Erfahrenen gegründet wurde. Der BPE fordert die „Entwicklung sinnvoller Alternativen zur Pflege- und Betreuungsmentalität der herkömmlichen medizinischen Psychiatrie unter unserer Mitwirkung als gleichberechtigte Partner. Wir fordern eine subjektorientierte Psychiatrie, die ohne Zwang und Gewalt von unseren Erfahrungen und von unserem Erleben im Zusammenhang mit unserer Lebensgeschichte ausgeht, die Dialog und Hilfe zur Verarbeitung der Inhalte der Ver-rücktheiten anbietet und unsere Bedürfnisse berücksichtigt“ (www.bpe-online.de).

Organisiert fordern Psychiatrieerfahrene eine lebensnahe- und bedürfnisorientierte

[8] Trialog meint kurzum die gleichberechtigte Begegnung von Erfahrenen, Angehörigen und professionell Tätigen. Unter Punkt 3.5.5 wird der Trialog näher erläutert

Psychiatrie unter ihrer Mitwirkung. Der „Peer-Support“ wird somit offiziell angefordert.

„Peer-Support“ im Sinne der psychiatrischen Versorgung meint, dass Menschen, „die selbst eine psychische Krise durchlebt und in der Regel auch psychiatrische Dienste genutzt haben“ aktiv werden. Im Fokus der Unterstützung steht, „statt der Anwendung professioneller Methoden der gemeinsame Erfahrungshintergrund von Hilfesuchenden und Unterstützern“ (Utschakowski 2009, S.14).

Es geht darum, sich mit Menschen auszutauschen, die mit ähnlichen Herausforderungen, Krankheiten und Behinderungen konfrontiert waren bzw. sind. Mögliche Themen können hier Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten, Diagnosen, das Erleben und der Umgang mit der Verrücktheit und die unterschiedlichen Erklärungen für seelische Krisen sein (ebd.). Die Entwicklung zeigt, dass „Peer-Support“ zunehmend im Kontext psychiatrischer Versorgung stattfindet, in denen Psychiatrieerfahrene als „Experten durch Erfahrung“ professionelle Unterstützung anbieten und für ihre Arbeit entlohnt werden (Utschakowski 2009, S.15).

Gründe für den Einsatz von „Peers“ sind die nach wie vor stigmatisierenden, diskriminierenden und entmutigenden Tendenzen gerade in der stationären Psychiatrie. Betroffene stoßen auch nach den Psychiatrie-Reformen auf Unverständnis und sogar Ablehnung. In der Behandlung sind „Psychopharmaka oft das Mittel der ersten Wahl oder sogar das einzige Angebot“. Deswegen „sind viele Betroffene unzufrieden mit den professionellen Behandlungsangeboten. Oft werden die professionellen Hilfeangebote nicht nur als unangemessen, sondern oft sogar als hinderlich auf dem Weg der Genesung empfunden (Utschakowski, S.15, zitiert nach Tooth u.a. 1997; Hellerich 2003).

Inhaltlich und methodisch ist die professionelle Form des „Peer-Support“ noch nicht strukturiert beschrieben worden. Die Professionalisierung der „Peers“ ist relativ jung, weswegen „wir am Anfang des Verständnisses dessen stehen, was der Peer-Support leisten kann“ (Utschakowski S.18, zitiert nach Davidson 2006).

Zwar existiert eine Reihe von psychiatrisch Tätigen, die eine professionelle Ausbildung absolviert haben und darüber hinaus selber Erfahrungen mit psychischen Krisen gemacht haben, aber ihre Erfahrungen aus Angst selber stigmatisiert zu werden oder vor dem Verlust ihrer professionellen Rolle, nicht einsetzen können (vgl. Utschakowski 2009, S.18). Der Peer-Support kann also nur dann wirken, wenn es

dem Experten aus Erfahrung gestattet ist und er bereit ist sich als „Peer“ erkennbar zu machen. Zentraler Faktor des „Peer-Support“ ist jedoch Austausch über „gemeinsame Erfahrungen, Sichtweisen und Erklärungen“. Auf dieser Basis kann ein Peer-Spezialist:

•Mit dem Betroffenen über Erlebnisse statt Symptome reden
•Eine gemeinsame Sprache finden und eine von Akzeptanz, Verständnis und Empathie getragene Beziehung eingehen
•Ein authentisches Gefühl von Hoffnung und Glauben an Weiterentwicklung vermitteln
•Die Interessen des Gegenübers sensibler wahrnehmen und dabei unterstützen, selbst Verantwortung zu übernehmen und die eigenen Interessen zu vertreten
•Bewältigungsmöglichkeiten und Problemlösungsstrategien aus eigenem Erleben anbieten (Utschakowski 2009, S.19)

Grundsätzlich findet „Peer Support“ im Rahmen von Selbsthilfe als auch in psychiatrischen Diensten statt. Nach Davidson ist Selbsthilfe im Sinne des „Peer-Supports“ dadurch gekennzeichnet, dass Menschen freiwillig zusammenkommen, um sich bezogen auf ein gemeinsames Problem und Anliegen gegenseitig zu helfen, das heißt, die Beziehungen sind reziprok, alle Beteiligten sollen profitieren (vgl. Davidson, Chinman, Sells u.a. 2006).
Bei der Beteiligung von „Peers“ in psychiatrischen Diensten verhält es sich anders. Zwar bildet der gemeinsame Erfahrungshintergrund die Basis, doch profitieren beide Seiten ungleich voneinander. Hier hat die eine Seite einen Unterstützungs- oder Informationsbedarf, der versucht wird von der anderen Seite zu beantworten. Gerade in professionellen Rahmen weitet sich die Ungleichheit tendenziell aus. Auch sind die Peer-Spezialisten vermehrt mit Loyalitäts- und Interessenskonflikten konfrontiert, da sie nicht länger nur dem Nutzer, sondern auch dem psychiatrischen Dienst und ihrem Team verpflichtet sind. Es tritt die Befürchtung auf, dass die professionellen Peers das Wesen der Selbsthilfebewegung verlieren und traditionelle Rollen und Versorgungsmuster übernehmen.
Doch steht die Beteiligung von Peers erst am Anfang. Es gilt unklaren Strukturen, Aufgabenstellungen und die unklare Identität der Peers zu klären.

Doch auch schon jetzt zeigen die Forschungsergebnisse, dass „professioneller Peer-Support“ die psychiatrische Versorgung wesentlich verbessern kann (vgl. Utschakowski 2009, S.19-21).

# 3 EX-IN

Betroffene als „Experten aus Erfahrung“ wertzuschätzen und sie als hilfreich und notwendig für die Verbesserung der psychiatrischen Angebote zu sehen ist auch eng verknüpft mit dem Trialog. Das erste Psychoseseminar und trialogische Forum bot Erfahrenen, Angehörigen und professionell Tätigen als Experten aus Erfahrung und durch Ausbildung und Beruf die Möglichkeit sich auf gleicher Augenhöhe wechselseitig fortzubilden. Diese Zusammentreffen war der Anfang von „Experienced-Involvement“ (Utschakowski 2009, S.22-24).

## 3.1 Pilotprojekt Leonardo da Vinci

Grundlage für die EX-IN-Ausbildung bot das Pilotprojekt mit dem Titel „EX-IN“. Ziel des Projektes, welches von der Kommission im Rahmen des Leonardo-da-Vinci-Programms von 2005 bis 2007 gefördert wurde, war die Entwicklung einer Ausbildung für Psychiatrieerfahrene als Genesungsbegleiter in der psychiatrischen Versorgung oder Dozent in der Aus-, Fort-, und Weiterbildung. Ausgangspunkt zur Entwicklung der Ausbildung bildete das Erfahrungswissen der Teilnehmer. An dem Projekt waren Betroffenenorganisationen, Bildungseinrichtungen und psychiatrische Dienste aus Norwegen, Schweden, England, den Niederlanden, Slowenien und Deutschland beteiligt (vgl. Lange 2008, S.4).

Koordiniert wurde das Projekt von F.O.K.U.S., dem in Bremen ansässigen Fortbildungsträger der Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V. Folglich eröffnete der Projektkoordinator *Jörg Utschakowski* die Tagung, in der über die zwei Jahre Arbeit im Hinblick auf die Projektziele bilanziert wurde. Aufbauend auf dem Strukturieren, Reflektieren und Teilen von Psychiatrieerfahrung im Hinblick auf Konzepte, Hintergründe und Methoden wurde eine Ausbildung entwickelt, deren erfolgreicher Abschluss die Teilnehmer als „Experte durch Erfahrung in der Gesundheitsversorgung“ zertifiziert. Für die Sicherung der Qualität der Ausbildung wurde ein Curriculum erstellt, nach dessen Maßstäben landesweit gelehrt wird (ebd.).

Schließlich hat sich das Konzept von EX-IN in Deutschland und den an dem Pilotprojekt beteiligten Ländern etabliert. Da sich diese Arbeit auf die Ausbildung in Deutschland bezieht wird im folgenden EX-IN Deutschland e.V. sowie die Ausbildungsstruktur und die Konzeption der EX-IN Ausbildung in Deutschland vorgestellt.

## 3.2 EX-IN Deutschland e.V.

Die ersten EX-IN Kurse in Deutschland wurden vom Koordinator des Pilotprojektes Jörg Utschakowski ins Leben gerufen. Als Ausbildungsstandorte für die Erprobung der Ausbildung dienten die Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf und der Bremer Fortbildungsträger F.O.K.U.S. (vgl. Utschakowski 2009, S.85). Mittlerweile existieren in Deutschland 20 Ausbildungsorte (vgl. www.ex-in.de). Der Verein EX-IN Deutschland wurde im Oktober 2011 gegründet. Der Vorstand des Vereins ist trialogisch besetzt. Der Verein bezweckt die Förderung der Inklusion von sozial benachteiligten und ausgegrenzten Menschen, die Koordination und Vernetzung der EX-IN Initiativen im deutschsprachigen und europäischen Raum, sowie die Sicherung und Entwicklung der Qualität der EX-IN Kurse und der Arbeit von Experten durch Erfahrung (www.ex-in.de). Demzufolge sind sowohl die Entwicklung von Ausbildungsstandards und die staatliche Anerkennung der Ausbildung als auch die Weiterentwicklung des Curriculums Aufgaben des Vereins. Gleichzeitig werden Institutionen durch den Verein zur Beteiligung von Experten durch Erfahrung beraten und Evaluation und Forschung durchgeführt.

## 3.3 Ausbildungsstruktur

Grundsätzlich kann in der EX-IN Ausbildung die Qualifikation zu zwei unterschiedlichen Ausbildungstypen erworben werden. Zum einen die Ausbildung zum Genesungsbegleiter und Dozent und zum anderen die Ausbildung zum Trainer. Letzteres findet in Form der Weiterbildung „Train the Trainer“ statt. Entgegen der Ausbildung zum Genesungsbegleiter und Dozent, wendet sich diese Weiterbildung auch an Professionelle und Angehörige.

Nach Abschluss dieser Weiterbildung können die Absolventen als Ausbildungsleiter in einem Team EX-IN Kurse durchführen. Ein zertifizierter Genesungsbegleiter arbeitet hingegen festangestellt, oder auf Honorarbasis in Krankenhäusern, in sozialpsychiatrischen Zentren, oder bei anderen sozialpsychiatrischen Diensten oder Rehabilitationseinrichtungen. Darüber hinaus arbeiten einige als Dozent oder Referent im Bereich Lehre und Forschung. Die Teilnahme an der Ausbildung zum Genesungsbegleiter und Dozent ist an verschiedene Voraussetzungen gekoppelt. Erfahrungen mit psychischen Krisen zu haben und sich mindestens 1,5 Jahre an Selbsthilfe-/Nutzer-/-Expertengruppen beteiligt zu haben bilden die ersten Voraussetzungen (vgl.

www.ex-in-nrw.info/html/ex-in__ausbildung_zertifiziert.html). Darüber hinaus ist die Fähigkeit, die eigenen Erfahrungen zu reflektieren und zu teilen von besonderer Bedeutsamkeit. Außerdem ist ein gewisses Maß an Selbstbestimmung vorausgesetzt. Schließlich ist es wichtig, dass die Teilnehmer psychisch stabil sind und sich nicht in einer akuten psychischen Krise befinden (Utschakowski, van Haastero.D., S.10). Insgesamt umfasst die EX-IN Ausbildung 250 Stunden, welche sich auf Basis- und Aufbaumodule verteilen (Utschakowski 2009, S.89). Die Kosten für die gesamte Ausbildung belaufen sich auf 2400€, 200€ pro Modul. Im Laufe der Ausbildung erstellen die Teilnehmer ein Portfolio, welches sich aus unterschiedlichen Komponenten zusammensetzt. Neben der Sammlung von Daten und Nachweisen über Qualifikationen, Kompetenzen und Stärken, findet die Planung und Organisation des Vorhabens, welches der Weiterentwicklung und damit der Erreichung der Ziele dienlich ist, statt. Am Schluss des Portfolios steht die Erstellung eines professionellen Profils, welches die persönliche Sichtweise, den Arbeitsansatz und die Stärken beschreibt (ebd.).

Da sich der „Train the Trainer“ Kurs, welcher die Teilnehmer als EX-IN Trainer ausbildet, damit sie selbst EX-IN Kurse leiten können, auf die verschiedenen Gruppen des Trialogs bezieht, existieren hier verschiedene Teilnahmevoraussetzungen. Für Psychiatrieerfahrene ist der Abschluss eines EX-IN Kurses Voraussetzung. Für Professionelle sind Erfahrung mit Nutzerbeteiligung und/oder Trialog und möglichst Erfahrungen als Dozent ausschlaggebend. Streben Angehörige die Ausbildung zum Trainer an, ist Trialogerfahrung von besonderer Wichtigkeit. Geleitet werden die Kurse zum Genesungsbegleiter und Dozent sowie zum Trainer von einem Team, aus mindestens einem Psychiatrieerfahrenen, einem Professionellen und möglichst einem Angehörigen. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf der Ausbildung zum Genesungsbegleiter bzw. Dozent, da sich die Untersuchung ausschließlich an die Adressaten dieses Ausbildungstyps wendet.

## 3.4 Konzeption der Ausbildung

Die EX-IN Ausbildung ist modular strukturiert. Die Inhalte der zwölf Module wurden aus den Erfahrungen der an dem Pilotprojekt beteiligten Partner abgeleitet. Auf diese Weise wurden die folgenden Inhalte der Module erarbeitet, welche in Form des Basis- und des Aufbaukurses organisiert wurden. Im Basiskurs werden Gesundheits-

fördernde Haltungen (Salutogenese), Empowerment, Erfahrung und Teilhabe, Trialog und Genesung (Recovery) fokussiert. An den Basiskurs knüpft der Aufbaukurs an, welcher die Module: Selbsterforschung, Ganzheitliche Bestandsaufnahme (Assessment), Beraten und Begleiten, Fürsprache, Krisenintervention, Lernen, Lehren und Forschen und das Abschlussmodul, welches die Präsentation des Portfolios und das professionelle Profil beinhaltet, umfasst (vgl. Utschakowski 2009, S.87-89). Insgesamt erstreckt sich die Ausbildung über zwölf Monate. Gelehrt wird monatlich an zwei bis drei Tagen. Voraussetzung für das Zertifikat ist die Teilnahme an mindestens zehn Modulen. Darüber hinaus absolvieren die Teilnehmer sowohl im Basis- als auch im Aufbaukurs ein Praktikum im psychiatrischen Dienst oder einer Bildungseinrichtung. Im Rahmen des Basiskurses handelt es sich um ein 40-stündiges und im Aufbaukurs um ein 120-stündiges Praktikum. Die Intensität der Stunden kann nach Leistungsfähigkeit der Teilnehmer angepasst werden. Erklärte Ziele in der Ausbildung zum Experten durch Erfahrungen wurden wie folgt festgelegt:

•Der Ver-rückung einen individuellen und kollektiven Sinn geben
•Die Entwicklung von Erfahrenen-Wissen (vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen)
•Die Auseinandersetzung mit und die Erweiterung von Erklärungsweisen
und Methoden in der Psychiatrie
•Die eigene Rollendefinition/-findung als erfahrener Profi im Team
(professionelles Profil)
•Die Statusverbesserung von Psychiatrie-Erfahrenen
(Qualifikation, Einkommen)
•Die Entwicklung neuer Methoden und Inhalte in der Fachkräfteausbildung
(Flyer EX-IN NRW e.V. (www.ex-in-nrw.info/EX-IN_Flyer_2013.pdf ))

## 3.5 Basismodule

Die Konzeption der Ausbildung fußt auf die im Basiskurs vermittelten gesundheitsfördernden Konzepte. In diese ordnen die Teilnehmer ihre Erfahrungen ein und lernen verschiedene Perspektiven einzunehmen. Im Folgenden findet die Vorstellung der im Basiskurs thematisieren Konzepten, in ihren wesentlichen Zügen, statt. Dies sind: Gesundheitsfördernde Haltungen (Salutogenese), Empowerment, Genesung (Recovery), Erfahrung und Teilhabe und Trialog.

### 3.5.1 Konzept der Salutogenese

Entwickelt wurde das Konzept der Salutogenese vom amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923-1994). Dieses Konzept formulierte er in seinen Hauptwerken „Health, stress and coping: New perspektive on mental and physical well-beeing“(1979) und „Unraveling the mistery of health. How people manage stress and stay well“(1987). Antonovsky war im Zuge seiner Forschung vielfach aufgefallen, dass Stress nicht nur krank machen, sondern auch als stärkende Herausforderung wirken kann. Zur Entwicklung des Konzeptes der Salutogenese veranlasste ihn das Ergebnis einer Studie zur Gesundheit von Frauen in den Wechseljahren. Hier gaben 29 Prozent der befragten Frauen, die 30 Jahre zuvor den unvorstellbaren Horror in den Konzentrationslagern erlebt haben, dass sich dennoch in einer guten körperlichen und seelischen Verfassung befinden. Einige Frauen gaben sogar an, dass sie gestärkt aus dieser Erfahrung hervorgegangen sind. Dieses Phänomen, welches Antonovsky selbst als „Wunder“ bezeichnete, führte ihn zur salutogenetischen Fragestellung: Warum bleiben Menschen – trotz vieler potentieller gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund? Wie schaffen sie es, sich von Erkrankungen wieder zu erholen? Was ist das besondere an Menschen, die trotz extremster Belastungen nicht krank werden? Für seine Fragestellung schuf Antonovsky den Neologismus „Salutogenese“ (Salus, lat.: Unverletztheit, Heil, Glück; Genese, griech.: Entstehung). Hierdurch kennzeichnete er die „Salutogenese“ als Gegensatz zur vorherrschenden „Pathogenese“ des „biomedizinischen Ansatzes und des Krankheits- als auch des Risikofaktorenmodell“ (Bengel 2001, S.24). Das Konzept der Salutogenese setzt sich aus den folgenden, miteinander korrelierenden, Elementen zusammen:

**1. Das Kohärenzgefühl**
**2. Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum**
**3. Stressoren und Spannungszustände**
**4. Generalisierte Widerstandsressourcen**
**5. Korrelationen der Elemente**

**1. Das Kohärenzgefühl**

Nach Antonovsky ist der „Gesundheits- bzw. Krankheitszustand wesentlich durch eine individuelle, psychologische Einflussgröße bestimmt: eine allgemeine Grundhaltung eines Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben“ (Bengel 2001, S.28). Er bezeichnet diese Einflussgröße als Kohärenzgefühl. Das Kohärenzgefühl meint eine „globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat“. Es ergibt sich: Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl einer Person ist, desto gesünder sollte sie sein bzw. desto schneller sollte sie gesund werden und bleiben. Aus weiteren 51 unstrukturierten Tiefeninterviews mit Personen, die ein schweres Trauma erlebt hatten, von denen dennoch berichtet wurde, dass sie erstaunlich gut zu Recht kämen, leitete Antonovsky drei zentrale Komponenten ab, aus denen sich das Kohärenzgefühl zusammensetzt:

a. Gefühl von Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)

Diese Gefühl bezieht sich auf „das Ausmaß, in welchem man Stimuli - auch unbekannte - als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Information und nicht als Rauschen - chaotisch, ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich. Die Person mit einem hohen Ausmaß an Verstehbarkeit geht davon aus, dass Stimuli, denen sie in Zukunft begegnen, vorhersagbar sein werden oder, dass sie zumindest, sollten sie überraschend auftreten, eingeordnet und erklärt werden können“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke 1997, S.34). Mit Verstehbarkeit meint Antonovsky ein kognitives Verarbeitungsmuster.

b. Gefühl von Handhabbarkeit (sense of managebility)

Dieses Gefühl bezieht sich auf „das Ausmaß, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen, die von den Stimuli, mit denen man konfrontiert wird, ausgehen. „Zur Verfügung“ stehen Ressourcen, die man selbst unter Kontrolle hat oder solche, die von legitimierten anderen kontrolliert werden, von jemandem, auf den man zählen kann, jemandem dem man vertraut. Wer ein hohes Maß an Handhabbarkeit erlebt, wird sich nicht von Ereignissen in die Opferrolle oder vom Leben ungerecht behandelt fühlen“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke 1997, S.35).

Hier beschreibt Antonovsky ein kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster.

c. Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness)
Diese Gefühl beschreibt „das Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet: Dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, dass sie willkommene Herausforderungen sind, als Lasten, die man gerne los wäre“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke 1997, S.12). Diese motivationale Komponente beschreibt Antonovsky als die Wichtigste.

Das Kohärenzgefühl kann somit als ein übergeordnetes Steuerungsprinzip beschrieben werden, welches Verarbeitungsmuster in Abhängigkeit zu den Anforderungen anregt. Antonovsky definiert das Kohärenzgefühl schließlich als „globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen (Antonovsky, Übersetzung durch Franke 1997, S.36).

**2. Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum**

Die salutogenetische Perspektive richtet sich auf die Dynamik des Lebens und die permanente Veränderung des Organismus. Diese Veränderung hat die Gesundheit des Organismus zum Ziel (vgl. Petzold 2010, S.20). Gesundheit hat hier, wie der Organismus keine Dauer und entsteht ständig neu. Diese Erkenntnis enttarnt den Begriff „Gesundheitszustand“ als Illusion, denn: wir befinden uns immer in einem Prozess der Veränderung. Die Salutogenese führt demnach zur Verwerfung der „dichotomen Klassifizierung von Menschen als gesund oder krank“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke 1997, S.29). Statt Gesundheit und Krankheit als absolute Zustände zu definieren, sind diese nach Antonovsky auf einem multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu lokalisieren. Jeder Mensch bewegt sich folglich zwischen vollkommender Gesundheit und totaler Krankheit. Die Erreichung der

vollkommenden Gesundheit und der totalen Krankheit ist jedoch ausgeschlossen, da jeder Menschen, auch wenn er sich zu großen Teilen als gesund betrachtet, kranke Anteile hat, und solange Menschen leben, müssen diese auch gesunde Anteile haben. Hieraus resultiert statt der Frage, ob jemand gesund oder krank ist, die Frage: wie weit entfernt bzw. nah ist jemand an den Endpunkten im Kontinuum von Gesundheit und Krankheit.

**3. Stressoren und Spannungszustände**

In der Stressforschung werden Stressoren als Reize oder Stimuli definiert, die Stress erzeugen. Ob Reize oder Stimuli Stressoren sind kann also erst an der Wirkung erkannt werden (Bengel 2001, S.32). Antonovsky versucht dieses Modell zu ergänzen, indem er einen neuen Aspekt mit einbezieht. Er beschreibt, dass Stressoren einen Spannungszustand herbeiführen, der dadurch entsteht, dass Individuen nicht wissen, wie sie in einer Situation reagieren sollen. Schließlich definiert er Stressoren als „eine von innen oder außen kommende Anforderung an den Organismus, die sein Gleichgewicht stört und die zur Wiederherstellung des Gleichgewichts eine nicht-automatische und nicht unmittelbar verfügbare, energieverbrauchende Handlung erfordert“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke 1997, S.72). Eine zentrale Aufgabe des Organismus ist demnach die Bewältigung der Spannungszustände. Wird der Spannungszustand erfolgreich bewältigt, hat das eine gesunderhaltende bzw. gesundheitsfördernde Wirkung. Bleibt die Bewältigung erfolglos, entsteht Stress (Belastung, Belastungsfolgen). Es ist hier hervorzuheben, dass die erfolgreiche Spannungsbewältigung nicht immer gelingen kann. Stressreaktionen und belastende Situationen sind also allgegenwärtig (Bengel 2001, S.33). Doch auch Belastung hat nicht zwangsläufig negative gesundheitliche Folgen. Sie kann auch neutrale oder sogar gesundheitsfördernde Auswirkungen auf den Organismus haben.

Die Bewältigung von Spannungszuständen hängt hier unmittelbar mit dem SOC einer Person zusammen. Ein starker SOC ermöglicht es, manche Reize als neutral zu bewerten, während eine Person mit einem schwachen SOC, diese als spannungserzeugend erfährt. Darüber hinaus kann eine Person mit einem starken SOC, die einen Reiz als Stressor bewertet, differenzieren, ob dieser bedrohlich, günstig oder irrelevant ist. Die Einstufung eines Stressors in günstig oder irrelevant, führt dazu, dass Stressoren zu Nicht-Stressoren umdefiniert werden. Schließlich geht Antonovsky

davon aus, dass jemand mit einem straken SOC zielgerichtet und angemessen auf eine bedrohliche Situation reagiert, während eine Person mit einem schwachen SOC unkontrolliert und diffus mit dieser umgeht. Letzteres führt zu Handlungsunfähigkeit und Ohnmacht, da ihnen das Vertrauen in die Bewältigung des Problems fehlt.

**4. Generalisierte Widerstandsressourcen**

Antonovsky forschte lange nach Faktoren, die die Spannungsbewältigung erleichtern und dadurch einen Einfluss auf den Erhalt oder die Verbesserung der Gesundheit haben. Für die Faktoren und Variablen die er im Zuge seiner epidemiologischen Studien herausfand, schöpfte er den Begriff der generalisierten Widerstandsressourcen. Sie sind bedeutsam um Schutz und Widerstand gegen Stressoren aufzubauen.
Die generalisierten Widerstandsressourcen sind zum einen auf individueller Ebene, wie körperliche Faktoren, Intelligenz und Bewältigungsstrategien, zum anderen auf kultureller Ebene, wie sozialer Unterstützung, finanzielle Mittel und kulturelle Stabilität anzusiedeln (vgl. Bengel 2001, S.34). Generalisiert meint, dass sie in allen denkbaren Situationen wirken, Widerstand, dass sie die Widerstandsfähigkeit einer Person erhöhen. Diese Widerstandsressourcen haben zwei Funktionen: Sie prägen stetig die Lebenserfahrung und ermöglichen bedeutsame und kohärente Lebenserfahrungen und formen somit das Kohärenzgefühl. Außerdem wirken sie als Potential, das aktiviert werden kann, wenn es für die Bewältigung eines Spannungszustandes erforderlich ist (ebd.).
In der Weiterentwicklung durch sein zweites Buch, bestimmte Antonovsky Stressoren als generalisierte Widerstandsdefizite. Widerstandsressourcen und Widerstandsdefizite bilden hier eine neue Dimension: Der positive Pol steht für die Möglichkeit, Lebenserfahrungen zu machen, die das Kohärenzgefühl stärken, am negativen, solche, die es schwächen. Des Weiteren führen „Widerstandsdefizite zu Entropie und Widerstandsressourcen zu negativer Entropie des menschlichen Systems“. Das Kohärenzgefühl dirigiert „dieses Schlachtfeld von Kräften und fördert Ordnung oder Unordnung“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke 1997, S.150).

**5. Korrelationen der Elemente**

Nachdem die wichtigsten Elemente des salutogenetischen Modells zur Entstehung von Gesundheit vorgestellt wurden, soll nun kurz dargestellt werden, wie die Kon-

strukte nach Antonovsky zusammenhängen. Zentraler Faktor für gesundheitsfördernde und gesunderhaltende Prozesse ist nach Antonovsky das Konzept des Kohärenzgefühls. Dieses entsteht durch Lebenserfahrungen, die möglichst konsistent sind und eine wirksame Einflussnahme der Personen erlauben und sie weder über- noch unterfordern (Bengel 2001, S.36). Diese Lebenserfahrungen werden wiederum durch die generalisierten Widerstandsressourcen ermöglicht. Inwieweit die Wiederstandressourcen mobilisiert werden können, hängt von der Stärke des Kohärenzgefühls ab (ebd.). Mobilisierte Widerstandsressourcen prägen den Umgang mit Stressoren, mit denen der Organismus konfrontiert wird. Eine gelungene Spannungsreduktion hat eine stärkende Wirkung auf das Kohärenzgefühl. Die erfolgreiche Spannungsreduktion hat außerdem zur Folge, dass der Gesundheitszustand bzw. die Lokalisation auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erhalten bleibt. Eine günstige Position auf dem Kontinuum fördert wiederum die Schöpfung von Widerstandsressourcen.

Im Modul „Gesundheitsfördernde Haltungen“ lernen die Teilnehmer der EX-IN Ausbildung ihr eigenes Verständnis von Gesundheit zu entwickeln. Dieses Verständnis ist entscheidend dafür, Prozesse der Genesung zu verstehen, zu teilen und zu erkunden. Die eingenommene gesundheitsfördernde Haltung wird zur Grundlage für den weiteren Verlauf der Ausbildung.

### 3.5.2 Empowerment

Der Ursprung des Empowerment-Ansatzes ist eng verbunden mit der Bürgerrechtsbewegung der 60er Jahre in den USA, den sozialen Bewegungen, den Emanzipationsbewegung der Frauen, der Black-Power-Bewegung, der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung von Menschen mit Behinderungen („independent living“) und der Selbsthilfebewegung verbunden mit der Kritik an den unzureichenden psychosozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen (vgl. Lenz 2002, S.14). Die unterlegenen Gruppen akzeptierten die Diskriminierung nicht länger und erarbeiteten sich ein Selbstbewusstsein, indem sie sich zusammenschlossen und sich gegen die Unterdrückung auflehnten. Empowerment kann demzufolge als Selbst-Bemächtigung, als Gewinnung und Wiedergewinnung von Stärke, Energie und Fantasie zur Gestaltung eigener Lebensverhältnisse, übersetzt werden (Lenz 2002, S.13).
Damit wird Empowerment als Prozess der Bemächtigung von Einzelnen oder Grup-

pen verstanden. Dieser Prozess beinhaltet die „wechselseitige Achtung und Fürsorge, kritische Reflexion und Bewusstwerdung der Akteure, durch die eine Form der Teilhabe für den Einzelnen oder die Gruppe ermöglicht wird, die einen unzureichenden Zugang zu wichtigen sozialen Ressourcen haben (Stark 1996, S.17). Dieser Prozess zielt folglich darauf ab den Zugang zu verbessern und darauf, dass sie aus den für sie notwendigen Ressourcen schöpfen können. Für das Verständnis und die Gestaltung psychosozialer Arbeit hat Empowerment weitreichende Konsequenzen. Somit ist Empowerment nicht als Methodik oder professionelles Handwerkszeug zu verstehen, sondern beinhaltet „eine professionelle Haltung, die den Focus auf die Förderung von Potentialen der Selbstorganisation und gemeinschaftliches Handeln legt“ (Stark 1996, S.159). Es geht demnach um eine konsequente Hinwendung zu den kompetenten und gestalterischen Seiten der Nutzer.
Darüber hinaus stellt Empowerment das traditionelle Verhältnis, der am Hilfeprozess Beteiligten grundsätzlich in Frage und kritisiert die fürsorglichen Strukturen der professionellen Hilfsangebote sowie die Dominanz der Experten vor dem Hintergrund ihrer Definitions- Ausführungs- und Kontrollmacht (Lenz 2002, S.15). Somit richtet sich der Empowerment-Ansatz gegen die vielfach erlernte Hilflosigkeit und setzt an der Rückgewinnung eines subjektiven Gefühls von Kontrolle über das eigene Leben an. Er fordert die Aufgabe der traditionellen hierarchisch-bevormundenden Ebene professioneller Arbeit zugunsten von Prozessen des „Aushandelns und Verhandelns, des gemeinsamen Suchens und Entdeckens“ (Lenz 2002, S.16).

Der EX-IN Ausbildung liegt die Überzeugung zugrunde, dass Partizipation, Hoffnung und Verständnis zentrale Faktoren für die Entwicklung von Fähigkeiten und Kompetenzen sind. Die Möglichkeiten der Gewinnung oder Wiedergewinnung von Macht über das eigene Leben, die durch Empowerment aufgezeigt werden, werden im Modul fokussiert und diskutiert (vgl. Utschakowski, van Haastero.D., S.19).

### 3.5.3 Recovery

Der Begriff „Recovery“ kann mit „Genesung“, „Gesundung“ oder „Erholung“ übersetzt werden. Entstanden ist die Recovery Bewegung in den 90er Jahren in den USA. Als „chronisch psychisch krank“ diagnostizierte Menschen wehrten sich dagegen als „unheilbar oder „austherapiert“ bezeichnet zu werden und gründeten die Recovery-Bewegung. Ziel der Bewegung ist es, auf die Demoralisierung und den vorherrschenden Pessimismus der Psychiatrie aufmerksam zu machen und nach Bedingungen für die Genesung und für ein zufriedenstellendes Leben langzeiterkrankter zu suchen. Eine wichtige Rolle in der Forschung in diese Richtung nahmen auch psychiatrische Fachpersonen mit eigener Psychiatrieerfahrung ein. Das Recovery-Konzept wurde in vielen psychiatrischen Institutionen angloamerikanischer Länder, wie England, Neuseeland, Kanada und den USA etabliert (vgl. Giesinger 2008, S.39-43). Im Jahr 2007 wurde das erste deutschsprachige Buch „Recovery – das Ende der Unheilbarkeit“ publiziert (Amering, Schmolke 2007). Grundsätzlich ist Recovery kein Endprodukt, sondern meint einen „Prozess der Auseinandersetzung des Betroffenen mit sich selbst und seiner Erkrankung“ (Utschakowski 2009, S.34). Für das Recovery-Konzept wurden die folgenden zentralen Grundsätze formuliert:

**1. Gesundung ist auch bei schweren psychischen Erkrankungen möglich!**
Mit Gesundung ist gemeint, dass die Erkrankung ganz abklingt oder die Betroffenen gut mit ihrer Erkrankung leben können. Gesundung ist auch nach längerer Krankheitszeit möglich.

**2. Ohne Hoffnung geht es nicht!**
Hoffnung auf eine positive Entwicklung ist ein zentraler Faktor, der darüber entscheidet, ob Genesungsprozesse in Gang kommen. Neben Hoffnung der Betroffenen ist auch die der Angehörigen und Fachpersonen zentral.

**3. Jeder Gesundungsweg ist anders!**
Verschiedene Menschen brauchen unterschiedlich viel Zeit für Gesundungsschritte. Jeder Mensch muss seinen eigenen Weg finden.

**4. Gesundung ist kein linearer Prozess!**
Sie ist nicht systematisch planbar, vielmehr kann es plötzliche positive Veränderungen geben, aber auch Stillstand und Rückschritte sind möglich.

**5. Gesundung besteht, auch wenn Symptome fortbestehen oder Krisen auftreten!**

Gesundung bedeutet nicht zwangsläufig vollkommene Symptom- und Krisenfreiheit. Krisen und Symptome treten aber seltener auf und/oder sind weniger belastend.

**6. Krankheit und Gesundung verändern den Menschen!**

Durch Erkrankung verändert sich der Betroffene. Gesundung bedeutet nicht, wieder genauso, wie vor der Erkrankung zu sein.

**7. Gesundung ist mit, oder trotz professioneller Hilfe möglich!**

Fachliche Unterstützung ist nur ein Faktor unter vielen, der Gesundung fördern kann (Utschakowski 2009, S.36).

Zentraler Schritt, damit Prozesse der Genesung eintreten können, ist demnach eine Vorstellung von Gesundheit und Krankheit, in der sich diese nicht ausschließen, sondern nebeneinander existieren. Entgegen der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO), in der Gesundheit als „vollkommendes, psychisches, geistiges und soziales Wohlbefinden“ beschrieben wird, postuliert der Recovery-Ansatz, dass Gesundheit eben kein Leben ohne psychische Probleme meint. Vielmehr gehören psychische Probleme und Krisen zum Leben dazu. Es geht also darum, wie jemand mit diesen Probleme und Krisen umgeht und lebt und wie jemand es schaffen kann trotzdem ein zufriedenstellendes Leben zu führen.

Die EX-INler reflektieren in diesem Modul sowohl ihren eigenen Genesungsweg als auch die Genesungswege der anderen. Sie lernen Faktoren kennen, die sich genesungsfördernd bzw. genesungshindernd auswirken können. Des Weiteren wird Wissen über genesungsorientierte Einrichtungen, Dienste und Gruppen vermittelt. Schließlich werden genesungsorientierte Fähigkeiten und Strategien entwickelt und angewendet (vgl. Utschakowski, van Haaster o.D., S.34).

### 3.5.4 Erfahrung und Teilhabe

Menschen, die eine psychische Krise erlebt haben, verfügen durch ihre Erfahrungen über Weisheit und Wissen darüber, das Beste aus ihrem Leben zu machen, die Probleme zu bewältigen, sich in der psychiatrischen Versorgungslandschaft zurechtzufinden und das Versorgungssysteme Prozesse der Genesung auch verhindern können.

Durch diese Erfahrung entstehen Lernprozesse, welche es durch Bildung, Ausbildung und Forschung zu fördern gilt (vgl. Utschakowski, van Haaster o.D., S.23).
Die Idee von Erfahrung und Teilhabe ist es, die individuellen Erfahrungen zusammenzutragen, um zu einem kollektiven Erfahrungswissen zu gelangen. Nach Harrie van Haaster ist Wissen und Sachkenntnis erfahrungsbasiert, wenn sie auf der persönlichen Erfahrung der Erfahrungsexperten basieren, von einigen Initiativen und in einem bestimmten Bereich und Kontext benutzt werden, wenn sie an verschiedenen Orten angewandt und von verschiedenen Erfahrungsexperten eingesetzt werden, sie von Erfahrungsexperten als wertvoll erachtet werden und sofort die Kompetenzen der Erfahrungsexperten ansprechen, diese zu benutzen. Wenn diese Kriterien erfüllt sind, kann „geltend gemacht werden, dass die getroffene Aussage durch Erfahrung bestätigt (validiert) ist“ (van Haaster, In: Utschakowski S.53).
Für die Entwicklung von erfahrungsbasiertem Wissen ist es also notwendig, die individuellen Erfahrungen der Teilnehmer zu nutzen, diese Erfahrungen zu reflektieren, auch um die Reproduktion von traditionellem Wissen zu vermeiden, die Bereitschaft das individuelle Wissen, also die reflektierten Erfahrungen zu teilen und eine gemeinsam geteilte Perspektive auf die Erfahrungen zu entwickeln (Utschakowski, van Haastero.D., S.23). Auf dieser Grundlage wird ein kollektives Wissen, das „Wir-Wissen“, entwickelt. Die Reflexion der Erfahrung führt außerdem zu einem Bewusstsein über das eigene und das geteilte Wissen und kann für die Ausbildung und Unterstützung von Psychiatrieerfahrenen und Professionellen genutzt werden.
Schließlich führt die Entwicklung vom „Ich“ und „Du“ zum „Wir-Wissen“ zu einem individuellen und kollektiven Empowermentprozess, aus welchem Strategien abgeleitet werden, welche als Grundlage für neue Bewältigungsstrategien und für die Schaffung nutzerorientierter Angebote dienen (vgl. Jahnke 2012, S.16).

### 3.5.5 Trialog

Der Trialog entstammt dem ersten Psychoseseminar an der Uniklinik Hamburg, welches 1989 stattgefunden hat. Initiatoren dieses Seminars waren die Psychiatrieerfahrene *Dorothea Buck* und Psychologe *Thomas Bock*. Der Trialog meint einen gleichberechtigten  Erfahrungsaustausch zwischen Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen psychisch erkrankter Menschen und professionell Tätigen, in „Behandlung, Öffentlichkeitsarbeit, Antistigmaarbeit, Lehre, Forschung, Qualitätssicherung und Psychiatrieplanung (Utschakovski 2009, S.23). Somit wird durch den Trialog eine Kommunikations- und Handlungskultur beschrieben, die auf Verhandlung und Aushandlung beruht und somit einen weitgehend „herrschaftsfreien Diskurs“ ermöglicht (vgl. Habermas 1981). Es setzt sich mit dem Trialog, sowie der der EX-IN Bewegung demnach die vielfach wissenschaftliche Erkenntnis durch, dass „subjektive Konzepte, Einstellungen und Bewertungen sowie die individuellen Bewältigungsstrategien für die Genesung (Recovery) wertvoll und wichtig sind, also die Basis aller weiteren Intervention sein sollten“ (Utschakowski 2009, S.25). Darüber hinaus wird durch den Trialog sichtbar, dass psychische Erkrankungen nicht nur defizitär zu sehen sind, sondern mit ihnen auch eine Sensibilität und reflexive Erkenntnis einhergehen kann. Diese Erkenntnis führt wiederum zu der vielfach geforderten Veränderung der Gewichtung von Erkrankung und Genesung.

Im Modul lernen die die EX-INler die verschiedenen Gruppen des Trialogs kennen und verstehen.

*Empirischer Teil*

## 4 Begründung der Forschungsarbeit

Der aktuelle Forschungsstand liefert bisher keine empirisch gesicherten Kenntnisse über den Erfolg und die Wirksamkeit der EX-IN Ausbildung. Die Studiengangevaluation in Bern, auf die bereits in Punkt 1.2 eingegangen wurde, stellt die einzige Studie im deutschsprachigen Raum dar. Doch weist das Curriculum auf die Notwendigkeit von Forschungsarbeiten hin. So sei Forschung zu dem Erfahrungswissen und der Bewältigungspraxis unerlässlich, „um Betroffenenorganisationen zu stärken, die Arbeit von Psychiatrieerfahrenen, die Qualität von Ausbildungen und die institutionellen Rahmenbedingungen, in denen sie arbeiten, zu bewerten“ (Utschakowski, van Haaster, S.5). Außerdem sei Forschung ein entscheidender Faktor für die Weiterentwicklung des Erfahrungswissens und die Beteiligung Psychiatrieerfahrener (Utschakowski, van Haaster, S.12). Eine Aufgabe der Forschung sei es die Effekte auf die Teilnehmer bezüglich Lebensqualität, Empowerment und Partizipation zu untersuchen (Utschakowski 2009, S.230). In dieses Feld ist auch diese Studie anzusiedeln. Der Bedarf, in diesem Feld zu forschen, wird damit deutlich.
Außerdem wurde meine Forschungsanfrage vom EX-IN Vorstand diskutiert und schließlich befürwortet.

## 5 Im Vorfeld der empirischen Untersuchung

Die Untersuchung ist quantitativ ausgerichtet und dient der Prüfung der EX-IN Ausbildung und der Testung von Hypothesen, welche im Folgenden gebildet werden. Quantitative Studien zielen in der Regel auf eine möglichst große Stichprobe ab und dienen der späteren Quantifizierung der Erhebungsdaten. Die Forschungslogik ist hier eine klassisch deduktive, also eine Gesetzmäßigkeiten testende oder feststellende. Die Erhebungsinstrumente müssen weitgehend standardisiert sein (Schaffer 2009, S.60). Da in diesem Fall der 29-Item-SOC-Fragebogen angewendet wird, welcher vollstandardisiert ist, können die Erhebungsdaten der EDV-Bearbeitung zugeführt werden. In diesem Fall dient das Statistik- und Analyseprogramm *IBM SPSS Statistics Version 22*. Grundsätzlich ist es in der empirischen Sozialforschung so, „dass die Wirkung einer unabhängigen Variable auf eine Gruppe (die Versuchsgruppe) getestet werden soll, während die andere Gruppe (die Kontrollgruppe) dieser

Wirkung nicht ausgesetzt ist“ (Schaffer 2009, S.64). Dieses Design ermöglicht eine „saubere Testung der Wirkung einer Variablen (unabhängige) auf eine andere (abgängig)“ (Schaffer 2009, S.65). Dieses Design wird auch dieser Untersuchung zugrunde gelegt. Hier ist die EX-IN Ausbildung als unabhängige Variable zu verstehen. Sie hat eine Wirkung, die in Richtung und Stärke getestet werden soll. Die abhängige Variable, hier das Kohärenzgefühl, wird von dieser Wirkung betroffen und verändert sich dadurch (ebd.). Da hier das Verhalten von einer Gruppe von Personen, die einer spezifischen Bedingung ausgesetzt ist, mit dem der Kontrollgruppe, die dieser Bedingung nicht ausgesetzt ist, verglichen werden soll, müssen die Gruppen ansonsten übereinstimmen. Die Kontrollgruppe wird erst im Nachhinein anhand der benannten Kriterien gebildet. Die Versuchsgruppe setzt sich aus den Teilnehmern an der EX-IN Ausbildung zusammen. Da die an der EX-IN Ausbildung teilnehmenden Personen, psychiatrieerfahrene Personen sind, muss die Kontrollgruppe ebenfalls aus psychiatrieerfahrenen Personen, die aber nicht an der Ausbildung teilnehmen, zusammengesetzt sein. Die Vergleichbarkeit der Gruppen wird ansonsten in einem soziodemographischen Teil des Fragebogens anhand der folgenden Kontrollvariablen überprüft:

•Geschlecht •Alter •Staatsangehörigkeit •Familienstand
•Wohnungssituation •Höchster erreichter Schulabschluss
•Umfang der Arbeit •Nettoeinkommen •Hauptdiagnose
•Jahr der erste psychische Krise
•Jahr der letzten psychischen Krise
•letzter Aufenthalt in der Psychiatrie
•Zahl der Aufenthalte insgesamt
•Psychopharmakologische Medikamente
•Teilnahme am Basis- oder Aufbaukurs

Sind die Gruppen unter diesen Kriterien vergleichbar, kann jeder Unterschied zwischen ihnen auf die unabhängige Variable zurückgeführt werden (ebd.). Damit die Entwicklung des Kohärenzgefühls der EX-IN Ausbildung zugeschrieben werden kann, muss das Erhebungsinstrument mindestens vor der Ausbildung und gegen Ende der Ausbildung auf dieselben Personen angewendet werden. Um den zeitlichen Aufwand zu begrenzen, geschieht dies hier teilweise in einer retrospektiven Form.

Das Erhebungsinstrument wird lediglich gegen Ende der Ausbildung angewendet. Die Teilnehmer beantworten die Items des SOC-Fragbogens aus ihrer aktuellen Situation heraus. Zusätzlich versetzten sich die Teilnehmer in die Situation vor der EX-IN Ausbildung zurück und beantworten die Items rückblickend. Die Kontrollgruppe beantwortet die Items ebenfalls aus ihrer aktuellen Situation. Außerdem versetzen sie sich in ihre Situation vor einem Jahr, entsprechend der Dauer der EX-IN Ausbildung und beantworten dann die Items erneut.

## 6 Vorstellung des Erhebungsinstrumentes

Der Fragebogen beginnt mit einer kurzen Einleitung, welche darüber informiert, vor welchem Hintergrund die Forschung durchgeführt wird, welche Forschungsfrage bearbeitet wird, dass die Arbeit ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken dient und die Anonymität gewahrt wird. Außerdem erhalten die Teilnehmer eine klare Instruktion, wie der Fragebogen zu bearbeiten ist. An die Einleitung schließen die soziodemographischen Fragen an. Im Mittelpunkt des Fragebogens stehen die Items der *29-Item-SOC-Skala* von Aaron Antonovsky (vgl. Punkt 14.1.1 und 14.1.2).
Die Items beziehen sich auf die drei Komponenten des Sense of Coherence. Elf Items zur Verstehbarkeit (Item Nr. 1, 3, 5, 10, 12, 15, 17, 19 ,21, 24 und 26), zehn Items zur Handhabbarkeit (Item Nr. 2, 6, 9, 13, 18, 20, 23, 25, 27 und 29) und acht Items zur Bedeutsamkeit (Item Nr. 4, 7, 8, 11, 14, 16, 22, 28). Die Konstruktion des Fragebogens wird ausführlich in Antonovskys „Unraveling the Mythos of Health“ behandelt. Jede Frage gibt zwei Extremantwortmöglichkeiten vor. Eine Skalierung von 1-7 erlaubt es dem Antwortenden, sich einzustufen und sich so mehr oder weniger mit den Extremantwortmöglichkeiten zu identifizieren. Im Folgenden wird unter Berücksichtigung der retrospektiven Fragestellung eine Frage exemplarisch vorgestellt:

8. Bis jetzt hatte Ihr Leben…

<table>
<tr><td rowspan="2">… überhaupt keine klaren Ziele oder einen Zweck</td><td>Vor der Ex-In Ausbildung</td><td>① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦</td><td rowspan="2">…sehr klare Ziele und einen Zweck</td></tr>
<tr><td>Aktuell</td><td>① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦</td></tr>
</table>

Die Werte der einzelnen Komponenten des SOC und des SOC-Gesamtwert (SOC-Score) ergeben sich aus der Addition der Skalenwerte. Bei der Addition muss jedoch die Polung der einzelnen Items berücksichtigt werden. Bei positiv gepolten Items wird z.B. ein Wert von „2“ addiert, wenn eine „2“ angekreuzt wurde usw. Bei negativ gepolten Items hat der niedrigste Skalenwert also eine „1“ den höchsten zu addierenden Wert also „7“. Wurde auf der Skala eine „2“ angekreuzt, so beträgt der zu addierende Wert „6“ usw.

## 6.1 Deutsche Normierung der Sense of Coherence Scale

Auf der Basis der Daten einer 1998 in Deutschland durchgeführten bevölkerungsrepräsentativen Erhebung (n=1.944; Alter 18-92), wurde die Sense of Coherence Scale normiert (Schumacher, Gunzelmann, Brähler 2000). Folgende Kennwerte der 29-SOC Skala ergaben sich, bezogen auf die Gesamtstichprobe:

| *Skala* | *Range* | *M* | *SD* | *α* | *rtt* | *Schiefe* | *Kurtosis* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SOC-29 | 29-203 (1-7) | 145,66 (5,02) | 24,33 (0,84) | 0,92 | 0,90 | -0,118 | -0,460 |

(Schumacher, Gunzelmann, Brähler 2000)

*Anmerkung n=1.944*
*M… Skalenmittelwert (in Klammern ist der an der Itemzahl relativierte Skalenmittelwert aufgeführt)*
*SD… Standardabweichung (in Klammern ist die Standardabweichung des relativierten Skalenmittelwertes aufgeführt)*
*α… Interne Konsistenz (Cronbach´s Alpha)*
*rtt… Split-Half-Reliabilitätskoeffizient (Sperman-Brown)*

Hier erwies sich der Sense of Coherence abhängig vom Alter (altersspezifische Abnahme des SOC) und vom Geschlecht (geringerer SOC bei Frauen). Schließlich konnten die von Antonovsky postulierten Subskalen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit nicht reproduziert werden.
Ergänzend zu dieser Normierung wurde eine Normierung der SOC-Scale im Hinblick auf psychiatrische Diagnose durchgeführt (Hannöver et. al. 2004). Hier wurden insgesamt 4002 Personen zwischen 17 und 64 Jahren befragt, die zu diesem Zeit-

punkt ihren Hauptwohnsitz in Lübeck oder einem der 46 umgebenden Gemeinden hatten. Bei dieser Stichprobe wurde dann außerdem ein strukturiertes diagnostisches Interview durchgeführt (Munich-Composite-International-Diagnostic-Interview). Über dieses Interview folge die Zuordnung von DSM-IV *(diagnostic and statistical manual of mental disorders)* Diagnosen. Hier ergaben sich die folgenden Kennwerte der SOC-Skala:

| *Skala* | *Minimum* | *Maximum* | *M* | *SD* | *α* | *rtt* | *Schiefe* | *Kurtosis* | *ΔKrit* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SOC-29 | 44 | 203 | 155 | 23 | 0,91 | 0,89 | -0,560 | 0,604 | 17,73 |

(Hannöver et. al. 2004)

*Anmerkung n=4002*

*M… Skalenmittelwert (in Klammern ist der an der Itemzahl relativierte Skalenmittelwert aufgeführt)*

*SD… Standardabweichung (in Klammern ist die Standardabweichung des relativierten Skalenmittelwertes aufgeführt)*

*α… Interne Konsistenz (Cronbach´s Alpha)*

*rtt… Split-Half-Reliabilitätskoeffizient (Sperman-Brown)*

*ΔKrit… kritische Messwertdifferenz mit α=5%*

Weiterführend wurden folgende Geschlechts- und Altersabhängige Mittelwerte und Standardabweichungen bestimmt:

| | 17-40 | | | | 41-60 | | | | 61-64 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PR* | *Ges* | *kD* | *lD* | *aD* | *Ges* | *kD* | *lD* | *aD* | *Ges* | *kD* | *lD* | *aD* |
| Männer (n = 2014) | | | | | | | | | | | | |
| M | 153,82 | 157,27 | 149,18 | 147,22 | 158,31 | 163,69 | 151,61 | 146,20 | 161,72 | 163,50 | 158,95 | 147,31 |
| SD | 21,89 | 20,84 | 22,42 | 23,52 | 23,19 | 19,76 | 25,32 | 27,50 | 20,96 | 18,25 | 24,55 | 29,06 |
| Frauen (n = 1988) | | | | | | | | | | | | |
| M | 157,95 | 157,17 | 146,66 | 143,46 | 156,41 | 160,77 | 151,24 | 146,30 | 156,07 | 158,95 | 151,00 | 145,76 |
| SD | 22,44 | 20,61 | 23,00 | 22,43 | 22,46 | 20,78 | 23,30 | 23,75 | 23,26 | 20,65 | 26,78 | 33,60 |

*Anmerkungen: PR: Prozentantrag; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Ges: Gesamtgruppe; kD: keine Diagnose; lD: mit erfüllten Diagnosekriterien im Lebensverlauf; aD: mit erfüllten Diagnosekriterien innerhalb der letzten vier Wochen.*

Im Rahmen dieser Normierung wurde neben dem Alter und dem Geschlecht, ein Unterschied des SOCs bei Probanden, die im Verlauf ihres Lebens Kriterien für eine psychiatrische Diagnose erfüllten mit solchen, die dies nicht taten, deutlich. Alle Unterschiede erreichten statistische Signifikanz. Jedoch bleiben die Unterschiede kleiner als die kritische Messwertdifferenz (α=5). In Skaleneinheiten bleiben die Unterschiede ebenfalls gering. Die Mittelwertdifferenz zwischen Männern und Frauen beläuft sich auf rund 1,6% Skalenspannweite. Im Rahmen der Unterscheidung von Probanden mit einer psychischen Störung im Verlauf des Lebens mit Probanden ohne eine psychische Störung beträgt 6%. Die Hypothese, dass Personen mit psychischen Störungen einen niedrigeren SOC-Score erzielen, decke sich nicht mit den gefundenen Daten (Hannöver et. al. 2004, S.185). Darüber hinaus wurde deutlich, dass sich der SOC unabhängig von der Diagnose des DSM-VI verhält. Letztlich konnten auch hier die Subskalen nicht repliziert werden.

## 6.2 Gütekriterien

Die schriftliche Befragung mit dem SOC-Fragebogen, kann wegen seiner standardisierten Form als objektiv betrachtet werden. So ist auch nach Diekmann die Auswertungsobjektivität bei quantitativen Erhebungsmethoden maximal, von Kodierfehlern mal abgesehen (vgl. Diekmann 2005, S.216).

Die interne Konsistenz (Cronbach´s α) der schriftlichen Befragung erreichte im Zuge der deutschen Normierung einen Wert von α= .92. Nach Schnell, Hill und Esser können Werte von α= 0.8 als akzeptabel betrachtet werden (vgl. 1998, S.152). Der SOC-Fragebogen erweist sich somit als zuverlässig.

Im Rahmen der Validität zeigen die empirischen Daten, dass entgegen Antonovksys postulierten Zusammenhang zwischen dem SOC und der körperlichen Gesundheit, ein Zusammenhang zwischen dem SOC und der psychischen Gesundheit besteht. „So nimmt das Risiko für psychische Beschwerden mit Anstieg des Kohärenzgefühls ab“ (Hannöver et. al. 2004, S.180). Außerdem korreliert der SOC-Fragebogen im hohen Maß mit Depression und Ängstlichkeit, was wiederum den Beitrag des Konzeptes zur Entschlüsselung der körperlichen Gesundheit infrage stellt. Zusammenfassend „zeigt der bisherige Stand der Forschung, dass Kohärenzgefühl und psychische Gesundheit eng zusammenhängen. Der von Antonovsky formulierte direkte Einfluss des SOC auf die körperliche Gesundheit konnte jedoch nicht repliziert werden“

(Bengel 2001, S.46).

In dieser Studie dient der SOC-Fragebogen in erster Linie der Bestimmung des Kohärenzgefühls als ein Maß psychischer Gesundheit. Demnach erweist er sich als valide.

## 7 Hypothesen

Die Hypothesen, die im Zuge der empirischen Untersuchung getestet werden sollen, lauten:

1. Die EX-IN Ausbildung hat einen positiven Einfluss auf die Entwicklung des SOC-Score
2. Die befragten Personen erzielen in der aktuellen Einschätzung höhere SOC-Scores
3. Bei denjenigen Befragten, die als Diagnose Depression angegeben haben, steigt der SOC-Score am wenigsten stark
4. Das Nettoeinkommen hat einen positiven Einfluss auf den SOC-Score
5. Diejenigen Befragten, die sich gegenwärtig in der Psychiatrie befinden, erzielen einen geringeren SOC-Score
6. Die Einnahme psychopharmakologischer Medikamente hat einen negativen Einfluss auf den SOC-Score

## 8 Bias

Zunächst ist die Aussagekraft der Untersuchung aufgrund der kleinen Stichprobe begrenzt, somit können lediglich Tendenzen erkannt werden. Weiterführend bildet sich die Schwierigkeit heraus, zwei (sozial) ähnliche Gruppen zusammenzustellen, verbunden mit der Frage, anhand welcher Kriterien die Gruppen ähnlich sein sollen. Letztlich kann trotz dieser Kriterien nicht ausgeschlossen werden, dass ein völlig unbekannter Faktor wirkt. Des Weiteren werden die Personen in der Regel nach dem Zufallsprinzip auf die Versuchsgruppe und die Kontrollgruppe verteilt. In dieser Untersuchung geschieht dies nicht, da die „soziale Maßnahme“ Untersuchungsgegenstand ist und somit in bereits feststehenden Gruppen durchgeführt wird. Zusätzlich bringt die retrospektive Fragestellung Verzerrungen mit sich. Wenn sich die Befragten aus der Gegenwart in die Situation „vor der EX-IN Ausbildung“ oder „vor einem Jahr“ versetzen, kann es sein, dass sie sich nicht mehr korrekt an die Begebenheiten

erinnern oder diesen im Nachhinein mehr oder weniger Bedeutung beimessen als dies ursprünglich der Fall war. Weiterführend sind Kodierfehler nicht auszuschließen, da die Übertragung der Fragebögen in *SPSS Statistics* manuell geschieht. Zudem wurde in vier Fragebögen jeweils ein Item ausgelassen bzw. nicht beantwortet. Um den SOC-Score trotzdem zu berechnen, wurde die Mitte der Skala von „4“ eingesetzt. Dies führt ebenfalls zu Verzerrungen. Schließlich wurde die retrospektive Fragestellung bei dem Item „In den letzten 10 Jahren war ihr Leben…“ ausgelassen, da sich die aktuelle als auch die retrospektive Einschätzung, mit einer Verschiebung von einem Jahr, auf denselben Zeitraum beziehen und somit eine Einschätzung ausreicht. Hier wurde zur Berechnung des SOC-Score von vor der Ausbildung/ vor einem Jahr und der Berechnung des aktuellen SOC-Score der gleiche Wert verwendet.

# 9 Darstellung der Ergebnisse

Die Grundgesamtheit dieser Untersuchung beläuft sich auf 74[9] psychiatrieerfahrene Erwachsene. Es wurden für die Versuchsgruppe 29 Teilnehmer der EX-IN Ausbildung aus den Standorten Münster, Köln und Nürnberg und für die Kontrollgruppe 45 Psychiatrieerfahrene aus der Institutsambulanz der LWL Klinik Münster und dem psychosozialen Dienst des Diakonischen Werks in Kirchenkreis Recklinghausen e.V. in Datteln, befragt. Über Münster hinaus wurden die Fragebögen in einem Umschlag, welcher auch einen frankierten Rücksendeumschlag enthielt, per Post versendet. Vorher wurden alle Stellen telefonisch und per Email über die Forschungsarbeit informiert. Auf diesem Weg erhielten die Teilnehmer der EX-IN Ausbildung aus den Standorten Köln und Nürnberg die Fragebögen über die Kursleitungen, die Nutzer des psychosozialen Dienstes erhielten sie über die Mitarbeiter. Im Falle des EX-IN Kurses aus dem EX-IN Standort Münster konnte ich die Fragbögen im Kurspersönlich verteilen und die Forschung vorstellen. Auch in der Institutsambulanz der LWL Klinik Münster wurde mir die Möglichkeit geboten die Forschung im Rahmen einer Teamsitzung zu erläutern. Die Fragebögen gelangen hier allerdings über die Mitarbeiter an die Psychiatrieerfahrenen bzw. Nutzer der Ambulanz. Insgesamt konnten 13 Fragebögen nicht ausgewertet werden, da mehr als drei Items nicht beantwortet wurden. Diese stammten von den befragten psychiatrieerfahrenen Erwachsenen aus der Kontrollgruppe. Schließlich konnten 61 Fragebögen analysiert werden.

## 9.1 Soziodemographie der Versuchsgruppe[10]

Die Versuchsgruppe besteht aus 15 weiblichen (51,7%) und 14 männlichen (48,3%), deutschen Teilnehmern der EX-IN Ausbildung im Alter von 31-58 Jahren. Die Altersgruppen von 40-49 Jahren mit 16 Personen (55,2%) und die Altersgruppe von 50-59 mit 8 Personen (27,6%) sind am stärksten vertreten. Eine Person (3,4%) machte hier keine Angabe. Bezogen auf den Familienstand gaben 19 Personen (65,5%) an, dass sie ledig sind, 7 Personen (24,1%) von ihnen leben in einer Partnerschaft. 6 Personen (20,6%) sind laut Angaben verheiratet, hiervon leben 3 Personen (10,3%) mit dem Ehepartner zusammen. 4 Personen (13,8%) gaben an, dass sie geschieden sind.

[9] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden die Zahlen im Folgenden nicht ausgeschrieben
[10] Die Tabellen zur Soziodemographie der Versuchs-und Kontrollgruppe sind im Anhang unter Punkt 14.4.1 zu finden

Auf die Fragen nach der Wohnsituation wurde zu einem Großteil mit 18 Personen (62,1%) „allein lebend“ angekreuzt. Weitere 5 Personen (17,2%) gaben an, mit dem Partner zusammenzuleben. 3 Personen (10,3%) leben laut Angaben im betreuten Wohnen. In Bezug auf den höchsten erreichten Schulabschluss gaben die meisten Befragten mit 9 Personen (31,0%) an, einen Realschulabschluss zu haben. Darauf folgen 6 Personen (20,6%) mit einem Abitur. Auch Abschlüsse an Universitäten und Fachhochschulen sind mit 5 Personen (17,2%) und 4 Personen (13,8%) vertreten. Schließlich kreuzten 3 Personen (10,3%)„Hauptschulabschluss“ und 2 Personen (6,9%)„Fachhochschulreife“ an.
Auf die Frage nach dem Arbeitsumfang gaben 20 Personen (69,0%) an, zurzeit nicht erwerbstätig zu sein, 8 Personen (27,6%) arbeiten laut Angaben in Teilzeit und eine Person (3,4%) gab an in Vollzeit zu arbeiten. Insgesamt haben 12 Personen (41,4%) weniger als 500€ netto im Monat zur Verfügung, 10 Personen (34,5%) haben ein Nettoeinkommen von 500-1000€ und 5 Personen (17,2%) von 1000€-2000€. 2 Personen (6,9%) haben keine Angaben zu ihrem Nettoeinkommen gemacht.
Im Hinblick auf die Diagnose sind Psychosen und Depressionen mit jeweils 10 Befragten (34,5%) am häufigsten vertreten. Weitere 4 Personen (13,8%) gaben an, dass eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde. Bei 3 Personen (10,3%) wurde eine Neurose als Hauptdiagnose gestellt. 2 Personen (6,9%) haben ihre Hauptdiagnose nicht genannt.
Von den befragten Personen befinden sich 4 (13,8%) gegenwärtig in einer psychischen Krise. 13 Personen (44,8%) hatten ihre letzte psychische Krise im Zeitraum von 2010-2014, 10 Personen (34,5%) im Zeitraum von 2005-2009. Den letzten Aufenthalt in der Psychiatrie hatte ein Großteil mit 24 Personen (82,8%) in den Zeiträumen von 2010-2014 und 2005-2009, aber nicht gegenwärtig. Auf die Frage nach der Anzahl der psychiatrischen Aufenthalte gaben 15 Befragte (51,7%) an, 2-5 Aufenthalte, 8 Befragte (27,6%) 6-10 Aufenthalte und 6 Befragte (20,6%) einen Aufenthalt in der Psychiatrie gehabt zu haben. Weiterführend nehmen 23 der befragten Personen (79,2%) psychopharmakologische Medikamente, hauptsächlich Neuroleptika und Antidepressiva, ein. 6 befragte Personen (20,6%) tun dies nicht. Abschließend nehmen 25 (86,2%) Befragte nach Abschluss des EX-IN Basiskurses am Aufbaukurs teil. 4 Befragte (13,8%) befinden sich laut Angaben im Basiskurs. 2 befragte Personen (6,9%) beantworteten die Frage nicht.

## 9.2 Soziodemographie der Kontrollgruppe

Die Kontrollgruppe setzt sich aus 12 männlichen (37,5%) und 20 weiblichen (62,5%) deutschen Psychiatrieerfahrenen im Alter von 26-69 Jahren zusammen. Die Altersgruppe von 40-49 ist mit 12 Personen (37,5%) am stärksten vertreten. Darauf folgen die Altersgruppen die Altersgruppen von 50-59 mit 7 Personen (21,9%) und „über 60 Jahre“ mit 5 Personen (15,6%). Außerdem sind die Altersgruppe von 30-39 Jahren mit 4 Personen (12,5%) und die Altersgruppe von 20-29 Jahren mit 3 Personen (9,4%) vertreten. Eine Person (3,1%) enthielt sich zum Alter.

19 Befragte (59,4%) sind ledig, 11 von ihnen (34,4%) ohne Partnerschaft. Jeweils 6 Befragte (18,8%) sind verheiratet und geschieden. Eine befragte Person (3,2%) ist verwitwet. Ein Großteil der Kontrollgruppe mit 21 Personen (65,6%) lebt alleine, 4 Personen (12,5%) mit dem Partner, eine Person mit einem Elternteil zusammen. Jeweils 2 befragte Personen (6,3%) leben mit dem Partner und Kind, mit Freunden und Bekannten zusammen und im betreuten Wohnen.

Im Rahmen des Bildungsstandes überwiegen Realschulabschlüsse und Abiture mit jeweils 8 Personen (25%), Hauptschulabschlüsse mit 7 Personen (21,9%) und Fachhochschulreifen mit 4 Personen (12,5%). Universitätsabschlüsse und Fachhochschulabschlüsse sind insgesamt 3 Mal (9,4%) vertreten.

Des Weiteren sind 18 der befragten Personen (56,3%) nicht erwerbstätig, 11 Befragte (34,4%) arbeiten in Teilzeit und 3 Befragte (9,4%) in Vollzeit. In der Befragung überwiegen die Nettoeinkommen von 500-1000€ mit 13 Personen (40,6%) und unter 500€ mit 11 Personen (34,4%). Weitere 5 Personen (15,6%) verdienen 1000-2000€ und eine Person (3,1%) über 2000€. 2 Personen (6,9%) enthielten sich zum Nettoeinkommen.

Die am häufigsten vertretenen Hauptdiagnosen sind Psychosen mit 16 Befragten (50%) und Depression mit 11 Befragten (34,4%). Darauf folgen Persönlichkeitsstörungen mit 3 befragten Personen (9,4%) und Neurosen mit 2 Personen (6,3%). Von den befragten Personen gaben 9 (28,1%) an, sich gegenwärtig in einer psychischen Krise zu befinden, 15 (46,9%), dass sie ihre letzte psychische Krise im Zeitraum von 2010-2014 hatten. Bis auf eine Person (3,1%), welche sich enthielt, hatten alle weiteren Befragten (25,0%) hatten ihre letzte psychische Krise vor 2010. Ihren letzten Aufenthalt in der Psychiatrie hatte ein Großteil mit 13 Personen (40,6%) im Zeitraum von 2010-2014, 9 Personen (28,1%) hatten ihn im Zeitraum von 2005-2009. 3 Perso-

nen (9,4%) befinden sich gegenwärtig in der Psychiatrie. Eine Person (3,1%) antwortete hier nicht. Alle weiteren (18,8%) waren vor 2005 das letzte Mal in der Psychiatrie aufgenommen.
Die Mehrheit mit 15 Personen (46,9%) war insgesamt 2-5 Mal, 5 Personen (15,6%) waren ein einziges Mal psychiatrisch aufgenommen. Jeweils 4 Befragte (12,5%) waren 6-10 Mal und 11-20 Mal in der Psychiatrie. 2 befragte Personen (6,3%) waren über 20 Mal aufgenommen. Eine dieser Personen (3,2%) gab an, 50 Aufenthalte in der Psychiatrie gehabt zu haben. 2 Personen (6,9%) machten hier keine Angaben. Schließlich nehmen 29 Befragte (90,5%) psychopharmakologische Medikamente, hauptsächlich Neuroleptika und Antidepressiva ein. Eine Person (3,15) nimmt keine psychopharmakologischen Medikamente. 2 Personen (6,3%) beantworteten die Frage nicht.

## 9.3 Vergleich der Gruppen[11]

Im Hinblick auf die Kriterien Alter, Staatsangehörigkeit und Geschlecht können die beiden Gruppen als ähnlich betrachtet werden. In der Kontrollgruppe zeigt sich lediglich ein größerer weiblicher und geringerer Anteil männlicher Befragter.

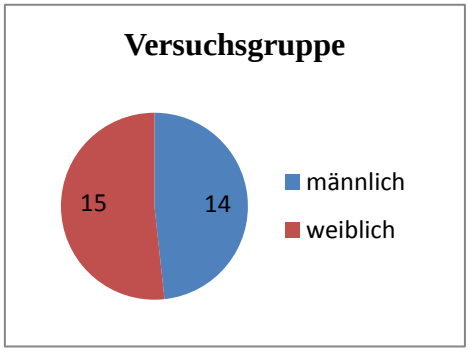


Abb.1: Geschlecht der Gruppe: Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

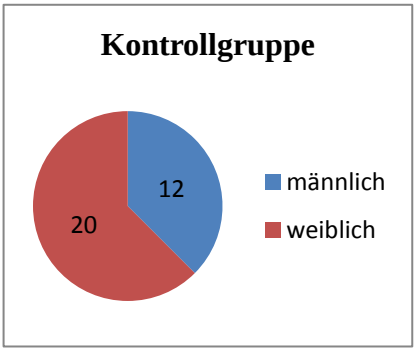


Abb.2: Geschlecht der Gruppe: keine Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

Auch das Alter in der Kontrollgruppe ist weiter gestreut, doch sind die am stärksten vertretenden Altersgruppen in beiden Gruppen von 40-49 und 50-59. Im Rahmen des Familienstandes und der Wohnsituation zeigt sich ebenfalls keine größere Abweichung. Demnach sind die Befragten überwiegend ledig, in einer Partnerschaft und ohne Partnerschaft sowie allein wohnend. Deutlich wird ein Unterschied im Rahmen

[11] Die Abbildungen sind auch im Anhang unter Punkt 14.3 zu finden

der Bildungsabschlüsse. So haben die Teilnehmer der EX-IN Ausbildung häufiger Abschlüsse an Universitäten und Fachhochschulen angegeben als die Psychiatrieerfahrenen aus der Kontrollgruppe. In der Kontrollgruppe hingegen finden sich häufiger Hauptschulabschlüsse und es sind zwei Personen vertreten, die keinen Schulabschluss erreicht haben.

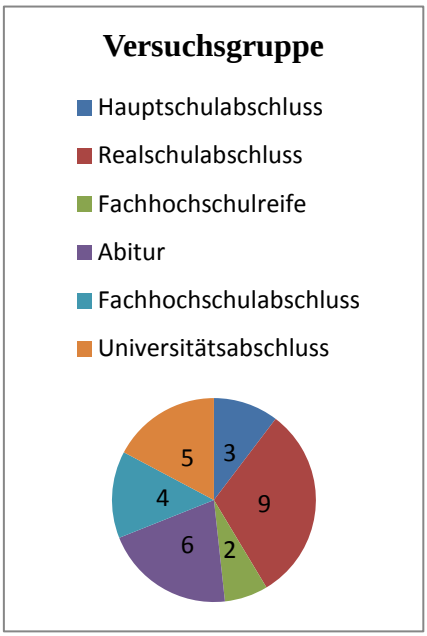


Abb.3: Bildung der Gruppe: Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

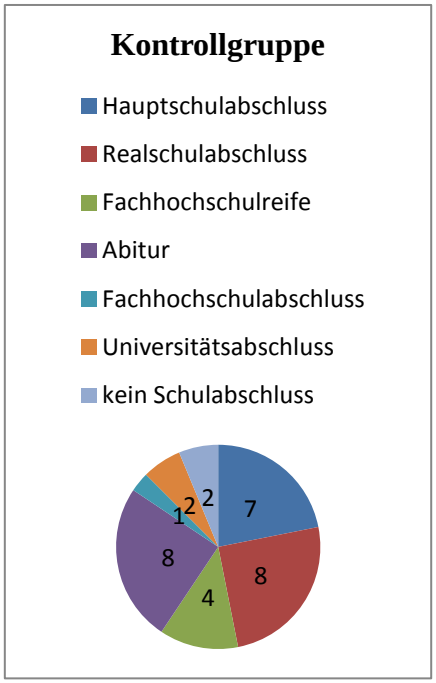


Abb.4: Bildung der Gruppe: keine Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

Weiterführend ähneln sich die Gruppen im Rahmen des Arbeitsumfangs und Nettoeinkommen. So sind die Befragten aus den Gruppen hauptsächlich nicht erwerbstätig, ein kleinerer Teil arbeitet in Teilzeit und das Nettoeinkommen bewegt sich größtenteils im Rahmen von unter 500€ -1000€. Auch am Kriterium der Hauptdiagnose stimmen die Gruppen zu großen Teilen überein. So wurden Psychosen und Depressionen der Angaben zufolge deutlich am häufigsten diagnostiziert. Ein weiterer Unterschied wurde durch die Frage nach der Zeit der letzten psychischen Krise deutlich. Hier befinden sich mit 9 Personen in der Kontrollgruppe mehr als doppelt so viele Personen in einer psychischen Krise als in der Versuchsgruppe.

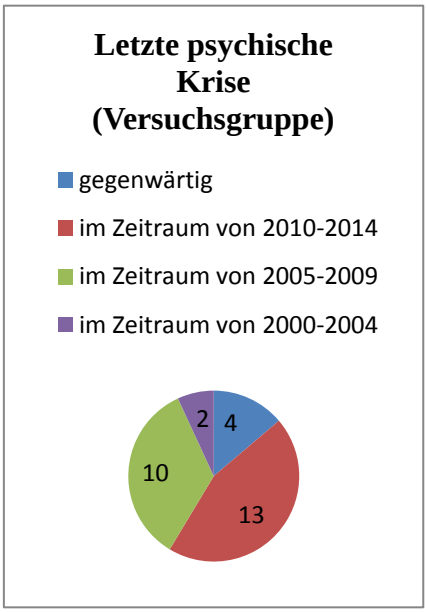


Abb.5: Zeitraum der letzten psychischen Krise, Gruppe: Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

Abb.6: Zeitraum der letzten psychischen Krise, Gruppe: keine Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

Die Antworten auf die Frage nach dem letzten Aufenthalt in der Psychiatrie sind in beiden Gruppen wiederum ähnlich. Ein Großteil der Befragten beider Gruppen hat laut Angaben den letzten Aufenthalt im Zeitraum von 2005-2014 gehabt. Entgegen der Versuchsgruppe, befinden sich jedoch 3 Personen der Kontrollgruppe gegenwärtig in der Psychiatrie. Die Anzahl der Aufenthalte bewegt sich in beiden Gruppen in großen Teilen zwischen einem und 10 Aufenthalten. Während keiner der Teilnehmer der EX-IN Ausbildung über 10 Aufenthalte, gaben in der Kontrollgruppe 5 Personen an, über 10 auch bis hin zu 50 Aufenthalten gehabt zu haben. Schließlich werden in beiden Gruppen hauptsächlich Neuroleptika und Antidepressiva eingenommen, jedoch ist in der Kontrollgruppe lediglich eine Person, welche keine psychopharmakologischen Medikamente einnimmt, in der Versuchsgruppe deutlich mehr mit 6 Personen.

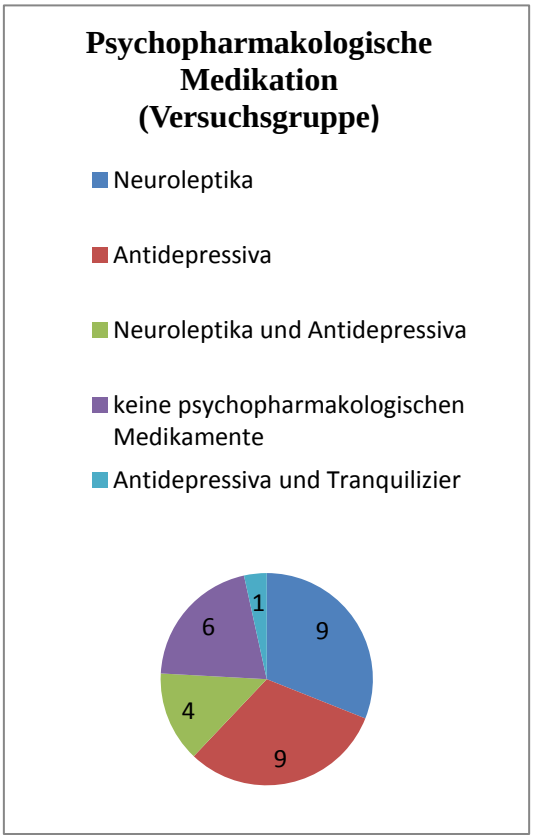


Abb.7: Psychopharmaka der Gruppe: Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

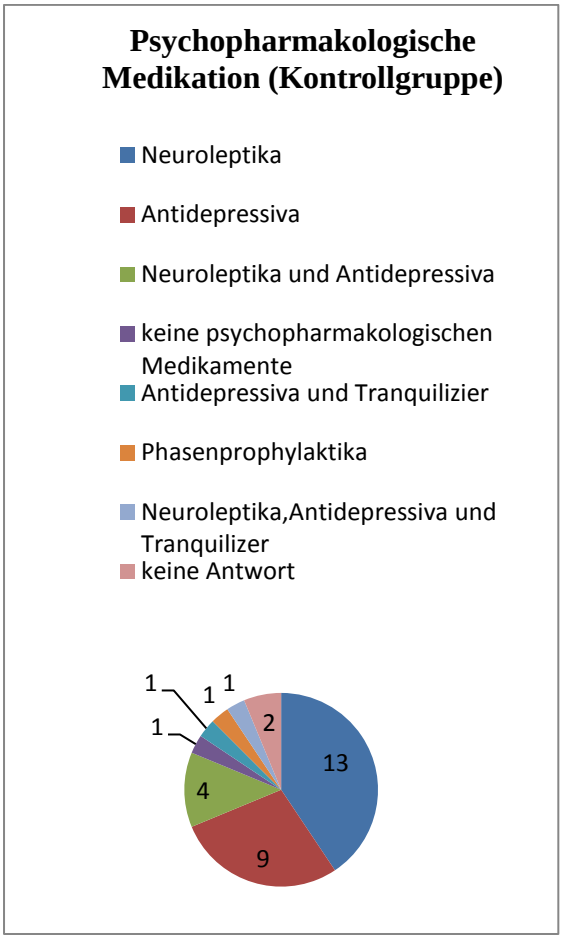


Abb.8: Psychopharmaka der Gruppe: keine Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

## 9.4 SOC-Kennwerte

Im Folgenden werden die errechneten Kennwerte der SOC-Skala der Versuchsgruppe und Kontrollgruppe dargestellt und veranschaulicht. Dargestellt werden Mittelwert, Standardabweichung, Minimum und Maximum des gesamten SOC-Score sowie der drei Subskalen.

### 9.4.1 Versuchsgruppe

Aus der retrospektiven Einschätzung der Teilnehmer der EX-IN Ausbildung ergeben sich die folgenden Kennwerte der SOC-Skala:

| Vor der Ausbildung | SOC-Score | Verstehbarkeit | Handhabbarkeit | Bedeutsamkeit |
|---|---|---|---|---|
| Mittelwert | 108,59 | 40,38 | 37,03 | 31,17 |
| Standardabweichung | 24,171 | 9,302 | 8,757 | 8,656 |
| Minimum | 43 | 17 | 14 | 9 |
| Maximum | 145 | 56 | 51 | 47 |

*Anmerkung: n=29*

Aus der aktuellen Einschätzung zum Ende der EX-IN Ausbildung, konnten die folgenden Werte errechnet werden:

| Aktuell | SOC-Score | Verstehbarkeit | Handhabbarkeit | Bedeutsamkeit |
|---|---|---|---|---|
| Mittelwert | 141,83 | 49,97 | 48,76 | 43,10 |
| Standardabweichung | 15,589 | 7,189 | 6,701 | 5,059 |
| Minimum | 102 | 30 | 33 | 33 |
| Maximum | 178 | 65 | 60 | 53 |

*Anmerkung: n=29*

Die folgenden Diagramme stellen die erreichten SOC-Scores für die einzelnen Fragebögen dar. Das erste Diagramm umfasst die retrospektive, das Zweite die aktuelle Einschätzung der Befragten. Wie schon erwähnt ergibt sich der gesamte SOC-Score aus der Addition der drei Subskalen. Diese sind hier farblich kenntlich gemacht.

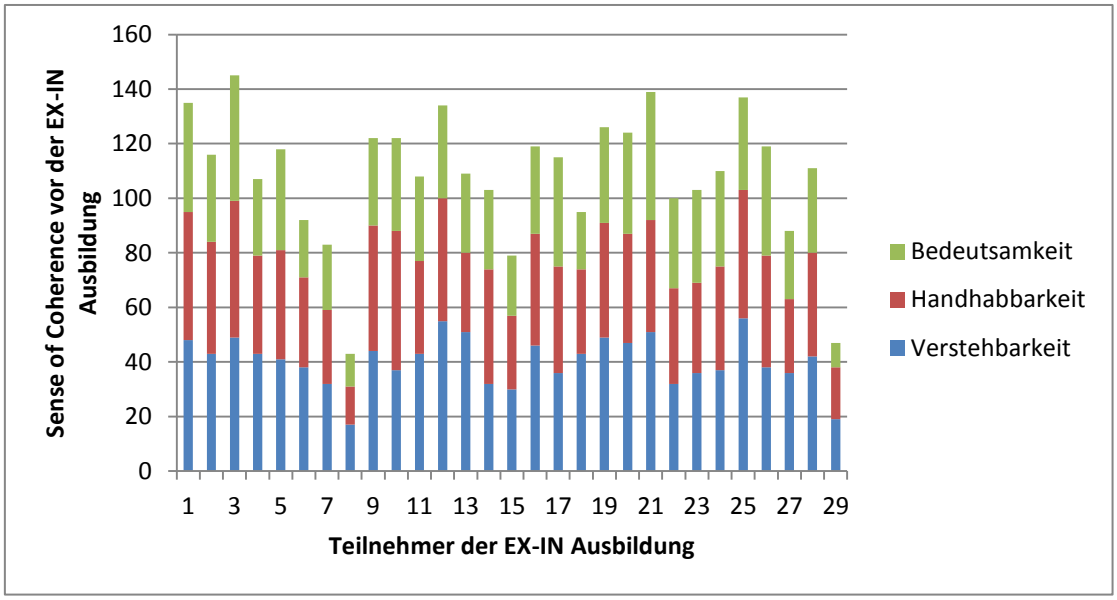


Abb.9: SOC-Scores der Teilnehmer der EX-IN Ausbildung vor der Ausbildung

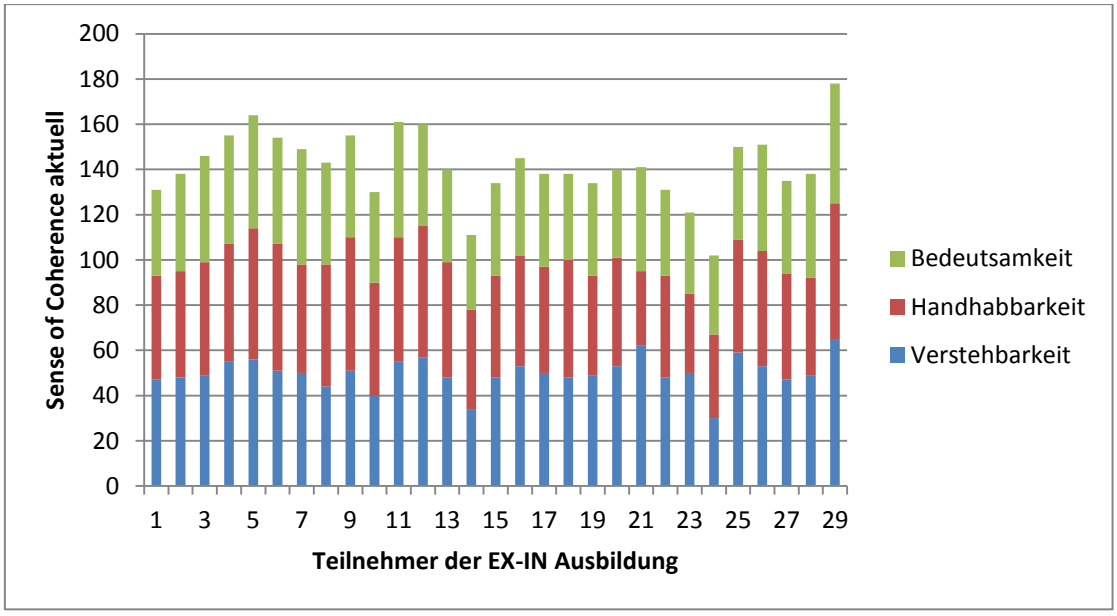


Abb.10: Aktuelle SOC-Scores der Teilnehmer der EX-IN Ausbildung

### 9.4.2 Kontrollgruppe

Aus den Antworten der Psychiatrieerfahrenen aus der Kontrollgruppe auf die retrospektive Fragestellung konnten folgende Kennwerte errechnet werden.

| Vor einem Jahr | SOC-Score | Verstehbarkeit | Handhabbarkeit | Bedeutsamkeit |
|---|---|---|---|---|
| Mittelwert | 111,56 | 42,75 | 37,59 | 31,22 |
| Standardabweichung | 31,718 | 12,733 | 10,692 | 11,339 |
| Minimum | 57 | 19 | 21 | 13 |
| Maximum | 167 | 65 | 57 | 54 |

*Anmerkung: n=32*

Die aktuelle Einschätzung der Psychiatrieerfahrenen der Kontrollgruppe ergab:

| Aktuell | SOC-Score | Verstehbarkeit | Handhabbarkeit | Bedeutsamkeit |
|---|---|---|---|---|
| Mittelwert | 133,75 | 47,84 | 46,91 | 39,00 |
| Standardabweichung | 20,488 | 9,187 | 6,813 | 9,123 |
| Minimum | 98 | 31 | 36 | 16 |
| Maximum | 170 | 66 | 59 | 54 |

*Anmerkung: n=32*

Die SOC-Scores sowie die drei Sub-Scores welche aus den Einschätzungen der Psychiatrieerfahrenen errechnet wurden, stellen sich für die einzelnen Befragten wie folgt dar:

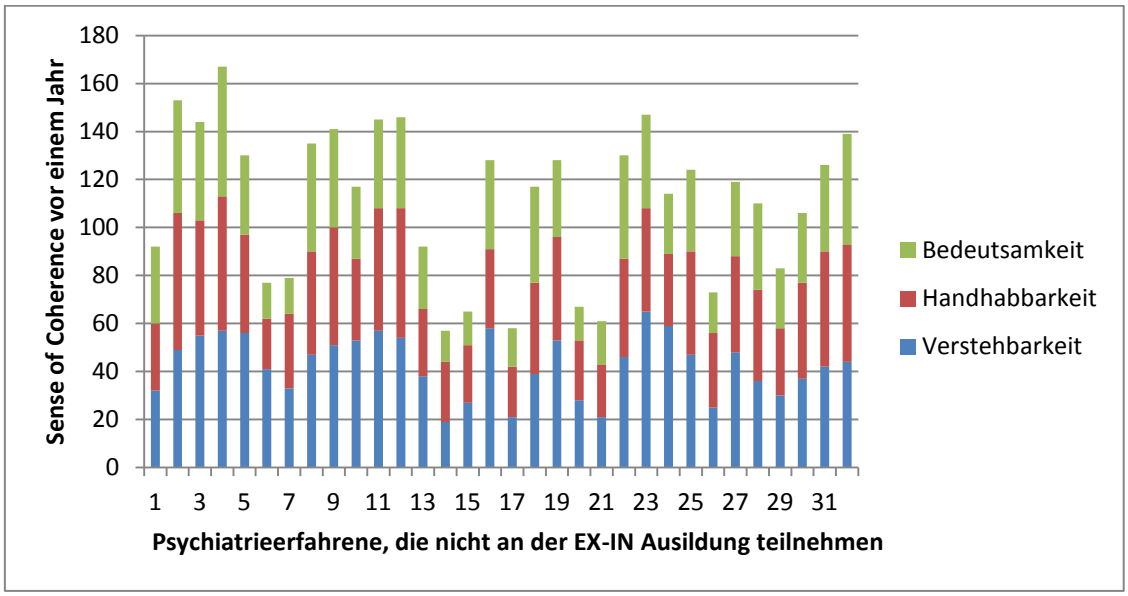


Abb.11: SOC-Scores der Psychiatrieerfahrenen, die nicht an der Ausbildung teilnehmen vor einem Jahr

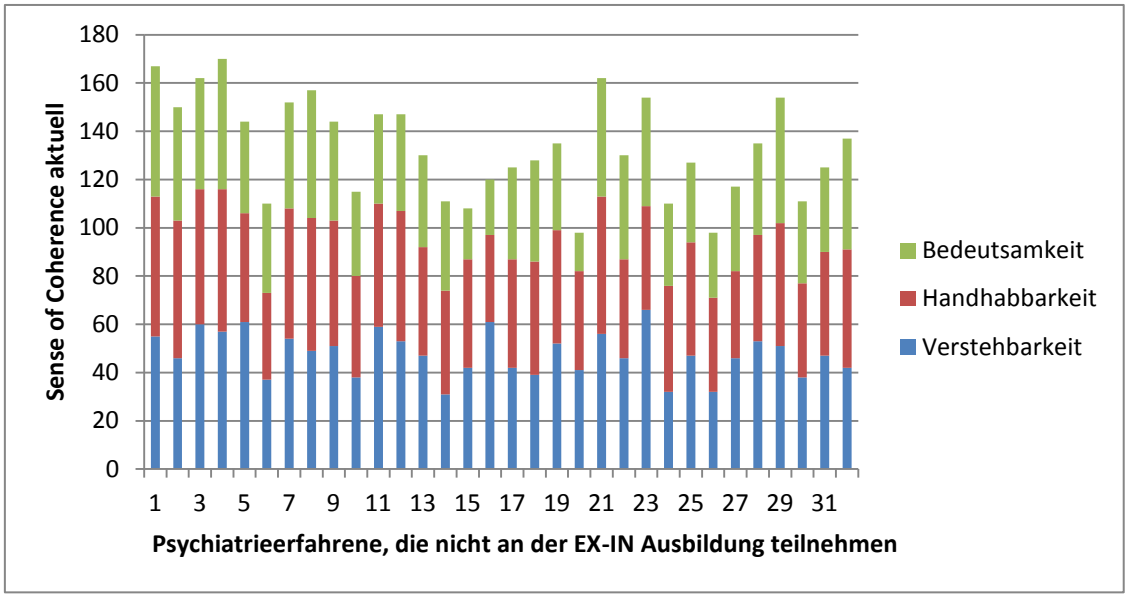


Abb.12: Aktuelle SOC-Scores der Psychiatrieerfahrenen, die nicht an der EX-IN Ausbildung teilnehmen.

# 10 Hypothesentestung und Interpretation

Im Folgenden werden die Zusammenhangsvermutungen zwischen den Variablen wie sie in Kapitel 7 formuliert wurden, mit *Chi-Quadrat Tests* auf Signifikanzen ($p < 0,05$) hin untersucht. Keine statistischen Signifikanzen ergaben sich zwischen den SOC-Scores bzw. der Entwicklung der SOC-Scores[12] und dem Geschlecht, dem Alter, dem Familienstand, der Wohnsituation, dem Bildungsstand, dem Arbeitsumfang, dem Zeitpunkt der ersten und letzten psychischen Krise und der Anzahl der psychiatrischen Aufenthalte. Alle weiteren Zusammenhänge werden mit der Testung der Hypothesen deutlich.

*1. Die EX-IN Ausbildung hat einen positiven Einfluss auf die Entwicklung des SOC-Score*

Die errechneten Kennwerte der SOC-Skala machen einen Anstieg des SOC-Score bei den Teilnehmern der EX-IN Ausbildung deutlich. So steigt der Mittelwert aus den SOC-Scores von „vor der Ausbildung“ zur aktuellen Einschätzung von 108,59 auf 141,83 um einen Wert von 33,24. Mit dem Anstieg des SOC-Score steigen auch die Scores der drei Subskalen. Die Subskala Verstehbarkeit (V-Score) steigt um einen Wert von 9,59, Handhabbarkeit (H-Score) um einen Wert von 11,73 und Bedeutsamkeit (B-Score) um einen Wert von 11,93. Die Standardabweichung nimmt im Zuge der Befragung von 24,171 auf 15,589 ab. Im Vergleich mit den SOC-Scores aus der retrospektiven Einschätzung streuen die SOC-Scores der aktuellen Einschätzung demnach weniger stark um den entsprechenden Mittelwert.
Mit einem aktuellen SOC-Score von 141,83 nähern sich die EX-INler dem Mittelwert aus der Normierung auf der Basis der bevölkerungsrepräsentativen Erhebung von 145 an. Sie sind außerdem zu vergleichen mit dem SOC-Mittelwert aus der Normierung der SOC-Skala beim Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. Hier erreichten die befragten Personen im Alter von 40-60, welche also vom Alter einem Großteil der EX-INler entsprechen (siehe Punkt 9.1) und bei denen Kriterien für eine psychiatrische Diagnose in den letzten vier Wochen vorlagen, einen Wert von rund

[12] Der Anstieg bzw. Abstieg des SOC-Score wird im Folgenden auch Entwicklung des SOC-Score genannt. Sie ergibt sich aus der Differenz zwischen dem aktuellen SOC-Score und dem SOC-Score von vor einem Jahr/ vor der Ausbildung.

146. Vor der Ausbildung lagen die EX-INler deutlich unter den durchschnittlichen SOC-Scores aus den Normierungen.
Diese Entwicklungen sind jedoch auch in der Kontrollgruppe zu beobachten. Hier steigt der Mittelwert aus den SOC-Scores von „vor einem Jahr“ zur aktuellen Einschätzung von 111,56 auf 133,75 um einen Wert von 22,19. Die Subskala Verstehbarkeit steigt um einen Wert von 5,09, Handhabbarkeit um einen Wert von 9,32 und Bedeutsamkeit um einen Wert von 7,78. Auch die Standardabweichung nimmt im Zuge der Befragung von 31,718 auf 20,488 ab.
Der durchschnittliche aktuelle SOC-Score bleibt hier mit einem Wert von 133,75 deutlicher unter den Werten aus den Normierungen. Im Vergleich mit den EX-INlern ist der SOC-Score der Psychiatrieerfahrenen der Kontrollgruppe, wenn auch nur marginal, höher. Doch steigt der SOC-Score der EX-INler dann um einen Wert von 11,05 stärker an als in der Kontrollgruppe. Der aktuelle SOC-Score der EX-INler lag schließlich um einen Wert von 8,08 höher als der SOC-Score der Kontrollgruppe. Trotzdem ergab sich keine statistische Signifikanz. Es existiert weder ein überzufälliger Zusammenhang zwischen der Teilnahme an der EX-IN Ausbildung und der Entwicklung des SOC-Score, noch ein überzufälliger Zusammenhang zwischen der Teilnahme und der SOC-Scores aus der aktuellen und der retrospektiven Einschätzung.
Diese Hypothese kann im Rahmen dieser Studie also nicht bestätigt werden.

Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass die EX-IN Ausbildung die Position der Teilnehmer auf dem SOC-Kontinuum nicht grundlegend beeinflusst, da sie keine „radikale Veränderung der sozialen und kulturellen Einflüsse und oder der strukturellen Lebensbedingungen“ bewirkt (vgl. Bengel 2001, S.31).
Ein Veränderung des Sense of Coherence könnte demnach erst dann eintreten, wenn die Absolventen eine Beschäftigung als z.B. Genesungsbegleiter ausüben. Die Veränderung des Beschäftigungsverhältnisses, also eine Veränderung der strukturellen Lebensbedingungen, könnte die „bisherigen Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten massiv verändern oder viele unerwartete Erfahrungen mit sich bringen und somit zu einer deutlichen Veränderung des Kohärenzgefühls führen“ (ebd.).
Eine weitere Erklärung, welche sich an den größeren Anstieg des SOC-Score bei den EX-INlern anlehnt, ist, dass die die EX-IN Ausbildung zwar einen Einfluss auf den

SOC-Score hat, dieser jedoch nicht groß genug ist, um statistisch deutlich zu werden. Dem steht schließlich die Vermutung nahe, dass ein statistisch signifikanter Einfluss der EX-IN Ausbildung auf den SOC-Score dann sichtbar würde, wenn die Ausbildung in einem größeren Umfang stattfände.

*2. Die befragten Personen erzielen in der aktuellen Einschätzung höhere SOC-Scores*

Zwar erweist sich der SOC-Score als unabhängig von der Teilnahme an der EX-IN Ausbildung, jedoch als abhängig vom Zeitfaktor der Befragung. Innerhalb des inszenierten Jahres der Befragung steigen die SOC-Scores der gesamten Stichprobe von 110,15 auf 137,59 um einen Wert von 27,44. Die Streuungsbreite um den Mittelwert nimmt von 28,190 auf 18,623 ab. Insgesamt stieg der SOC-Score bei 51 der befragten Personen (83,60%). Lediglich bei 9 Personen (14,75%) ist der SOC-Score gesunken. Bei einer Person blieb der SOC-Score gleich (1,64%). Bei 38 Befragten (62,30%) steigt der SOC-Score über 10 Punkte an, bei 12 Befragten (19,67%) über 50 Punkte.
Auf einen Großteil der befragten Personen trifft die Hypothese schließlich zu.

Ein Erklärungsmodell hierfür könnte sein, dass Zeit ein wichtiger Faktor der psychischen Gesundheit ist. Ein Jahr könnte somit ein Zeitraum sein, in dem sich jemand mit sich selbst und der psychischen Krise oder den Folgen einer Krise auseinandersetzt und arrangiert. Ein gelungenes Arrangement kann schließlich Hoffnung und Vertrauen in das eigene Leben schaffen und einen positiven Blick in die Zukunft befördern: der Sense of Coherence wird gestärkt.
Darüber hinaus könnte das Nachlassen der Präsenz eines Ereignisses oder einer Situation dazu beigetragen haben, dass die SOC-Scores in den aktuellen Einschätzungen im Vergleich mit den retrospektiven Einschätzungen höher liegen.
Wie schon in Kapitel 8 angesprochen, besteht allerdings auch die Möglichkeit, dass sich die befragten Personen nicht mehr korrekt an die Begebenheiten vor einem Jahr erinnert haben und sie deshalb über- oder unterschätzen. Die vergangene Situation aus der heutigen einzuschätzen, könnte somit zu einem kritischeren Blick im Rahmen der retrospektiven Einschätzung geführt haben.

Abschließend ist es möglich, dass sich die Fragen der SOC-Skala nicht für eine retrospektive parallel zu einer aktuellen Einschätzung eignen und so die Befragten tendenziell zu einer Verbesserung neigen.

*3. Bei denjenigen Befragten, die als Diagnose Depression angegeben haben, steigt der SOC-Score am wenigsten stark*

Zunächst erreicht der Zusammenhang von der Hauptdiagnose mit der Entwicklung des SOC-Score statistische Signifikanz (p=0,034).

Entwicklung des SOC-Score

| Bitte führen Sie die Hauptdiagnose auf, die bei Ihnen gestellt wurde | Mittelwert | Häufigkeit (H) | Standardabweichung |
|---|---|---|---|
| Neurose | 41,60 | 5 | 29,746 |
| Psychose | 17,19 | 26 | 24,735 |
| Persönlichkeitsstörung | 36,71 | 7 | 36,509 |
| Depression | 34,00 | 21 | 32,590 |
| keine Antwort | 24,00 | 2 | 11,314 |
| Gesamtsumme | 27,44 | 61 | 29,851 |

Hier wird deutlich, dass die Befragten, welche als Hauptdiagnose Psychose angegeben haben, die geringste Entwicklung des SOC-Score aufweisen. Zwar steigt der SOC-Score bei ihnen um einen Wert von 17,19, doch ist dieser Wert damit um einen Wert von rund 10 geringer als der Durchschnitt in der Gesamtstichprobe. Die Befragten bei denen die Diagnose Neurose gestellt worden ist, erzielen hingegen die größten Entwicklungen mit einem Wert von 41,60. Auch die Befragten bei denen eine Depression oder eine Persönlichkeitsstörung vorliegt, weisen gesteigerte Werte von 34,00 und 36,71 auf und sind damit ebenfalls über dem Gesamtmittelwert. Die Hypothese kann demnach nicht bestätigt werden.

Das Hauptaugenmerk fällt hier auf diejenigen, bei denen die Diagnose Psychose gestellt wurde. Von psychoseerfahrenen Menschen wird die Psychose im Nachhinein auch als „ein Aufbegehren, ein Ausbruch, ein Hilferuf und Rettungsversuch aus nicht mehr auszuhaltenden Umständen beschrieben: Traumatische Erlebnisse in Kindheit

und Jugend, Nicht-lösen-können aus Verstrickungen, Doppelbotschaften von nahestehenden Menschen, Zerrissen-Fühlen zwischen Kulturen, zu großer Stress, Trennungen und Verluste“ (Hansen 2013, S.185).
Der Weg den Sinn in ihrer Psychose zu finden und die psychische Genesung zu erreichen wird aus der Erfahrenen-Perspektive oft auch als verwirrend und schwierig beschrieben. Darüber hinaus beschreiben die Psychoseerfahrenen, wie sie ihren *eigenen* Weg suchen mussten, es also keine verallgemeinerbare Lösung gibt.
Diese Uneindeutigkeit und Verwirrung in der Auseinandersetzung mit sich selbst könnten somit ein Grund für den geringeren Anstieg des SOC-Score sein.

Ein weiteres Erklärungsmodell könnte sein, dass die Befragten, die die Diagnose Psychose gestellt bekommen haben, stärker von Stigmatisierung und Diskriminierung betroffen sind und dies die psychische Genesung stört. Auch Asmus Finzen beschreibt: „Vor allem die Psychose bzw. Schizophrenie ist eine jener Krankheiten, über die man, wenn man sie hat, tunlichst nicht spricht. Die Vorurteile über die Krankheit übertragen sich auf die Kranken. Sie laufen Gefahr, ihre Arbeit zu verlieren, wenn sie noch eine haben, und gar nicht erst eingestellt zu werden, wenn sie eine suchen, unabhängig von ihrer Leistungsfähigkeit und ihrem Gesundheitszustand“ (vgl. 2004, S.1). Auch das könnte ein Grund für den geringeren Anstieg des SOC-Score sein.
Im Hinblick auf die Auswirkung der Diagnose Psychose auf die Arbeit kann diese Aussage jedoch in dieser Studie relativiert werden. Von den 26 Befragten, die Psychose angaben, arbeiten 2 Personen in Vollzeit, 12 in Teilzeit und 12 üben keine Erwerbstätigkeit aus. Dies ist deutlich mehr als bei denen, die Depression angaben. Hier arbeitet 1 befragte Person in Vollzeit, 4 in Teilzeit und 16 sind nicht erwerbstätig.

Schließlich erweist sich der Zusammenhang von der Hauptdiagnose und der psychopharmakologischen Medikamente als hoch signifikant (p=0,000033). So nehmen alle der 26 Befragten mit der Diagnose Psychose, bis auf einen, der ein Phasenprophylaktikum bekommt, Neuroleptika ein. Der geringere Anstieg des SOC-Score könnte somit auch mit den Nebenwirkungen der Neuroleptika, wie z.B. dem Parkinsonoid oder Früh- und Spätdyskinesien zusammenhängen.

*4. Das Nettoeinkommen hat eine positiven Einfluss auf den SOC-Score*

Es konnte eine statistisch signifikante Abhängigkeit des aktuellen SOC-Score vom Nettoeinkommen errechnet werden (p=0,048). Als hoch signifikant erweist sich der Zusammenhang vom Nettoeinkommen auf den aktuellen Bedeutsamkeits-Score (p=0,009).

| Nettoeinkommen | | SOC-Score aktuell | B-Score aktuell |
|---|---|---|---|
| < 500€ | Mittelwert | 136,17 | 39,48 |
| | H | 23 | 23 |
| | Standardabweichung | 20,531 | 8,623 |
| 500 - 1000€ | Mittelwert | 135,00 | 41,04 |
| | H | 23 | 23 |
| | Standardabweichung | 16,492 | 7,035 |
| 1000 - 2000€ | Mittelwert | 143,30 | 42,80 |
| | H | 10 | 10 |
| | Standardabweichung | 19,945 | 8,230 |
| > 2000€ | Mittelwert | 152,00 | 44,00 |
| | H | 1 | 1 |
| | Standardabweichung | . | . |
| keine Antwort | Mittelwert | 142,75 | 43,50 |
| | H | 4 | 4 |
| | Standardabweichung | 19,414 | 5,745 |
| Gesamtsumme | Mittelwert | 137,59 | 40,95 |
| | H | 61 | 61 |
| | Standardabweichung | 18,623 | 7,695 |

Hier wird deutlich, dass der durchschnittliche aktuelle SOC-Score bei denjenigen am höchsten ist, die ein Nettoeinkommen von 1000-2000€ im Monat haben. Dieser Durschnittwert wird lediglich von einer Person übertroffen, die über 2000€ netto im Monat verdient. Die aktuellen SOC-Scores von den Befragten, die angegeben haben unter 500€ oder 500-1000€ im Monat an Nettoeinkommen zu haben, unterscheiden sich untereinander nur marginal. Sie erzielen einen aktuellen SOC-Score, der mit

einem Skalenwert von rund 7-8 unter dem SOC-Score der Gruppe mit einem Nettoeinkommen von 1000-2000€ liegt.
Im Hinblick auf den Bedeutsamkeits-Score kann verbunden mit der hohen Signifikanz zuverlässig darauf hingewiesen werden, dass er mit ansteigendem Nettoeinkommen ansteigt.
Im Rahmen der aktuellen Einschätzung kann demnach gesagt werden, dass das Nettoeinkommen einen positiven Einfluss auf den SOC-Score hat. Dieser wird ab einem Einkommen von 1000-2000€ deutlich. Einen besonderen Einfluss nimmt das Nettoeinkommen auf die Bedeutsamkeit der Befragten.

Hier korreliert das Nettoeinkommen zwar hoch mit dem Arbeitsumfang (p=0,002), jedoch arbeiten von den 10 Befragten mit einem Nettoeinkommen von 1000-2000€ lediglich 2 in Teil- und 2 in Vollzeit. Der Rest übt zurzeit keine Erwerbstätigkeit aus. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass das Einkommen selbst als Wertschätzung und Anerkennung wahrgenommen wird und somit insbesondere das Gefühl der Bedeutsamkeit stärkt. Eine andere, dass das Einkommen als Wertschätzung sowohl für die Erwerbstätigkeit, die zurzeit ausgeübt wird als auch für eine ehemalige Erwerbstätigkeit, die nicht mehr ausgeübt werden kann, verstanden wird.
Ein weiterer Grund für die Korrelation des Nettoeinkommens mit dem SOC-Score wie auch dem B-Score könnte sein, dass das Einkommen als ein Faktor bestimmt, in welchem Maß wir gesellschaftlich und kulturell teilhaben sowie ein selbstbestimmtes Leben führen können. Bekommt jemand ein regelmäßiges und ausreichendes Einkommen, könnte dieses ein Faktor sein, der auch den Sense of Coherence bestärkt.

*5. Diejenigen Befragten, die sich gegenwärtig in der Psychiatrie befinden, erzielen einen geringeren SOC-Score*

Die letzte signifikante Abhängigkeit ergab sich zwischen dem Zeitraum des letzten Aufenthaltes in der Psychiatrie und dem aktuellen SOC-Score (p=0,032) und der H-Score (p=0,044).

| Wann hatten Sie Ihren letzten Aufenthalt in der Psychiatrie? | | SOC-Score aktuell | H-Score aktuell |
|---|---|---|---|
| gegenwärtig | Mittelwert | 148,67 | 52,67 |
| | H | 3 | 3 |
| | Standardabweichung | 10,408 | 3,215 |
| im Zeitraum von 2010-2014 | Mittelwert | 130,12 | 45,44 |
| | H | 25 | 25 |
| | Standardabweichung | 19,569 | 6,138 |
| im Zeitraum von 2005-2009 | Mittelwert | 141,81 | 48,90 |
| | H | 21 | 21 |
| | Standardabweichung | 17,529 | 7,589 |
| im Zeitraum von 2000-2004 | Mittelwert | 149,00 | 51,00 |
| | H | 8 | 8 |
| | Standardabweichung | 14,213 | 6,481 |
| im Zeitraum von 1990-1999 | Mittelwert | 136,33 | 48,00 |
| | H | 3 | 3 |
| | Standardabweichung | 8,622 | 3,606 |
| keine Antwort | Mittelwert | 115,00 | 42,00 |
| | H | 1 | 1 |
| | Standardabweichung | . | . |
| Gesamtsumme | Mittelwert | 137,59 | 47,79 |
| | H | 61 | 61 |
| | Standardabweichung | 18,623 | 6,768 |

Es ist zu erkennen, dass diejenigen den höchsten aktuellen SOC-Score erzielen, die im Zeitraum von 2000-2004 das letzte Mal stationär in der Psychiatrie aufgenommen waren. Einen marginal niedrigeren SOC-Score erzielen diejenigen Befragten, die sich gegenwärtig in der Psychiatrie aufhalten. Der Handhabbarkeits-Score ist bei den gegenwärtig Aufgenommenen jedoch leicht höher als bei denen, die den letzten Aufenthalt im Zeitraum von 2000-2004 hatten.

Im Zeitraum von 2000-2014 wird die Tendenz ersichtlich, dass der aktuelle SOC-und H-Score je höher ist, desto länger der letzte stationäre Aufenthalt her ist. Bei denjenigen, die in den 90ern ihren letzten Aufenthalt hatten, sinken die Scores wiederum. Hier ist zu sagen, dass die Aussagekraft im Hinblick auf diejenigen, die sich gegenwärtig in der Psychiatrie befinden, gering ist, da dies nur auf 3 Personen zutrifft. Da sie jedoch einen der höchsten SOC-Scores und den höchsten H-Score erzielen, kann

die Hypothese nicht bestätigt werden, es zeichnet sich sogar das Gegenteil ab.

Dies könnte daran liegen, dass diejenigen, die sich stationär in der Psychiatrie befinden Hilfe und Unterstützung durch die psychiatrisch Tätigen erfahren, ihnen die Bewältigung des Alltags für einen bestimmten Zeitraum teilweise abgenommen wird und sie vielleicht auch Hilfe durch Medikamente erhalten, mit denen sie wieder Kontrolle über das eigene Leben erlangen: der Sense of Coherence insbesondere die Handhabbarkeit wird gestärkt.

Die Tendenz, dass der SOC-Score ansteigt, je länger der letzte psychiatrische Aufenthalt her ist, könnte wie im Rahmen der Testung der 2. Hypothese von der Zeit abhängig sein. So geht mit dem letzten Aufenthalt in der Psychiatrie in aller Regel auch der Zeitpunkt der letzten psychischen Krise einher. Dieser Zusammenhang ist hoch signifikant (p=0,00033). Der Abstand vom Zeitraum des letzten psychiatrischen Aufenthaltes und der hochwahrscheinlich letzten psychischen Krise könnte sich demnach positiv auf den SOC- und H-Score ausgewirkt haben. Dies erklärt allerdings nicht die Abnahme der Scores der 3 Personen, die in den 90ern das letzte Mal aufgenommen waren. Die vergleichsweise niedrigen aktuellen SOC- und H-Kennwerte derer, die im Zeitraum von 2010-2014 aufgenommen waren, könnten dadurch entstanden sein, dass sie sich in einer Übergangszeit befinden, in der sie ihren Alltag ohne stationäre psychiatrische Hilfe bewältigen müssen.

*6. Die Einnahme psychopharmakologischer Medikamente hat einen negativen Einfluss auf den SOC-Score*

Als signifikant erweist sich hier der Einfluss der Einnahme psychopharmakologischer Medikamente auf den aktuellen Bedeutsamkeits-Score (p=0,028). Lediglich tendenzielle Signifikanz erreicht der Zusammenhang der Einnahme psychopharmakologischer Medikamente und dem aktuellen SOC-Score (p=0,076).

| Nehmen Sie psychopharmakologische Medikamente ein? | | SOC-Score aktuell | B-Score aktuell |
|---|---|---|---|
| Neuroleptika | Mittelwert | 136,95 | 40,14 |
| | H | 22 | 22 |
| | Standardabweichung | 15,092 | 6,453 |
| Antidepressiva | Mittelwert | 135,06 | 40,39 |
| | H | 18 | 18 |
| | Standardabweichung | 21,148 | 8,283 |
| Neuroleptika und Antidepressiva | Mittelwert | 137,25 | 41,75 |
| | H | 8 | 8 |
| | Standardabweichung | 20,012 | 8,812 |
| keine psychopharmakologischen Medikamente | Mittelwert | 143,00 | 43,00 |
| | H | 7 | 7 |
| | Standardabweichung | 23,209 | 7,280 |
| Antidepressiva und Tranquilizer | Mittelwert | 146,50 | 43,50 |
| | H | 2 | 2 |
| | Standardabweichung | 21,920 | 7,778 |
| Phasenprophylaktikum | Mittelwert | 170,00 | 54,00 |
| | H | 1 | 1 |
| | Standardabweichung | . | . |
| Antidepressiva, Neuroleptika und Tranquilizer | Mittelwert | 120,00 | 23,00 |
| | H | 1 | 1 |
| | Standardabweichung | . | . |
| keine Antwort | Mittelwert | 133,50 | 44,50 |
| | H | 2 | 2 |
| | Standardabweichung | 4,950 | 2,121 |
| Gesamtsumme | Mittelwert | 137,59 | 40,95 |
| | H | 61 | 61 |
| | Standardabweichung | 18,623 | 7,695 |

Wie schon in Punkt 9.3 deutlich wird, nehmen ein Großteil der Befragten Neuroleptika, Antidepressiva, Neuroleptika und Antidepressive sowie keine psychopharmakologischen Medikamente ein. Betrachtet man diesen Großteil, so erzielen die Befragten, welche keine psychopharmakologischen Medikamente einnehmen, sowohl im Hinblick auf den aktuellen SOC-Score als auch auf den B-Score die besten Ergebnisse, gefolgt von den Befragten, die Antidepressiva und Neuroleptika einnehmen. Der B-Score unterscheidet sich zwischen den Personen, die Neuroleptika angegeben ha-

ben und denen, die Antidepressiva angegeben haben nur marginal. Der SOC-Score liegt bei denen die Neuroleptika einnehmen, allerding leicht höher.
Es wird  außerdem ersichtlich, dass diejenigen Befragten, die keine psychopharmakologischen Medikamente einnehmen, tendenziell bessere Ergebnisse erzielen. Dass aber trotz der Einnahme von psychopharmakologischen Medikamenten gute Ergebnisse erzielt werden, zeigen jedoch die drei Befragten, die zum einen Antidepressiva und Tranquilizer und zum anderen ein Phasenprophylaktikum einnehmen. Die Hypothese kann demnach nicht eindeutig bestätigt werden. Diejenigen Befragten, die angegeben haben, keine psychopharmakologischen Medikamente einzunehmen, erzielen jedoch einen vergleichsweise hohen SOC- und B-Score.

Da sich im Hinblick auf den aktuellen SOC-Score lediglich tendenzielle Signifikanz ergeben hat, ist die Aussagekraft hier stärker begrenzt. Es fällt jedoch auf, dass diejenigen die Antidepressiva und Neuroleptika einnehmen, marginal bessere SOC-Werte im Vergleich zu denjenigen, die Neuroleptika einnehmen und sichtbar besserer Werte als diejenigen, die Antidepressiva einnehmen, erzielen. Insbesondere der Bedeutsamkeits-Score liegt bei dieser Personengruppe höher. Sie bleiben zwar unter den Werten derjenigen, die keine psychopharmakologischen Medikamente einnehmen, doch könnte es sein, dass sich Neuroleptika und Antidepressiva sich in Kombination sinnvoll ergänzen und der SOC- sowie B-Score deshalb höher liegt.

Betrachtet man den Zusammenhang der Einnahme psychopharmakologischer Medikamente und der letzten psychischen Krise ergibt sich keine statistische Signifikanz. Es fällt jedoch auf, dass sich keiner derer, die keine psychopharmakologischen Medikamente einnehmen,  aktuell in einer psychischen Krise befindet. Darüber hinaus findet sich unter ihnen keiner mit der Diagnose Psychose. Aus diesen Ergebnissen könnte man schlussfolgern, dass das Leben mit einer Psychose lediglich mit Neuroleptika zu meistern ist. Da in dem Buchprojekt von Hartwig Hansen, auf welches bereits in der Einleitung in Punkt 1 eingegangen wurde, Psychoseerfahrene jedoch den Sinn in ihrer Psychose finden und eine Leben ohne psychopharmakologische Medikamente führen, könnte es jedoch auch sein, dass Neuroleptika zur Aufrechterhaltung der Psychose bzw. der psychischen Krise beitragen, da sie die Auseinandersetzung mit sich selbst und der Krise stören:

„Nach einigen Tagen zwang man mich, Medikamente einzunehmen, die mein Denken und meinen Willen lahmlegten, meine Gefühle abtöteten und mir durch eine Zungenlähmung sogar die Sprachfähigkeit nahmen. Das alles war das Gegenteil wonach ich mich sehnte: eine liebevolle, freundliche Umgebung, Gelassenheit, Kinder, Natur und einen Menschen, mit dem ich über das Erlebte hätte reden können“ (Hansen 2013, S.61).

## 11 Reflexion des Erhebungsinstrumentes

Diese Studie hat sich zum Ziel genommen, den Sense of Coherence als wichtigen Bestandteil beziehungsweise als eigene Definition der seelischen und psychischen Gesundheit im Rahmen des Konzeptes der Salutogenese, bei Psychiatrieerfahrenen die an der EX-IN Ausbildung teilnehmen und solchen, die nicht teilnehmen, zu messen.

Hierfür diente der 29-Item-SOC-Fragebogen. Dieser wurde durch die soziodemographischen Fragen sowie die retrospektive Fragestellung ergänzt (vgl. Punkt 5).

Nun möchte ich verschiedene Kritikpunkte am angewandten Fragebogen benennen. Zunächst stellt sich die Frage, ob die einmalige Befragung mit dem SOC-Fragebogen ausreicht um das abzubilden, was Antonovksy als den Sense of Coherence beschreibt. Anlass zur Skepsis geben die hohen meist positiven Veränderungen der SOC-Scores der Befragten, vor allem innerhalb des inszenierten Jahres unabhängig vom Alter, denn nach Antonovksy ist es „unwahrscheinlich, dass das Kohärenzempfinden sich, nachdem es einmal ausgebildet und gefestigt ist, auf irgendeine radikale Weise verändern wird (Antonovksy, Übersetzung durch Franke 1997, S.114). Dies ist laut Antonovksy nach ungefähr 30 Jahren der Fall (ebd.).

Demnach wäre entweder Antonovskys Aussage nicht korrekt oder mit dem SOC-Fragebogen wird vielmehr eine Momentaufnahme gemacht, die nicht das umfassen kann, was als Sense of Coherence, eine *globale Orientierung* beschrieben wird. Was durch die Befragung mit dem SOC-Fragebogen jedoch deutlich wird, sind zentrale Aspekte der Lebensorientierung zur Zeit der Befragung. Diese werden überwiegend aus einer individual-psychologischen Perspektive betrachtet. Gerade im Hinblick auf den SOC-Fragebogen wird die soziologische Perspektive vernachlässigt. Auch Siegrist bemängelt, dass Antonovsky „ zu wenig aufzeigt, wie der Kohärenzsinn unter spezifischen sozialen Bedingung unterschiedlich ausgebildet wird“ (1994, S.86). Zwar hat Antonovksy auch zum Kohärenzsinn als Gruppeneigenschaft und im Hinblick auf die Arbeitssituation und der sozialen Klasse geforscht, dies hat sich jedoch nicht in der SOC-Skala niedergeschlagen.

Des Weiteren erweist sich die Bewertung der SOC-Scores als schwierig. Um die erzielten SOC-Scores werten und in ein Verhältnis setzen zu können, braucht es die Kennwerte aus den Normierungen. Die Ergebnisse aus den Normierungen weichen jedoch voneinander ab. In der Normierung auf Basis der Daten aus einer bevölke-

rungsrepräsentativen Erhebung erreichen die Befragten deutlich geringere Werte als in der Normierung, die zusätzlich zwischen dem Zutreffen bzw. Nicht-Zutreffen einer psychiatrischen Diagnose differenziert haben. Hier erzielen selbst diejenigen, bei denen Kriterien für eine psychiatrische Diagnose innerhalb der letzten vier Wochen vorlagen, einen höheren durchschnittlichen SOC-Wert als der Durchschnitt der bevölkerungsrepräsentativen Gruppe. Diese Ergebnisse erschwerten einen Vergleich der erreichten SOC-Scores im Zuge dieser Studie.

Weiterführend wurden im Vorfeld von verschiedenen Personen berechtigte Bedenken bezüglich der retrospektiven Fragestellung geäußert, doch hat diese die Studie durch die Einsparung an Zeit erst möglich gemacht. Sie ist allerdings auch Grund dafür, dass Veränderungen, die durch das inszenierte Jahr entstanden sind, relativiert werden mussten und schließlich an Eindeutigkeit verloren haben.

Die soziodemographischen Fragen hatten insgesamt einen ausreichenden Umfang. Gerade auch die Fragen zum Nettoeinkommen und zu den psychopharmakologischen Medikamenten führten zu interessanten Ergebnissen. Doch waren auch gerade diese Fragen auch Grund für die Ablehnung meiner Forschungsanfrage bei Institutionen, die im Rahmen der Kontrollgruppe angeschrieben wurden.

Trotz des befriedigenden Umfangs im Rahmen der soziodemographischen Fragen kann letztlich nicht ausgeschlossen werden, dass andere, nicht abgefragte Faktoren, die Ergebnisse bedingt haben.

Im Nachhinein ergänzt hätte ich allerdings eine Frage zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe und eine Frage dazu, welcher Beruf ausgeübt wird.

## 12 Fazit

Die zentrale These dieser Studie konnte nicht bestätigt werden. Die positive Entwicklung des SOC-Score von nahezu allen EX-INlern konnte nicht auf die Ausbildung zurückgeführt werden, da diese Entwicklung ebenfalls bei den Psychiatrieerfahrenen, die nicht an der Ausbildung teilnehmen, beobachtet werden konnte. Somit hat die EX-IN Ausbildung allerdings auch keinen negativen Einfluss auf den SOC der Teilnehmer genommen.

Nun steckt die EX-IN Ausbildung einen Rahmen, indem sich Menschen mit den Erfahrungen aus der Konfrontation und der Bewältigung einer psychischen Krise sowie den Erfahrungen mit dem psychiatrischen Hilfesystem auseinandersetzen, sich mit diesen Erfahrungen öffnen, um einen Austausch mit den Erfahrungen der anderen Teilnehmer zu ermöglichen. Einen Rahmen zu schaffen, der den Austausch auch von Themen wie Stigmatisierung, Entmutigung, Unsicherheit, Erschütterung und Leid ermöglicht, indem auch Vorstellungen und Werte irritiert, sowie gesellschaftliche Rahmenbedingungen kritisch hinterfragt werden, sodass alle davon profitieren können, stellt sich für mich als große Herausforderung dar. Dass die EX-IN Ausbildung trotz dieses Rahmens keinen Einfluss bzw. auch keinen negativen Einfluss auf den Sense of Coherence gehabt hat, könnte auch für eine gelungene Begleitung, Unterstützung und Moderation durch die Kursleiter bzw. auch der Kursteilnehmer untereinander sprechen.

Doch geriet der Fokus der Untersuchung dadurch auf andere Faktoren, die den SOC-Score bedingten. Zusammenhänge fanden sich hier mit dem inszenierten Zeitfaktor der Befragung von rund einem Jahr, der Hauptdiagnose, dem Nettoeinkommen, dem Zeitraum des letzten Aufenthaltes und der Einnahme psychopharmakologischer Medikamente. Erklärungsmodelle für diese Zusammenhänge wurden formuliert, doch sind diese keineswegs feststehend und bieten weitere Möglichkeiten zu forschen.

Besonders überrascht war ich von der positiven Tendenz in dieser Studie, welche ich bei der Befragung von Psychiatrieerfahrenen nicht erwartet hätte. Doch verändert sich die Grundhaltung gegenüber der Welt und dem eigenen Leben im Rahmen der Befragung mit dem SOC-Fragebogen bei über 80% zum Positiven. Bei rund 20% der Befragten steigt der SOC-Score um mindestens einen Wert an, der über ein Viertel der gesamten SOC-Skala ausmacht.

Dass Erfahrungen mit der Psychiatrie als Patient und somit das Vorliegen einer psy-

chiatrischen Diagnose außerdem nicht zwangsläufig zu einem geringeren SOC-Score führen, zeigen 22 der befragten Personen (36,07%). Sie erzielen einen Score der über dem durchschnittlichen Score der Normalbevölkerung liegt.
Aber zurück zu EX-IN. Das Pilotprojekt Leonardo da Vinci startete 2005. EX-IN befindet sich insgesamt noch in den Anfängen. Für die Institutionen, die im Rahmen der Studie angesprochen wurden, war EX-IN in der Regel relativ neu. Lediglich die Institutsambulanz der LWL-Klinik Münster berichtete über eine Zusammenarbeit mit einem EX-INler. Das was von EX-IN geleistet werden kann, kann heute also nur erahnt werden.
Um sich der enormen Herausforderung, ein Umdenken in der psychiatrischen Versorgung zu bewirken, zu stellen, muss sich auf der einen Seite die EX-IN Ausbildung auch zum Zweck der Statusverbesserung der Psychiatrieerfahrenen insbesondere im Hinblick auf die Qualifikation und das Einkommen konsequent weiterentwickeln. Auf der anderen Seite müssen sich die potentiellen Einsatzstellen für EX-IN öffnen. 2009 hatten „50% der EX-IN Ausbildung eine bezahlte regelmäßige Beschäftigung gefunden, hierzu gehören sozialversicherungspflichtige Anstellungen, aber auch Geringverdiener-Jobs“ (Utschakowski 2009, S.90). Damit die Überzeugungen von EX-IN greifen können, bedarf es also verbesserten Chancen und Bedingungen auf dem ersten Arbeitsmarkt.
Weiterführend befördern die EX-INler Fachbegriffe, wie Salutogenese, Teilhabe, Inklusion und Empowerment sowie Recovery und Trialog, welche auch in der Sozialen Arbeit von Wichtigkeit sind, in die konkrete psychiatrische Praxis. Dies bietet die Chance, die psychiatrischen Strukturen zugunsten von Nutzer- und Bedürfnisorientierung zu reformieren. Damit diese Chance genutzt werden kann, stellt sich gerade der Trialog als Notwendigkeit dar.
Der Trialog stellt letztlich konkrete Aufgaben auch an die Soziale Arbeit. So muss ein Bewusstsein über die Notwendigkeit der gleichberechtigten Begegnung von Erfahrenen, Angehörigen und professionell Tätigen und dem damit einhergehenden Einbezug aller Perspektiven geschaffen werden.
Eine dialogische, diskursive und letztlich demokratische Zusammenarbeit bildet dann die Basis aller Intervention, denn: „das Prinzip des demokratischen Denkens muss nicht nur in die psychiatrischen Institutionen, sondern auch im alltäglichen Handeln psychiatrisch Tätiger wirken. Wo das nicht geschieht, findet Ausgrenzung statt und

es entsteht ein Ausgangspunkt für Kritik an der Gesellschaft“ (Dörner 1990, S.27). Gerade im Hinblick auf das psychiatrische System muss es zusätzlich Aufgabe der Sozialen Arbeit sein, sich kritisch mit dem Krankheitsbegriff, Symptomen, Therapien und Prognosen sowie den Mechanismen wie der Krankheitseinsicht „Compliance“ auseinanderzusetzen. Sich auch kritisch zu den wirtschaftlichen Interessen, welche mit der Psychiatrie verfolgt werden, zu positionieren. So treten immer wieder erschreckende Berichte zum Einfluss der Pharmaindustrie auf die Psychiatrie auf. Um ein Beispiel zu nennen: Loren Mosher, welcher unter Punkt 2.4 thematisiert wurde, urteilte mit seinem Austritt aus der American Psychiatric Association „Die Psychiatrie ist von der Pharmaindustrie aufgekauft“ (vgl. Allisat 2000). Auf diesen Aspekt konnte in dieser Arbeit leider kaum eingegangen werden.

Die Soziale Arbeit als praxisbezogene, kritische Handlungswissenschaft zu verstehen, führt in meinem Fall zu einer Rückbesinnung auf eine anthropologische Perspektive. Aus diesem Blickwinkel geht es nicht um die Erkrankung der Psyche. Vielmehr gehört das was als psychisch krank bezeichnet wird zum Wesen des Menschen. So sind „wir Wesen, die an uns zweifeln und dabei auch verzweifeln können. Wir können über uns hinausdenken und laufen dabei auch Gefahr, uns und unsere Grenzen zu verlieren. Wenn wir das sehr ausdauernd machen, kommen wir in die Nähe einer Psychose (…). Wer also psychotisch wird, ist kein Wesen vom anderen Stern, sondern zutiefst menschlich (AG der Psychoseseminare 2007).

Auch in den Worten von Klaus Dörner ist die Psychiatrie „somit ein Ort, wo der Mensch *besonders* menschlich ist, wo die Widersprüchlichkeiten des Menschen oft nicht auflösbar, die Spannung auszuleben ist“ (1990, S.9).

Die Soziale Arbeit kann hier wesentlich dazu beitragen, dass der Einbezug der EX-INler in das psychiatrische System gelingt und sich die Überzeugungen von der Möglichkeit auf psychische Genesung und der Existenz eines tiefen Sinns in psychischen Krisen etablieren.

Dann kann die Psychiatrie zu dem werden, wonach sich viele Psychiatrieerfahrene sehen: zu einem *menschlicheren* Ort.

## 13 Literaturverzeichnis

Aebi, E., Ciompi, L., Hansen, H. (2013): Soteria im Gespräch – Über eine alternative Schizophreniebehandlung. Paranus-Verlag. Neumünster.

Amering, M., Schmolke, M. (2007): Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit. Psychiatrie-Verlag. Bonn.

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. dgvt-Verlag, Tübingen. S.21-31, 34-36, 71-89, 150-154

Basaglia, F. (1974): Was ist Psychiatrie? Suhrkamp. Frankfurt am Main. S.7-35

Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H.(2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln. S.24-38

Davidson, L., Chinman, M., Sells, D. u.a. (2006): Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. In: Schizophrenia Bulletin. S.443-450

Diekmann, A. (2005): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek: Rowohlt.

Dörner, K. (1990): Irren ist Menschlich – Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Psychiatrie Verlag. Bonn. S.465 – 478

Dörner, K. Was ist Sozialpsychiatrie? In: Finzen A. (1995): Was ist Sozialpsychiatrie – Eine Chronik. Psychiatrie Verlag. Bonn. S.83-90

Finzen, A. (2004): Schizophrenie – die Krankheit verstehen. Psychiatrie Verlag. Bonn.

Finzen, A., Schädle-Deininger H.(1979): „Unter elenden menschenunwürdigen Umständen“ – Die Psychiatrie-Enquete. Psychiatrie-Verlag Wunstorf. Rehburg-Loccum.

Goffman, E. (1961): Asyle – Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Suhrkamp. Frankfurt am Main. S. 7-23

Goffman, E. (1967): Stigma – Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Suhrkamp. Frankfurt am Main.

Giesinger, M.: Recovery - Gesundung ist möglich. In: Dezernat Gesundheit und Heilpädagogisches Netzwerk (2008): Selbstbefähigung fördern – Impulse für die sozialpsychiatrischen Zentren im Rheinland. Köln. S.38-45

Habermas, J. (1981): Theorie des kommunikativen Handelns (Bd.1) – Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung. Suhrkamp Verlag. Frankfurt am Main.

Habermas, J. (1981): Theorie des kommunikativen Handelns (Bd.2) – Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft. Suhrkamp Verlag. Frankfurt am Main.

Hansen, H. (2013): Der Sinn meiner Psychose – Zwanzig Männer und Frauen berichten. Paranus Verlag. Neumünster. S. 9-14

Hegedüs, A., & Steinauer, R. (2013). Die Evaluation des Weiterbildungsstudiengangs Experienced Involvement in Bern. In C. Burr, M. Schulz, A. Winter & G. Zuaboni (Eds.), *Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte* (pp. 204-217). Köln: Psychiatrie Verlag.

Jahnke, B. (2012): Vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen – Mit EX-IN zum Genesungsbegleiter. Paranus Verlag: Neumünster. S.16-20

Kempker, K. (1998): Was ist das Weglaufhaus?, In: dies. (Hg.): Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglaufhaus. Berlin 1998, S.13-23

Keupp, H. (1972): Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. Urban & Schwarzenberg. München – Berlin – Wien.

Keupp, H. (1972): Psychische Störungen als abweichendes Verhalten. Urban & Schwarzenberg. München – Berlin – Wien.

Lenz, A., Wolfgang S. (2002): Empowerment – Neue Perspektiven für die psychosoziale Praxis und Organisation. DGVT-Verlag. S.13-20

Lohmann, H., 1978, Krankheit oder Entfremdung?, Psychische Probleme in der Überflussgesellschaft, Stuttgart: Georg Thieme.

Petzold, T. D. (2010): Praxisbuch Salutogenese – Warum Gesundheit ansteckend ist. Südwest Verlag. München. S.4-8, S.20-25

Raithel, J.(2008): Quantitative Forschung – Ein Praxiskurs. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

Schaffer, H. (2009): Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit – Eine Einführung. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau. S.57-67, S.107-110

Scheff, T. (1973): Das Etikett Geisteskrankheit. S. Fischer Verlag GmbH. Frankfurt am Main. S. 99-105

Schnell, R., Hill, P.B., Esser, E. (1998): Methoden der empirischen Sozialforschung. Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Shorter, E. (1999): Geschichte der Psychiatrie. Alexander Fest Verlag. Berlin. S. 408-414

Spieker, S.(1997): Bedarf oder Bedürfnis?! Alternative (zur) Psychiatrie. Antipsychiatrieverlag. Berlin.

Stark, W. (1996): Empowerment – Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Lambertus-Verlag. Freiburg im Breisgau. S.17-21, S. 159- 187

Szasz, T. S. (1979): Schizophrenie – das heilige Symbol der Psychiatrie. Europa Verlag. Wien.

Utschakowski, J., Sielaff, G., Bock, T. (2009): Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. Psychiatrie-Verlag. Bonn.

## 13.1 Internetquellen

Bühring, P. (2001): Psychiatrie-Reform – auf halben Wege stecken geblieben, in: Deutsches Ärzteblatt. URL: http://www.aerzteblatt.de/archiv/25936/Psychiatrie-Reform-Auf-halbem-Weg-stecken-geblieben (Stand: 06.10.2014).

Finzen, A. (2011): Psychiatrie-Enquete und Psychiatrie-Reform – Erlebte Psychiatriegeschichte.URL:http://www.finzen.ch/Finzen/Veroffentlichungen_im_Netz_files/Pschiatrie-Enquete.k.pdf (Stand: 07.10.2014).

Hannöver, W., Michael, A., Meyer, C., Rumpf H. J., Hapke U., John U., (2004): Die Sense of CoherenceScale von Antonovksy und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnise – Ergänzungen zu den deutschen Normwerten aus einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. URL: http://medpsy.uniklinikum-leizig.de/red_tools/dl_document.php?PHPSESSID=n6rif8enkkp33hdj3min4umef4&id=32 (Stand: 07.10.2014).

Lange, A. (2008): Erfahrene verändern die Psychiatrie – Europäisches Pilotprojekt EX-IN schafft Modelle der Nutzerbeteiligung. In: Psychosoziale Umschau. URL: http://www.ex-in.info/data/files/185/psu_01_2008_04.pdf (Stand: 06.11.2014).

Allisat, M. (2000): "Die Psychiatrie ist von der Pharmaindustrie aufgekauft" – Loren Mosher tritt unter Protest aus der APA (American Psychiatric Association) aus. Köln. URL: http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/mosher-tritt-aus.htm Stand (06.11.2014).

Schumacher, J., Gunzelmann, T., Brähler, E.(2000): Deutsche Normierung der Sense of Coherence Scale von Antonowsky. URL:http://www.researchgate.net/publication/236511875_Deutsche_Normierung_der_Sense_of_Coherence_Scale_von_Antonovsky (Stand: 07.10.2014)

Utschakowski, J., van Haaster, H.(o.D): Ausbildungprogramm für Psychiatrie-Erfahrene zur Qualifizierung als Ausbilder und al Genesungsbegleiter. URL: http://www.adam-europe.eu/prj/1871/prd/3/1/Curriculum%20deutsch.pdf (Stand: 07.10.2014)

Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V. (2010): Konzeption der Krisen-einrichtung – Weglaufhaus „Villa Stöckl“. URL: http://www.weglaufhaus.de/wp-content/uploads/2012/06/Konzeption_weglaufhaus.pdf (Stand: 06.11.2014).

www.ärzteblatt.de
www.bpe-online.de
www.ex-in.de
www.ex-in-nrw.info
www.weglaufhaus.de

# 14 Anhang

## 14.1 Fragenbogen

### 14.1.1 Fragebogen für die Versuchsgruppe

KatHO NRW

Aachen | Köln | Münster | Paderborn

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

Prof. Dr. Ingo Zimmermann Alexander Wildenhues

---

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer der Ex-In-Ausbildung,

vielen Dank, dass Sie an der Befragung teilnehmen. Dieser Fragebogen beinhaltet neben soziodemographischen Fragen, Fragen zu Ihrer Lebensorientierung. Hier werden Sie darum gebeten sich aktuell, aber auch aus der Zeit vor der Ex-In-Ausbildung einzuschätzen. Diese Befragung dient der Feststellung eines Zusammenhangs zwischen der Ex-In-Ausbildung und der Lebensorientierung bzw. des Kohärenzgefühls.

Lesen Sie die Fragen bitte aufmerksam durch, blättern Sie nicht vor und zurück und beantworten Sie die Fragen der Reihe nach. Bitte denken Sie über die Fragen nicht zu lange nach, denn es geht vielmehr um Ihre spontanen Antworten. Es gibt außerdem keine „falschen“ und „richtigen“ Antworten. Es geht ausschließlich um Ihre ganz persönliche Einschätzung.

Die Befragung ist Teil meiner Bachelor-Arbeit an der Katholischen Hochschule NRW Abt. Münster. Sie dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt, demnach werden sie auch nicht gespeichert und nicht an Dritte weitergegeben.
Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

# Soziodemografischer Fragebogen

**1.Geschlecht:** ☐ männlich ☐ weiblich

**2. Alter:** _____Jahre

**3. Staatsangehörigkeit**:

☐ deutsch

☐ _____

**4. Familienstand:**

☐ ledig, ohne Partnerschaft

☐ ledig, in Partnerschaft

☐ verheiratet, zusammenlebend

☐ verheiratet, getrennt lebend

☐ geschieden

☐ verwitwet

**5. Wohnsituation:**

☐ allein lebend

☐ mit Elternteil

☐ allein, mit Kind/Kindern

☐ mit Partner/in

☐ mit Partner/in und Kind/Kinder

☐ mit Freunden/Bekannten

☐ betreutes Wohnen

☐ wohnungslos

☐ Sonstige Wohnsituation: _____

**6. Höchster erreichter Schulabschluss:**

☐ kein Schulabschluss

☐ Hauptschulabschluss

☐ Realschulabschluss

☐ Fachhochschulreife

☐ Abitur

☐ Fachhochschulabschluss

☐ Universitätsabschluss

☐ Sonstiger Schulabschluss: _____

**7. In welchem Umfang arbeiten Sie:**

☐ Vollzeit

☐ Teilzeit mit _____Wochenstunden

☐ Zur Zeit nicht erwerbstätig

**8. Nettoeinkommen:**

☐ < 500 €

☐ 500 – 1000 €

☐ 1000 – 2000 €

☐ > 2000 €

**10. Bitte führen Sie die Hauptdiagnose auf, die bei Ihnen gestellt wurde**

(z.B. Schizophrenie, Depression, Angst, Zwang, Persönlichkeitsstörung etc.)

_____

**11. Wann befanden Sie sich das erste Mal in einer psychischen Krise?**

Im Jahr: _____

**12. Wann befanden Sie sich das letzte Mal in einer psychischen Krise?**

Im Jahr: _____

☐ gegenwärtig

**13. Wann hatten Sie Ihren letzten Aufenthalt in der Psychiatrie?**

Im Jahr _____

☐ gegenwärtig

**14. Wie viele Aufenthalte waren es insgesamt?**

_____ Aufenthalte

**15. Nehmen Sie psychopharmakologische Medikamente ein?**

☐ ja und zwar: _____ (z.B. Antidepressiva, Neuroleptika)

☐ nein, seit dem Jahr _____ nicht mehr

☐ nein, noch nie

**16. Welchen Ex-In Kurs  belegen Sie?**

☐ Basiskurs

☐ Aufbaukurs

# Fragebogen zur Lebensorientierung (SOC-Skala)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihres Lebens. Die Fragen zielen auf eine Einschätzung Ihrer Lebensorientierung vor der Ex-In Ausbildung und einer aktuellen Einschätzung ab. Für die Beantwortung der Einschätzung vor der Ex-In Ausbildung versuchen Sie sich in die damalige Situation zurückzuversetzen. Auf jede Frage gibt es für die beiden Bereiche „Vor der Ex-In Ausbildung“ und „Aktuell“ je 7 mögliche Antworten. Bitte kreuzen Sie für beide Bereiche jeweils die Zahl an, die Ihre Antwort ausdrückt.

**1. Wenn Sie mit anderen Leuten sprechen, haben Sie das Gefühl, dass diese Sie nicht verstehen?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Habe nie dieses Gefühl** | Vor der Ex-In Ausbildung | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **Habe immer dieses Gefühl** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**2. Wenn Sie etwas machen mussten, das von der Zusammenarbeit mit anderen abhing, hatten Sie das Gefühl, dass die Sache…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… keinesfalls erledigt werden würde** | Vor der Ex-In Ausbildung | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **… sicher erledigt werden würde** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**3. Abgesehen von denjenigen, denen Sie sich am nächsten fühlen – wie gut kennen Sie die meisten Menschen, mit denen Sie täglich zu tun haben?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Sie sind Ihnen völlig fremd** | Vor der Ex-In Ausbildung | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **Sie kennen sie sehr gut** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**4. Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Äußerst selten oder nie** | Vor der Ex-In Ausbildung | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **Sehr oft** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**5. Waren Sie schon überrascht vom Verhalten von Menschen, die Sie gut zu kennen glaubten?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Das ist nie passiert** | Vor der Ex-In Ausbildung | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **Das kommt immer wieder vor** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**6. Haben Menschen, auf die Sie gezählt haben, Sie enttäuscht?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Das ist nie passiert** | Vor der Ex-In Ausbildung | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **Das kommt immer wieder vor** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**7. Das Leben ist…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… ausgesprochen interessant** | Vor der Ex-In Ausbildung | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **… reine Routine** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**8. Bis jetzt hatte Ihr Leben…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… überhaupt keine klaren Ziele oder einen Zweck** | Vor der Ex-In Ausbildung | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **…sehr klare Ziele und einen Zweck** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**9. Haben Sie das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Sehr oft** | Vor der Ex-In Ausbildung | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **Sehr selten oder nie** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**10. In den letzten 10 Jahren war Ihr Leben…**

| | | |
|---|---|---|
| **… Voller Veränderung, ohne, dass Sie wussten was als nächstes passiert** | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **… ganz beständig und klar** |

**11. Das meiste, was Sie in Zukunft tun werden, wird wahrscheinlich…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… völlig faszi-nierend sein** | Vor der Ex-In Ausbildung | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **… todlangweilig sein** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**12. Haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was Sie tun sollen?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Sehr oft** | Vor der Ex-In Ausbildung | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **Sehr selten oder nie** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**13. Was beschreibt am besten, wie Sie das Leben sehen?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Man kann für schmerzliche Dinge im Le-ben immer eine Lösung finden** | Vor der Ex-In Ausbildung | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **Es gibt keine Lö-sung für schmerz-liche Dinge im Le-ben** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**14. Wenn Sie über das Leben nachdenken, passiert es sehr häufig, dass Sie…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… fühlen, wie schön es ist** | Vor der Ex-In Ausbildung | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **… sich fragen, warum Sie überhaupt da sind** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**15. Wenn Sie vor einem schwierigen Problem stehen, ist die Wahl einer Lösung…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… immer verwirrend und schwierig** | Vor der Ex-In Ausbildung | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **… immer völlig klar** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**16. Das, was Sie täglich tun, ist für Sie eine Quelle…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… tiefer Freude und Zufriedenheit** | Vor der Ex-In Ausbildung | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **… von Schmerz und Langeweile** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**17. Ihr Leben wird in Zukunft wahrscheinlich…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… voller Veränderung sein, ohne, dass Sie wissen, was als nächstes passiert** | Vor der Ex-In Ausbildung | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **… ganz beständig und klar** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**18. Wenn etwas Unangenehmes geschah, neigten Sie dazu,…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… sich daran zu verzehren** | Vor der Ex-In Ausbildung | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **… zu sagen: „Nun gut, sei´s drum, ich muss damit leben und weitermachen“** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**19. Wie oft sind ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Sehr oft** | Vor der Ex-In Ausbildung | ①②③④⑤⑥⑦ | **Selten oder nie** |
| | Aktuell | ①②③④⑤⑥⑦ | |

**20. Wenn Sie etwas machen, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… werden Sie sich auch weiterhin gut fühlen** | Vor der Ex-In Ausbildung | ①②③④⑤⑥⑦ | **… wird sicher etwas geschehen, dass das Gefühl verdirbt** |
| | Aktuell | ①②③④⑤⑥⑦ | |

**21. Kommt es vor, dass Sie Gefühle haben, die Sie lieber nicht hätten?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Sehr oft** | Vor der Ex-In Ausbildung | ①②③④⑤⑥⑦ | **Sehr selten oder nie** |
| | Aktuell | ①②③④⑤⑥⑦ | |

**22. Sie nehmen an, dass Ihr zukünftiges Leben…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… ohne jeden Sinn und Zweck sein wird** | Vor der Ex-In Ausbildung | ①②③④⑤⑥⑦ | **… voller Sinn und Zweck sein wird** |
| | Aktuell | ①②③④⑤⑥⑦ | |

**23. Glauben Sie, dass es in Zukunft immer Personen geben wird, auf die Sie zählen können?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Sie sind dessen ganz sicher** | Vor der Ex-In Ausbildung | ①②③④⑤⑥⑦ | **Sie zweifeln daran** |
| | Aktuell | ①②③④⑤⑥⑦ | |

**24. Kommt es vor, dass Sie das Gefühl haben, nicht genau zu wissen, was gerade passiert?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… Sehr oft** | Vor der Ex-In Ausbildung | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **… Sehr selten oder nie** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**25. Viele Menschen – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen wie ein Pechvogel oder Unglücksrabe. Wie oft haben Sie sich auch so gefühlt?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nie** | Vor der Ex-In Ausbildung | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **Sehr oft** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**26. Wenn etwas passiert, fanden Sie im allgemeinen, dass Sie dessen Bedeutung…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… über- oder unterschätzen** | Vor der Ex-In Ausbildung | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **… richtig einschätzen** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**27. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, mit denen Sie in wichtigen Lebensbereichen wahrscheinlich konfrontiert werden, haben Sie das Gefühl, dass…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu meistern** | Vor der Ex-In Ausbildung | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **… Sie die Schwierigkeiten nicht meistern werden** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**28. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie täglich tun, wenig Sinn haben?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Sehr oft** | Vor der Ex-In Ausbildung | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **Selten oder nie** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**29. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie nicht sicher sind, ob Sie sie kontrollieren können?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Sehr oft** | Vor der Ex-In Ausbildung | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **Sehr selten oder nie** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

Vielen Dank!

### 14.1.2 Fragebogen für die Kontrollgruppe

KatHO NRW

Aachen | Köln | Münster | Paderborn

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

Prof. Dr. Ingo Zimmermann Alexander Wildenhues

---

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer der Befragung,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen. Dieser Fragebogen beinhaltet neben soziodemographischen Fragen, Fragen zu Ihrer Lebensorientierung. Hier werden Sie darum gebeten sich aktuell, aber auch aus der Zeit vor einem Jahr einzuschätzen. Diese Befragung dient der Feststellung der Auswirkung von Psychiatrieerfahrung auf die Lebensorientierung bzw. auf das Kohärenzgefühl.

Lesen Sie die Fragen bitte aufmerksam durch, blättern Sie nicht vor und zurück und beantworten Sie die Fragen der Reihe nach. Bitte denken Sie über die Fragen nicht zu lange nach, denn es geht vielmehr um Ihre spontanen Antworten. Es gibt außerdem keine „falschen“ und „richtigen“ Antworten. Es geht ausschließlich um Ihre ganz persönliche Einschätzung.

Die Befragung ist Teil meiner Bachelor-Arbeit an der Katholischen Hochschule NRW Abt. Münster. Sie dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt, demnach werden sie auch nicht gespeichert und nicht an Dritte weitergegeben.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

## Soziodemografischer Fragebogen

**1.Geschlecht:** ☐ männlich ☐ weiblich

**2. Alter:** _____Jahre

**3. Staatsangehörigkeit**:

☐ deutsch

☐ _____

**4. Familienstand:**

☐ ledig, ohne Partnerschaft

☐ ledig, in Partnerschaft

☐ verheiratet, zusammenlebend

☐ verheiratet, getrennt lebend

☐ geschieden

☐ verwitwet

**5. Wohnsituation:**

☐ allein lebend

☐ mit Elternteil

☐ allein, mit Kind/Kindern

☐ mit Partner/in

☐ mit Partner/in und Kind/Kinder

☐ mit Freunden/Bekannten

☐ betreutes Wohnen

☐ wohnungslos

☐ Sonstige Wohnsituation: _____

**6. Höchster erreichter Schulabschluss:**

☐ kein Schulabschluss

☐ Hauptschulabschluss

☐ Realschulabschluss

☐ Fachhochschulreife

☐ Abitur

☐ Fachhochschulabschluss

☐ Universitätsabschluss

☐ Sonstiger Schulabschluss: _____

**7. In welchem Umfang arbeiten Sie:**

☐ Vollzeit

☐ Teilzeit mit _____Wochenstunden

☐ Zur Zeit nicht erwerbstätig

**8. Nettoeinkommen:**

☐ < 500 €

☐ 500 – 1000 €

☐ 1000 – 2000 €

☐ > 2000 €

**9. Bitte führen Sie die Hauptdiagnose auf, die bei Ihnen gestellt wurde**

(z.B. Schizophrenie, Depression, Angst, Zwang, Persönlichkeitsstörung etc.)

_____

**10. Wann befanden Sie sich das erste Mal in einer psychischen Krise?**

Im Jahr: _____

**11. Wann befanden Sie sich das letzte Mal in einer psychischen Krise?**

Im Jahr: _____

☐ gegenwärtig

**12. Wann hatten Sie Ihren letzten Aufenthalt in der Psychiatrie?**

Im Jahr _____

☐ gegenwärtig

**13. Wie viele Aufenthalte waren es insgesamt?**

_____ Aufenthalte

**14. Nehmen Sie psychopharmakologische Medikamente ein?**

☐ ja und zwar: _____ (z.B. Antidepressiva, Neuroleptika)

☐ nein, seit dem Jahr _____ nicht mehr

☐ nein, noch nie

# Fragebogen zur Lebensorientierung (SOC-Skala)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihres Lebens. Die Fragen zielen auf eine Einschätzung Ihrer Lebensorientierung vor einem Jahr und einer aktuellen Einschätzung ab. Für die Beantwortung der Einschätzung vor einem Jahr versuchen Sie sich in die damalige Situation zurückzuversetzen.
Auf jede Frage gibt es für die beiden Bereiche „Vor einem Jahr“ und „Aktuell“ je 7 mögliche Antworten. Bitte kreuzen Sie für beide Bereiche jeweils die Zahl an, die Ihre Antwort ausdrückt.

**1. Wenn Sie mit anderen Leuten sprechen, haben Sie das Gefühl, dass diese Sie nicht verstehen?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Habe nie dieses Gefühl** | Vor einem Jahr | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **Habe immer dieses Gefühl** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**2. Wenn Sie etwas machen mussten, das von der Zusammenarbeit mit anderen abhing, hatten Sie das Gefühl, dass die Sache…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… keinesfalls erledigt werden würde** | Vor einem Jahr | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **… sicher erledigt werden würde** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**3. Abgesehen von denjenigen, denen Sie sich am nächsten fühlen – wie gut kennen Sie die meisten Menschen, mit denen Sie täglich zu tun haben?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Sie sind Ihnen völlig fremd** | Vor einem Jahr | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **Sie kennen sie sehr gut** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**4. Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Äußerst selten oder nie** | Vor einem Jahr | ①②③④⑤⑥⑦ | **Sehr oft** |
| | Aktuell | ①②③④⑤⑥⑦ | |

**5. Waren Sie schon überrascht vom Verhalten von Menschen, die Sie gut zu kennen glaubten?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Das ist nie passiert** | Vor einem Jahr | ①②③④⑤⑥⑦ | **Das kommt immer wieder vor** |
| | Aktuell | ①②③④⑤⑥⑦ | |

**6. Haben Menschen, auf die Sie gezählt haben, Sie enttäuscht?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Das ist nie passiert** | Vor einem Jahr | ①②③④⑤⑥⑦ | **Das kommt immer wieder vor** |
| | Aktuell | ①②③④⑤⑥⑦ | |

**7. Das Leben ist…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… ausgesprochen interessant** | Vor einem Jahr | ①②③④⑤⑥⑦ | **… reine Routine** |
| | Aktuell | ①②③④⑤⑥⑦ | |

**8. Bis jetzt hatte Ihr Leben…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… überhaupt keine klaren Ziele oder einen Zweck** | Vor einem Jahr | ①②③④⑤⑥⑦ | **…sehr klare Ziele und einen Zweck** |
| | Aktuell | ①②③④⑤⑥⑦ | |

**9. Haben Sie das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Sehr oft** | Vor einem Jahr | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **Sehr selten oder nie** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**10. In den letzten 10 Jahren war Ihr Leben…**

| | | |
|---|---|---|
| **… Voller Veränderung, ohne, dass Sie wussten was als nächstes passiert** | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **… ganz beständig und klar** |

**11. Das meiste, was Sie in Zukunft tun werden, wird wahrscheinlich…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… völlig faszinierend sein** | Vor einem Jahr | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **… todlangweilig sein** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**12. Haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was Sie tun sollen?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Sehr oft** | Vor einem Jahr | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **Sehr selten oder nie** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**13. Was beschreibt am besten, wie Sie das Leben sehen?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Man kann für schmerzliche Dinge im Leben immer eine Lösung finden** | Vor einem Jahr | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **Es gibt keine Lösung für schmerzliche Dinge im Leben** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**14. Wenn Sie über das Leben nachdenken, passiert es sehr häufig, dass Sie…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… fühlen, wie schön es ist** | Vor einem Jahr | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **… sich fragen, warum Sie überhaupt da sind** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**15. Wenn Sie vor einem schwierigen Problem stehen, ist die Wahl einer Lösung…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… immer verwirrend und schwierig** | Vor einem Jahr | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **… immer völlig klar** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**16. Das, was Sie täglich tun, ist für Sie eine Quelle…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… tiefer Freude und Zufriedenheit** | Vor einem Jahr | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **… von Schmerz und Langeweile** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**17. Ihr Leben wird in Zukunft wahrscheinlich…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… voller Veränderung sein, ohne, dass Sie wissen, was als nächstes passiert** | Vor einem Jahr | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **… ganz beständig und klar** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**18. Wenn etwas Unangenehmes geschah, neigten Sie dazu,…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… sich daran zu verzehren** | Vor einem Jahr | ①②③④⑤⑥⑦ | **… zu sagen: „Nun gut, sei´s drum, ich muss damit leben und weitermachen“** |
| | Aktuell | ①②③④⑤⑥⑦ | |

**19. Wie oft sind ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Sehr oft** | Vor einem Jahr | ①②③④⑤⑥⑦ | **Selten oder nie** |
| | Aktuell | ①②③④⑤⑥⑦ | |

**20. Wenn Sie etwas machen, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… werden Sie sich auch weiterhin gut fühlen** | Vor einem Jahr | ①②③④⑤⑥⑦ | **… wird sicher etwas geschehen, dass das Gefühl verdirbt** |
| | Aktuell | ①②③④⑤⑥⑦ | |

**21. Kommt es vor, dass Sie Gefühle haben, die Sie lieber nicht hätten?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Sehr oft** | Vor einem Jahr | ①②③④⑤⑥⑦ | **Sehr selten oder nie** |
| | Aktuell | ①②③④⑤⑥⑦ | |

**22. Sie nehmen an, dass Ihr zukünftiges Leben…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… ohne jeden Sinn und Zweck sein wird** | Vor einem Jahr | ①②③④⑤⑥⑦ | **… voller Sinn und Zweck sein wird** |
| | Aktuell | ①②③④⑤⑥⑦ | |

**23. Glauben Sie, dass es in Zukunft immer Personen geben wird, auf die Sie zählen können?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Sie sind dessen ganz sicher** | Vor einem Jahr | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **Sie zweifeln daran** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**24. Kommt es vor, dass Sie das Gefühl haben, nicht genau zu wissen, was gerade passiert?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… Sehr oft** | Vor einem Jahr | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **… Sehr selten oder nie** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**25. Viele Menschen – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen wie ein Pechvogel oder Unglücksrabe. Wie oft haben Sie sich auch so gefühlt?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nie** | Vor einem Jahr | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **Sehr oft** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**26. Wenn etwas passiert, fanden Sie im allgemeinen, dass Sie dessen Bedeutung…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… über- oder unterschätzen** | Vor einem Jahr | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **… richtig einschätzen** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**27. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, mit denen Sie in wichtigen Lebensbereichen wahrscheinlich konfrontiert werden, haben Sie das Gefühl, dass…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **… es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu meistern** | Vor einem Jahr | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **… Sie die Schwierigkeiten nicht meistern werden** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**28. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie täglich tun, wenig Sinn haben?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Sehr oft** | Vor einem Jahr | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **Selten oder nie** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

**29. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie nicht sicher sind, ob Sie sie kontrollieren können?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Sehr oft** | Vor einem Jahr | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | **Sehr selten oder nie** |
| | Aktuell | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | |

Vielen Dank!

## 14.2 IBM SPSS Statistics Version 22

### 14.2.1 Variablenansicht

| | Name | Typ | Spaltenf... | Dezimal... | Beschriftung | Werte | Fehlend | Spalten | Ausrichtung | Maß | Rolle |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Nr | Numerisch | 8 | 0 | Fragebogennu... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 2 | Teilung | Numerisch | 8 | 0 | Gruppe | {1, Teilnahm... | Keine | 8 | Rechts | Ordinal | Eingabe |
| 3 | Geschlecht | Numerisch | 8 | 0 | Geschlecht | {1, männlich... | Keine | 8 | Rechts | Ordinal | Eingabe |
| 4 | Alter | Numerisch | 8 | 0 | Alter | {1, 20-29}... | Keine | 8 | Rechts | Ordinal | Eingabe |
| 5 | Staatsange... | Numerisch | 8 | 0 | Staatsangehöri... | {1, deutsch}... | Keine | 8 | Rechts | Ordinal | Eingabe |
| 6 | Familienstand | Numerisch | 8 | 0 | Familienstand | {1, ledig, oh... | Keine | 8 | Rechts | Ordinal | Eingabe |
| 7 | Wohnsituation | Numerisch | 8 | 0 | Wohnsituation | {1, allein leb... | Keine | 8 | Rechts | Ordinal | Eingabe |
| 8 | Bildung | Numerisch | 8 | 0 | Höchster erreic... | {1, kein Sch... | Keine | 8 | Rechts | Nominal | Eingabe |
| 9 | Arbeitszeit | Numerisch | 8 | 0 | In welchem Um... | {1, Vollzeit}... | Keine | 8 | Rechts | Ordinal | Eingabe |
| 10 | Einkommen | Numerisch | 8 | 0 | Nettoeinkommen | {1, < 500€}... | Keine | 8 | Rechts | Ordinal | Eingabe |
| 11 | Diagnose | Numerisch | 8 | 0 | Bitte führen Sie... | {1, Neurose}... | Keine | 8 | Rechts | Ordinal | Eingabe |
| 12 | ersteKrise | Numerisch | 8 | 0 | Wann befanden... | {1, im Zeitra... | Keine | 8 | Rechts | Ordinal | Eingabe |
| 13 | letzteKrise | Numerisch | 8 | 0 | Wann befanden... | {1, gegenwä... | Keine | 8 | Rechts | Ordinal | Eingabe |
| 14 | letzterPsyc... | Numerisch | 8 | 0 | Wann hatten Si... | {1, gegenwä... | Keine | 8 | Rechts | Ordinal | Eingabe |
| 15 | vielePsychi... | Numerisch | 8 | 0 | Wie viele Aufen... | {1, 1 Aufent... | Keine | 8 | Rechts | Ordinal | Eingabe |
| 16 | Medi | Numerisch | 8 | 0 | Nehmen sie ps... | {1, Neurolep... | Keine | 8 | Rechts | Ordinal | Eingabe |
| 17 | Kurs | Numerisch | 8 | 0 | Welchen EX-IN ... | {1, Basiskur... | Keine | 8 | Rechts | Ordinal | Eingabe |
| 18 | V1vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Wenn Sie ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 19 | H2vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Wenn Sie ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 20 | V3vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Abgesehn v... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 21 | B4vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Haben Sie ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 22 | V5vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Waren Sie ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 23 | H6vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Haben Men... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 24 | B7vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Das Leben ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 25 | B8vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Bis jetzt ha... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 26 | H9vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Haben Sie ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 27 | V10vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. In den letzt... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 28 | B11vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Das meiste... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 29 | V12vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Haben Sie ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 30 | H13vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Was besch... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 31 | B14vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Wenn Sie ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 32 | V15vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Wenn Sie v... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 33 | B16vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Das, was S... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 34 | V17vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Ihr Leben w... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 35 | H18vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Wenn etwa... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 36 | V19vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Wie oft sin... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 37 | H20vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Wenn Sie ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 38 | V21vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Kommt es ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 39 | B22vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Sie nehme... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 40 | H23vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Glauben Si... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 41 | V24vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Kommt es ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 42 | H25vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Viele Mens... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 43 | V26vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Wenn etwa... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 44 | H27vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Wenn Sie ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 45 | B28vor | Numerisch | 8 | 0 | vor. Wie oft hab... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 46 | H29vor | Numerisch | 8 | 0 | vor.Wie oft hab... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 47 | V1akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Wenn Sie ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 48 | H2akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Wenn Sie ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 49 | V3akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Abgesehn ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 50 | B4akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Haben Sie ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 51 | V5akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Waren Sie ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 52 | H6akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Haben Me... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 53 | B7akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Das Leben... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 54 | B8akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Bis jetzt h... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 55 | H9akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Haben Sie ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 56 | V10akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. In den letzt... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 57 | B11akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Das meist... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 58 | V12akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Haben Sie ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 59 | H13akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Was besc... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 60 | B14akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Wenn Sie ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 61 | V15akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Wenn Sie ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 62 | B16akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Das, was ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 63 | V17akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Ihr Leben ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 64 | H18akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Wenn etwa... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 65 | V19akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Wie oft sin... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 66 | H20akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Wenn Sie ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 67 | V21akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Kommt es ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 68 | B22akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Sie nehme... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 69 | H23akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Glauben Si... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 70 | V24akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Kommt es ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 71 | H25akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Viele Mens... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 72 | V26akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Wenn etwa... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 73 | H27akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Wenn Sie ... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 74 | B28akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Wie oft ha... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 75 | H29akt | Numerisch | 8 | 0 | akt. Wie oft ha... | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 76 | SOCvor | Numerisch | 8 | 0 | | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 77 | Vvor | Numerisch | 8 | 0 | | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 78 | Hvor | Numerisch | 8 | 0 | | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 79 | Bvor | Numerisch | 8 | 0 | | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 80 | SOCakt | Numerisch | 8 | 0 | | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 81 | Vakt | Numerisch | 8 | 0 | | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 82 | Hakt | Numerisch | 8 | 0 | | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 83 | Bakt | Numerisch | 8 | 0 | | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 84 | Entwicklung... | Numerisch | 8 | 0 | | Keine | Keine | 8 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 85 | EntwicklungV | Numerisch | 8 | 0 | | Keine | Keine | 9 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 86 | EntwicklungH | Numerisch | 8 | 0 | | Keine | Keine | 9 | Rechts | Skala | Eingabe |
| 87 | EntwicklungB | Numerisch | 8 | 0 | | Keine | Keine | 9 | Rechts | Skala | Eingabe |

### 14.2.2 Ansicht der Daten der Versuchsgruppe

| | Nr | Teilung | Geschlecht | Alter | Staatsangehörigkeit | Familienst... | Wohnsituation | Bildung | Arbeitszeit | Einkommen | Diagnose | ersteKrise | letzteKrise | letzterPsychiatrie |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 11 | 1 | 1 | 3 | 1 | 5 | 5 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 4 |
| 2 | 15 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 7 | 5 | 3 | 1 | 1 | 5 | 3 | 3 |
| 3 | 28 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 4 | 7 | 3 | 3 | 1 | 5 | 1 | 2 |
| 4 | 19 | 1 | 1 | 3 | 1 | 5 | 1 | 6 | 2 | 1 | 2 | 6 | 2 | 3 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 |
| 6 | 25 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 7 | 2 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| 7 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 2 | 4 | 2 | 3 |
| 8 | 7 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 5 | 3 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 9 | 24 | 1 | 2 | 9 | 1 | 1 | 1 | 6 | 3 | 1 | 2 | 4 | 1 | 2 |
| 10 | 8 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 5 | 3 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| 11 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 7 | 4 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| 12 | 17 | 1 | 2 | 4 | 1 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 5 | 2 | 4 |
| 13 | 21 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 |
| 14 | 6 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 5 | 2 | 4 |
| 15 | 14 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 9 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 |
| 16 | 27 | 1 | 2 | 3 | 1 | 4 | 4 | 7 | 3 | 2 | 3 | 5 | 2 | 2 |
| 17 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 5 | 1 | 4 | 3 | 9 | 3 | 5 | 2 | 2 |
| 18 | 22 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 7 | 6 | 3 | 1 | 4 | 6 | 1 | 2 |
| 19 | 29 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 2 | 3 | 3 |
| 20 | 5 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 |
| 21 | 10 | 1 | 2 | 4 | 1 | 3 | 4 | 6 | 3 | 2 | 4 | 5 | 3 | 3 |
| 22 | 13 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 7 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 |
| 23 | 18 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 5 | 3 | 2 | 4 | 5 | 2 | 5 |
| 24 | 23 | 1 | 2 | 4 | 1 | 5 | 1 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 1 | 2 |
| 25 | 9 | 1 | 2 | 4 | 1 | 4 | 1 | 3 | 3 | 3 | 4 | 6 | 3 | 3 |
| 26 | 16 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 5 | 3 | 3 | 3 | 4 | 1 | 2 | 2 |
| 27 | 12 | 1 | 1 | 4 | 1 | 4 | 1 | 5 | 2 | 9 | 4 | 2 | 3 | 3 |
| 28 | 26 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 9 | 3 | 3 | 3 |
| 29 | 20 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 7 | 3 | 3 | 9 | 5 | 4 | 4 |

| | vielePsychiatrie | Medi | Kurs | V1vor | H2vor | V3vor | B4vor | V5vor | H6vor | B7vor | B8vor | H9vor | V10vor | B11vor |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 5 | 1 | 7 | 6 | 3 | 6 | 2 | 1 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 6 | 4 | 7 | 5 | 2 | 2 | 6 | 2 | 2 | 3 |
| 3 | 2 | 2 | 2 | 5 | 3 | 3 | 7 | 5 | 1 | 2 | 5 | 7 | 4 | 3 |
| 4 | 1 | 1 | 2 | 4 | 5 | 4 | 6 | 6 | 3 | 4 | 5 | 2 | 6 | 4 |
| 5 | 2 | 1 | 9 | 4 | 1 | 4 | 6 | 4 | 3 | 6 | 7 | 5 | 7 | 4 |
| 6 | 3 | 1 | 2 | 6 | 6 | 6 | 3 | 2 | 2 | 2 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| 7 | 3 | 1 | 1 | 5 | 3 | 6 | 6 | 2 | 4 | 4 | 5 | 4 | 3 | 2 |
| 8 | 2 | 1 | 2 | 4 | 2 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 |
| 9 | 3 | 1 | 2 | 6 | 3 | 3 | 7 | 5 | 5 | 5 | 3 | 2 | 3 | 5 |
| 10 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 11 | 3 | 4 | 2 | 5 | 5 | 6 | 5 | 6 | 3 | 4 | 4 | 3 | 2 | 3 |
| 12 | 3 | 4 | 2 | 5 | 5 | 6 | 4 | 3 | 1 | 6 | 4 | 6 | 3 | 6 |
| 13 | 1 | 1 | 2 | 6 | 3 | 5 | 6 | 4 | 5 | 5 | 6 | 1 | 5 | 7 |
| 14 | 1 | 5 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 4 |
| 15 | 1 | 5 | 2 | 3 | 3 | 6 | 1 | 2 | 2 | 7 | 7 | 1 | 1 | 4 |
| 16 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| 17 | 2 | 2 | 2 | 5 | 6 | 6 | 7 | 3 | 5 | 7 | 7 | 5 | 3 | 5 |
| 18 | 2 | 6 | 2 | 3 | 6 | 5 | 5 | 5 | 2 | 7 | 2 | 2 | 2 | 4 |
| 19 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 |
| 20 | 3 | 5 | 2 | 5 | 4 | 6 | 5 | 3 | 6 | 7 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| 21 | 1 | 2 | 2 | 5 | 4 | 4 | 6 | 2 | 4 | 3 | 4 | 4 | 2 | 4 |
| 22 | 2 | 5 | 2 | 2 | 4 | 6 | 6 | 5 | 2 | 2 | 6 | 2 | 6 | 2 |
| 23 | 2 | 2 | 2 | 5 | 4 | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 |
| 24 | 3 | 4 | 9 | 6 | 3 | 3 | 4 | 5 | 3 | 1 | 4 | 7 | 5 | 5 |
| 25 | 1 | 2 | 2 | 5 | 5 | 6 | 4 | 3 | 6 | 3 | 3 | 6 | 2 | 4 |
| 26 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 6 | 3 | 4 | 5 | 5 | 3 | 3 |
| 27 | 2 | 5 | 2 | 7 | 4 | 6 | 7 | 4 | 2 | 3 | 5 | 6 | 5 | 2 |
| 28 | 2 | 1 | 2 | 6 | 5 | 6 | 5 | 3 | 3 | 5 | 6 | 4 | 1 | 5 |
| 29 | 2 | 4 | 1 | 4 | 4 | 5 | 6 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 |

| | V12vor | H13vor | B14vor | V15vor | B16vor | V17vor | H18vor | V19vor | H20vor | V21vor | B22vor | H23vor | V24vor | H25vor |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 6 | 5 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 2 | 4 | 5 | 4 | 3 |
| 2 | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 4 | 3 |
| 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 4 | 5 | 4 | 3 | 5 | 2 | 2 | 3 | 3 | 6 |
| 4 | 3 | 5 | 4 | 6 | 4 | 5 | 3 | 4 | 5 | 3 | 4 | 3 | 3 | 6 |
| 5 | 6 | 7 | 6 | 6 | 2 | 2 | 7 | 6 | 6 | 4 | 7 | 7 | 1 | 4 |
| 6 | 6 | 3 | 3 | 5 | 2 | 5 | 5 | 6 | 4 | 4 | 6 | 6 | 5 | 6 |
| 7 | 6 | 6 | 4 | 6 | 4 | 4 | 6 | 4 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 |
| 8 | 2 | 5 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 1 |
| 9 | 3 | 5 | 4 | 2 | 5 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 3 | 5 | 5 | 3 |
| 10 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 11 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 4 | 5 | 3 | 5 | 1 | 3 | 4 | 5 | 3 |
| 12 | 1 | 4 | 3 | 4 | 5 | 3 | 1 | 3 | 4 | 1 | 6 | 6 | 6 | 4 |
| 13 | 5 | 5 | 7 | 5 | 3 | 2 | 3 | 3 | 5 | 6 | 7 | 5 | 5 | 4 |
| 14 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 | 6 | 5 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 5 | 4 |
| 15 | 5 | 7 | 5 | 4 | 2 | 1 | 6 | 1 | 6 | 3 | 2 | 7 | 4 | 4 |
| 16 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 |
| 17 | 7 | 7 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 5 | 5 | 3 | 6 | 4 | 5 | 6 |
| 18 | 4 | 6 | 5 | 2 | 2 | 1 | 4 | 1 | 5 | 3 | 5 | 4 | 5 | 2 |
| 19 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 20 | 3 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| 21 | 3 | 7 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 6 | 5 | 6 |
| 22 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 5 | 2 | 5 | 3 | 6 | 4 | 4 | 4 | 2 |
| 23 | 4 | 3 | 2 | 5 | 2 | 4 | 4 | 5 | 3 | 1 | 6 | 4 | 6 | 1 |
| 24 | 2 | 5 | 6 | 2 | 6 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 6 | 2 |
| 25 | 3 | 3 | 4 | 3 | 5 | 4 | 2 | 4 | 5 | 5 | 5 | 6 | 5 | 4 |
| 26 | 6 | 3 | 3 | 6 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 7 | 5 | 5 |
| 27 | 3 | 4 | 3 | 6 | 5 | 4 | 6 | 5 | 4 | 5 | 4 | 6 | 4 | 4 |
| 28 | 6 | 5 | 4 | 3 | 4 | 4 | 6 | 1 | 6 | 2 | 6 | 6 | 4 | 2 |
| 29 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 3 | 4 | 5 | 4 | 3 |

| | V26vor | H27vor | B28vor | H29vor | V1akt | H2akt | V3akt | B4akt | V5akt | H6akt | B7akt | B8akt | H9akt | V10akt |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 3 | 3 | 4 | 1 | 7 | 6 | 4 | 6 | 2 | 4 | 7 | 6 | 5 | 4 |
| 2 | 2 | 2 | 1 | 6 | 5 | 3 | 4 | 6 | 5 | 5 | 6 | 2 | 2 | 2 |
| 3 | 5 | 5 | 6 | 1 | 5 | 3 | 3 | 7 | 5 | 6 | 5 | 5 | 4 | 4 |
| 4 | 5 | 4 | 4 | 6 | 3 | 6 | 4 | 6 | 6 | 3 | 6 | 6 | 2 | 6 |
| 5 | 4 | 6 | 2 | 1 | 4 | 1 | 4 | 6 | 4 | 1 | 6 | 6 | 5 | 7 |
| 6 | 5 | 3 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 2 | 2 | 3 | 5 | 6 | 6 | 6 |
| 7 | 2 | 4 | 3 | 4 | 7 | 6 | 6 | 6 | 2 | 4 | 6 | 6 | 4 | 3 |
| 8 | 3 | 3 | 2 | 2 | 6 | 4 | 5 | 6 | 5 | 5 | 7 | 7 | 6 | 2 |
| 9 | 1 | 5 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 7 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 | 3 |
| 10 | 2 | 2 | 1 | 2 | 5 | 6 | 6 | 6 | 3 | 5 | 6 | 5 | 4 | 1 |
| 11 | 4 | 2 | 3 | 1 | 6 | 6 | 6 | 5 | 6 | 6 | 7 | 7 | 6 | 2 |
| 12 | 1 | 6 | 6 | 2 | 6 | 7 | 6 | 6 | 2 | 4 | 6 | 7 | 7 | 3 |
| 13 | 5 | 4 | 6 | 6 | 7 | 2 | 6 | 7 | 2 | 2 | 7 | 6 | 7 | 5 |
| 14 | 4 | 4 | 2 | 3 | 5 | 6 | 5 | 7 | 3 | 5 | 6 | 6 | 6 | 3 |
| 15 | 2 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 1 | 2 | 2 | 7 | 7 | 1 | 1 |
| 16 | 3 | 4 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 | 6 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 3 |
| 17 | 3 | 6 | 5 | 3 | 5 | 6 | 6 | 7 | 3 | 5 | 7 | 7 | 4 | 3 |
| 18 | 1 | 2 | 3 | 2 | 5 | 4 | 5 | 4 | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 |
| 19 | 2 | 2 | 1 | 7 | 6 | 7 | 6 | 7 | 5 | 6 | 7 | 7 | 6 | 3 |
| 20 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 5 | 6 | 6 | 4 | 6 | 7 | 6 | 6 | 4 |
| 21 | 3 | 5 | 3 | 6 | 5 | 5 | 4 | 6 | 2 | 2 | 4 | 6 | 3 | 2 |
| 22 | 4 | 3 | 3 | 4 | 6 | 2 | 3 | 3 | 6 | 5 | 4 | 6 | 5 | 6 |
| 23 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 6 | 3 | 4 | 4 | 5 | 6 | 6 | 5 | 3 |
| 24 | 2 | 4 | 6 | 2 | 6 | 7 | 6 | 5 | 5 | 2 | 4 | 7 | 7 | 5 |
| 25 | 4 | 4 | 4 | 5 | 6 | 6 | 4 | 4 | 3 | 6 | 5 | 6 | 6 | 2 |
| 26 | 3 | 4 | 6 | 6 | 5 | 3 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 2 | 3 | 3 |
| 27 | 6 | 5 | 5 | 4 | 7 | 6 | 6 | 7 | 2 | 2 | 2 | 7 | 6 | 5 |
| 28 | 2 | 2 | 5 | 2 | 6 | 2 | 6 | 6 | 5 | 4 | 7 | 6 | 2 | 1 |
| 29 | 3 | 4 | 6 | 4 | 5 | 6 | 5 | 6 | 4 | 5 | 6 | 4 | 6 | 5 |

| | B11akt | V12akt | H13akt | B14akt | V15akt | B16akt | V17akt | H18akt | V19akt | H20akt | V21akt | B22akt | H23akt | V24akt |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 6 | 4 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 4 | 7 | 7 | 6 |
| 2 | 5 | 6 | 6 | 6 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 6 | 3 | 4 |
| 3 | 5 | 5 | 5 | 6 | 4 | 6 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 6 | 2 | 5 |
| 4 | 5 | 2 | 5 | 4 | 6 | 5 | 5 | 3 | 5 | 6 | 4 | 5 | 3 | 3 |
| 5 | 4 | 6 | 7 | 6 | 6 | 2 | 2 | 6 | 6 | 7 | 4 | 7 | 7 | 1 |
| 6 | 6 | 5 | 5 | 4 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 4 | 5 | 6 | 6 | 6 |
| 7 | 5 | 2 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 6 | 4 | 5 | 2 | 6 | 4 | 6 |
| 8 | 6 | 3 | 6 | 6 | 5 | 6 | 5 | 6 | 5 | 6 | 4 | 7 | 2 | 6 |
| 9 | 3 | 3 | 5 | 4 | 2 | 5 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| 10 | 5 | 6 | 7 | 7 | 3 | 6 | 4 | 4 | 4 | 6 | 4 | 5 | 6 | 4 |
| 11 | 6 | 4 | 6 | 6 | 6 | 5 | 6 | 7 | 6 | 6 | 2 | 6 | 4 | 6 |
| 12 | 4 | 4 | 4 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 3 | 5 | 6 | 6 |
| 13 | 4 | 6 | 2 | 6 | 6 | 5 | 6 | 5 | 5 | 2 | 7 | 7 | 6 | 6 |
| 14 | 6 | 6 | 7 | 5 | 5 | 6 | 4 | 6 | 6 | 5 | 6 | 6 | 6 | 4 |
| 15 | 4 | 5 | 7 | 5 | 4 | 5 | 1 | 6 | 2 | 6 | 3 | 3 | 7 | 4 |
| 16 | 5 | 5 | 6 | 5 | 4 | 5 | 4 | 6 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 |
| 17 | 6 | 7 | 7 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 5 | 6 | 3 | 6 | 4 | 5 |
| 18 | 5 | 5 | 7 | 6 | 5 | 3 | 3 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 3 | 6 |
| 19 | 6 | 6 | 7 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| 20 | 6 | 5 | 6 | 7 | 6 | 5 | 6 | 6 | 5 | 6 | 5 | 7 | 6 | 6 |
| 21 | 5 | 5 | 7 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 3 | 6 | 6 | 5 |
| 22 | 4 | 5 | 6 | 6 | 3 | 6 | 4 | 5 | 4 | 6 | 3 | 6 | 6 | 3 |
| 23 | 5 | 6 | 6 | 5 | 6 | 5 | 2 | 6 | 6 | 5 | 4 | 2 | 5 | 6 |
| 24 | 7 | 7 | 1 | 1 | 5 | 4 | 5 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 6 | 6 |
| 25 | 6 | 5 | 5 | 6 | 5 | 6 | 2 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 | 6 |
| 26 | 6 | 2 | 4 | 6 | 4 | 5 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 6 | 7 | 6 |
| 27 | 1 | 3 | 6 | 7 | 6 | 7 | 6 | 6 | 7 | 6 | 7 | 7 | 7 | 2 |
| 28 | 7 | 2 | 7 | 6 | 6 | 4 | 4 | 6 | 6 | 6 | 5 | 6 | 6 | 6 |
| 29 | 5 | 4 | 5 | 4 | 6 | 4 | 6 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 |

| | H25akt | V26akt | H27akt | B28akt | H29akt | SOCvor | Vvor | Hvor | Bvor |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 5 | 6 | 6 | 7 | 5 | 108 | 43 | 34 | 31 |
| 2 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | 79 | 30 | 27 | 22 |
| 3 | 6 | 5 | 3 | 6 | 5 | 111 | 42 | 38 | 31 |
| 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 6 | 126 | 49 | 42 | 35 |
| 5 | 4 | 3 | 7 | 1 | 1 | 135 | 48 | 47 | 40 |
| 6 | 6 | 6 | 2 | 6 | 6 | 137 | 56 | 47 | 34 |
| 7 | 3 | 7 | 5 | 6 | 5 | 116 | 43 | 41 | 32 |
| 8 | 2 | 4 | 6 | 6 | 5 | 83 | 32 | 27 | 24 |
| 9 | 4 | 1 | 5 | 3 | 2 | 110 | 37 | 38 | 35 |
| 10 | 5 | 4 | 6 | 5 | 5 | 43 | 17 | 14 | 12 |
| 11 | 3 | 5 | 6 | 6 | 2 | 107 | 43 | 36 | 28 |
| 12 | 4 | 4 | 2 | 2 | 4 | 115 | 36 | 39 | 40 |
| 13 | 2 | 6 | 2 | 4 | 3 | 139 | 51 | 41 | 47 |
| 14 | 6 | 4 | 4 | 5 | 5 | 92 | 38 | 33 | 21 |
| 15 | 4 | 3 | 5 | 1 | 2 | 103 | 32 | 42 | 29 |
| 16 | 5 | 5 | 4 | 6 | 5 | 88 | 36 | 27 | 25 |
| 17 | 6 | 3 | 6 | 5 | 3 | 145 | 49 | 50 | 46 |
| 18 | 3 | 3 | 4 | 5 | 4 | 100 | 32 | 35 | 33 |
| 19 | 6 | 6 | 6 | 7 | 2 | 47 | 19 | 19 | 9 |
| 20 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 118 | 41 | 40 | 37 |
| 21 | 6 | 4 | 6 | 4 | 6 | 122 | 37 | 51 | 34 |
| 22 | 5 | 5 | 6 | 6 | 5 | 109 | 51 | 29 | 29 |
| 23 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 95 | 43 | 31 | 21 |
| 24 | 2 | 2 | 4 | 6 | 2 | 103 | 36 | 33 | 34 |
| 25 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 122 | 44 | 46 | 32 |
| 26 | 3 | 5 | 6 | 6 | 6 | 119 | 46 | 41 | 32 |
| 27 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 | 134 | 55 | 45 | 34 |
| 28 | 6 | 6 | 6 | 5 | 6 | 119 | 38 | 41 | 40 |
| 29 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 124 | 47 | 40 | 37 |

| SOCakt | Vakt | Hakt | Bakt | EntwicklungSOC | EntwicklungV | EntwicklungH | EntwicklungB |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 161 | 55 | 55 | 51 | 53 | 12 | 21 | 20 |
| 134 | 48 | 45 | 41 | 55 | 18 | 18 | 19 |
| 138 | 49 | 43 | 46 | 27 | 7 | 5 | 15 |
| 134 | 49 | 44 | 41 | 8 | 0 | 2 | 6 |
| 131 | 47 | 46 | 38 | -4 | -1 | -1 | -2 |
| 150 | 59 | 50 | 41 | 13 | 3 | 3 | 7 |
| 138 | 48 | 47 | 43 | 22 | 5 | 6 | 11 |
| 149 | 50 | 48 | 51 | 66 | 18 | 21 | 27 |
| 102 | 30 | 37 | 35 | -8 | -7 | -1 | 0 |
| 143 | 44 | 54 | 45 | 100 | 27 | 40 | 33 |
| 155 | 55 | 52 | 48 | 48 | 12 | 16 | 20 |
| 138 | 50 | 47 | 41 | 23 | 14 | 8 | 1 |
| 141 | 62 | 33 | 46 | 2 | 11 | -8 | -1 |
| 154 | 51 | 56 | 47 | 62 | 13 | 23 | 26 |
| 111 | 34 | 44 | 33 | 8 | 2 | 2 | 4 |
| 135 | 47 | 47 | 41 | 47 | 11 | 20 | 16 |
| 146 | 49 | 50 | 47 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 131 | 48 | 45 | 38 | 31 | 16 | 10 | 5 |
| 178 | 65 | 60 | 53 | 131 | 46 | 41 | 44 |
| 164 | 56 | 58 | 50 | 46 | 15 | 18 | 13 |
| 130 | 40 | 50 | 40 | 8 | 3 | -1 | 6 |
| 140 | 48 | 51 | 41 | 31 | -3 | 22 | 12 |
| 138 | 48 | 52 | 38 | 43 | 5 | 21 | 17 |
| 121 | 50 | 35 | 36 | 18 | 14 | 2 | 2 |
| 155 | 51 | 59 | 45 | 33 | 7 | 13 | 13 |
| 145 | 53 | 49 | 43 | 26 | 7 | 8 | 11 |
| 160 | 57 | 58 | 45 | 26 | 2 | 13 | 11 |
| 151 | 53 | 51 | 47 | 32 | 15 | 10 | 7 |
| 140 | 53 | 48 | 39 | 16 | 6 | 8 | 2 |

### 14.2.3 Ansicht der Daten der Kontrollgruppe

| | Nr | Teilung | Geschlecht | Alter | Staatsangehörigkeit | Familienst... | Wohnsituation | Bildung | Arbeitszeit | Einkommen | Diagnose | ersteKrise | letzteKrise | letzterPsychiatrie |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | 61 | 2 | 2 | 5 | 1 | 6 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 |
| 32 | 30 | 2 | 2 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 6 | 2 | 3 |
| 33 | 42 | 2 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| 34 | 32 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 |
| 35 | 41 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 5 | 2 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 36 | 60 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 4 |
| 37 | 52 | 2 | 1 | 5 | 1 | 3 | 4 | 5 | 3 | 1 | 2 | 6 | 4 | 4 |
| 38 | 57 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 7 | 3 | 2 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| 39 | 40 | 2 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 5 | 2 | 1 | 2 | 5 | 1 | 3 |
| 40 | 44 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 5 | 2 | 1 | 2 | 5 | 1 | 2 |
| 41 | 54 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 1 | 5 |
| 42 | 37 | 2 | 1 | 3 | 1 | 5 | 1 | 5 | 2 | 2 | 2 | 4 | 1 | 1 |
| 43 | 38 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 4 | 3 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 44 | 56 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 |
| 45 | 47 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 6 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 |
| 46 | 48 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 5 | 5 | 2 | 3 | 2 | 5 | 3 | 3 |
| 47 | 33 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 7 | 1 | 3 | 2 | 4 | 2 | 4 |
| 48 | 31 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 5 | 3 | 9 | 2 | 5 | 4 | 4 |
| 49 | 59 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 4 | 2 | 2 |
| 50 | 35 | 2 | 2 | 2 | 1 | 5 | 7 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 |
| 51 | 50 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 6 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| 52 | 49 | 2 | 1 | 4 | 1 | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 | 4 | 4 | 2 | 2 |
| 53 | 53 | 2 | 2 | 5 | 1 | 3 | 4 | 2 | 2 | 1 | 4 | 9 | 2 | 2 |
| 54 | 43 | 2 | 1 | 4 | 1 | 5 | 1 | 2 | 3 | 2 | 4 | 1 | 1 | 2 |
| 55 | 46 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | 1 | 2 |
| 56 | 51 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 4 | 1 | 2 | 2 |
| 57 | 45 | 2 | 2 | 3 | 1 | 5 | 1 | 4 | 3 | 2 | 4 | 4 | 1 | 2 |
| 58 | 58 | 2 | 2 | 4 | 1 | 5 | 1 | 2 | 3 | 2 | 4 | 5 | 2 | 2 |
| 59 | 34 | 2 | 2 | 4 | 1 | 3 | 4 | 7 | 3 | 3 | 4 | 5 | 9 | 5 |
| 60 | 55 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 6 | 3 | 3 | 4 | 2 | 2 | 2 |
| 61 | 36 | 2 | 1 | 9 | 1 | 3 | 5 | 5 | 1 | 4 | 4 | 1 | 2 | 1 |
| 62 | 39 | 2 | 2 | 5 | 1 | 3 | 4 | 2 | 3 | 9 | 4 | 6 | 1 | 9 |

| | vielePsychiatrie | Medi | Kurs | V1vor | H2vor | V3vor | B4vor | V5vor | H6vor | B7vor | B8vor | H9vor | V10vor | B11vor |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | 9 | 9 | . | 4 | 6 | 6 | 6 | 5 | 2 | 5 | 6 | 6 | 2 | 5 |
| 32 | 3 | 2 | . | 6 | 5 | 7 | 7 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 1 | 4 |
| 33 | 2 | 1 | . | 5 | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 | 5 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| 34 | 2 | 1 | . | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | 5 | 5 | 5 | 4 |
| 35 | 2 | 1 | . | 6 | 5 | 6 | 5 | 3 | 6 | 6 | 4 | 6 | 3 | 4 |
| 36 | 2 | 1 | . | 4 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 3 | 6 |
| 37 | 2 | 1 | . | 6 | 7 | 7 | 6 | 6 | 1 | 2 | 6 | 3 | 2 | 4 |
| 38 | 2 | 4 | . | 2 | 4 | 7 | 5 | 5 | 6 | 6 | 2 | 7 | 3 | 7 |
| 39 | 2 | 1 | . | 5 | 7 | 4 | 6 | 4 | 4 | 2 | 5 | 5 | 5 | 4 |
| 40 | 4 | 1 | . | 1 | 6 | 5 | 2 | 1 | 4 | 1 | 4 | 1 | 4 | 3 |
| 41 | 2 | 1 | . | 5 | 3 | 4 | 6 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 3 | 4 |
| 42 | 3 | 4 | . | 6 | 6 | 7 | 7 | 4 | 6 | 6 | 7 | 5 | 1 | 7 |
| 43 | 5 | 1 | . | 7 | 1 | 3 | 7 | 3 | 3 | 6 | 3 | 5 | 3 | 4 |
| 44 | 2 | 1 | . | 4 | 2 | 3 | 2 | 6 | 4 | 2 | 5 | 3 | 3 | 2 |
| 45 | 2 | 1 | . | 5 | 5 | 4 | 6 | 3 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 4 |
| 46 | 3 | 1 | . | 4 | 6 | 6 | 4 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 4 | 4 |
| 47 | 2 | 7 | . | 3 | 4 | 5 | 5 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| 48 | 1 | 1 | . | 7 | 7 | 4 | 7 | 2 | 5 | 5 | 7 | 7 | 5 | 5 |
| 49 | 2 | 5 | . | 3 | 7 | 4 | 4 | 1 | 1 | 4 | 3 | 3 | 1 | 3 |
| 50 | 3 | 2 | . | 2 | 2 | 5 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 |
| 51 | 6 | 6 | . | 3 | 4 | 4 | 6 | 5 | 6 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 52 | 2 | 2 | . | 3 | 4 | 5 | 7 | 2 | 1 | 1 | 1 | 6 | 1 | 1 |
| 53 | 4 | 2 | . | 6 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 5 | 4 | 2 |
| 54 | 1 | 2 | . | 1 | 7 | 6 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 1 | 3 |
| 55 | 1 | 2 | . | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 56 | 1 | 9 | . | 7 | 1 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 6 | 4 | 6 |
| 57 | 2 | 8 | . | 1 | 4 | 7 | 5 | 1 | 1 | 1 | 5 | 4 | 5 | 7 |
| 58 | 6 | 4 | . | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 |
| 59 | 1 | 2 | . | 6 | 4 | 5 | 7 | 3 | 1 | 2 | 4 | 6 | 6 | 4 |
| 60 | 4 | 4 | . | 5 | 4 | 6 | 7 | 3 | 7 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 61 | 2 | 2 | . | 2 | 2 | 4 | 2 | 5 | 6 | 1 | 2 | 5 | 4 | 2 |
| 62 | 9 | 2 | . | 1 | 7 | 5 | 3 | 4 | 1 | 3 | 6 | 1 | 4 | 4 |

| | V12vor | H13vor | B14vor | V15vor | B16vor | V17vor | H18vor | V19vor | H20vor | V21vor | B22vor | H23vor | V24vor | H25vor |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | 3 | 6 | 6 | 5 | 6 | 2 | 6 | 4 | 6 | 3 | 6 | 6 | 6 | 1 |
| 32 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 5 | 1 | 2 | 3 |
| 33 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 |
| 34 | 6 | 4 | 6 | 4 | 5 | 3 | 4 | 6 | 5 | 6 | 5 | 6 | 4 | 4 |
| 35 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 |
| 36 | 4 | 6 | 4 | 4 | 4 | 6 | 6 | 4 | 7 | 4 | 6 | 4 | 3 | 4 |
| 37 | 7 | 5 | 5 | 7 | 5 | 3 | 5 | 6 | 5 | 7 | 5 | 2 | 7 | 2 |
| 38 | 6 | 3 | 6 | 3 | 6 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 6 |
| 39 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | 7 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 3 |
| 40 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 4 | 7 | 1 |
| 41 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 7 | 5 | 4 | 4 | 4 | 2 | 5 | 4 |
| 42 | 5 | 6 | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 | 5 | 4 | 3 | 5 | 4 | 5 | 2 |
| 43 | 5 | 6 | 6 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 6 | 5 | 4 | 7 | 6 | 5 |
| 44 | 4 | 5 | 2 | 4 | 6 | 5 | 6 | 3 | 5 | 6 | 5 | 2 | 7 | 1 |
| 45 | 3 | 4 | 4 | 3 | 6 | 4 | 3 | 4 | 5 | 3 | 5 | 5 | 4 | 4 |
| 46 | 6 | 2 | 3 | 6 | 3 | 6 | 3 | 5 | 3 | 4 | 5 | 7 | 6 | 3 |
| 47 | 5 | 7 | 7 | 6 | 7 | 4 | 7 | 6 | 7 | 5 | 7 | 1 | 6 | 7 |
| 48 | 5 | 6 | 5 | 3 | 5 | 2 | 5 | 6 | 4 | 4 | 7 | 5 | 7 | 7 |
| 49 | 4 | 4 | 3 | 4 | 5 | 4 | 3 | 3 | 6 | 6 | 3 | 4 | 4 | 6 |
| 50 | 6 | 2 | 3 | 4 | 1 | 7 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 |
| 51 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 52 | 7 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 |
| 53 | 6 | 2 | 1 | 6 | 1 | 5 | 7 | 6 | 1 | 7 | 6 | 2 | 6 | 1 |
| 54 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| 55 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| 56 | 5 | 6 | 6 | 2 | 6 | 4 | 2 | 2 | 6 | 7 | 6 | 6 | 2 | 2 |
| 57 | 2 | 2 | 1 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 1 | 7 | 7 | 5 | 7 | 1 |
| 58 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 |
| 59 | 5 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 6 | 5 |
| 60 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 1 | 2 |
| 61 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 6 | 2 | 2 |
| 62 | 6 | 1 | 1 | 6 | 2 | 6 | 6 | 6 | 3 | 6 | 5 | 5 | 4 | 2 |

| | V26vor | H27vor | B28vor | H29vor | V1akt | H2akt | V3akt | B4akt | V5akt | H6akt | B7akt | B8akt | H9akt | V10akt |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | 4 | 6 | 6 | 4 | 4 | 6 | 6 | 6 | 5 | 2 | 5 | 6 | 6 | 2 |
| 32 | 2 | 2 | 3 | 3 | 7 | 7 | 7 | 7 | 5 | 3 | 7 | 7 | 5 | 1 |
| 33 | 3 | 3 | 5 | 3 | 3 | 5 | 6 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 |
| 34 | 5 | 5 | 5 | 5 | 7 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 6 | 6 | 5 | 5 |
| 35 | 4 | 4 | 5 | 7 | 6 | 5 | 5 | 5 | 3 | 6 | 6 | 4 | 6 | 3 |
| 36 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 3 | 6 |
| 37 | 7 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 6 | 2 | 7 | 7 | 2 | 2 |
| 38 | 3 | 6 | 2 | 2 | 3 | 6 | 7 | 3 | 5 | 2 | 3 | 6 | 7 | 3 |
| 39 | 6 | 4 | 5 | 6 | 7 | 7 | 4 | 6 | 4 | 4 | 2 | 5 | 5 | 5 |
| 40 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 6 | 5 | 2 | 1 | 4 | 1 | 5 | 3 | 4 |
| 41 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 6 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 3 |
| 42 | 3 | 5 | 7 | 3 | 5 | 5 | 6 | 7 | 4 | 7 | 7 | 7 | 6 | 1 |
| 43 | 6 | 5 | 6 | 6 | 7 | 1 | 2 | 7 | 3 | 4 | 6 | 3 | 5 | 3 |
| 44 | 3 | 5 | 7 | 7 | 4 | 2 | 3 | 2 | 6 | 4 | 6 | 5 | 3 | 3 |
| 45 | 3 | 3 | 6 | 3 | 5 | 6 | 4 | 6 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 3 |
| 46 | 3 | 5 | 4 | 5 | 4 | 6 | 5 | 4 | 4 | 3 | 4 | 7 | 6 | 4 |
| 47 | 4 | 3 | 7 | 6 | 3 | 4 | 5 | 5 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| 48 | 4 | 4 | 6 | 7 | 7 | 7 | 4 | 7 | 2 | 5 | 6 | 6 | 7 | 5 |
| 49 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 7 | 4 | 5 | 1 | 1 | 4 | 3 | 3 | 1 |
| 50 | 2 | 2 | 1 | 2 | 5 | 3 | 6 | 6 | 3 | 3 | 5 | 4 | 1 | 2 |
| 51 | 1 | 2 | 2 | 2 | 6 | 2 | 6 | 7 | 4 | 7 | 7 | 7 | 6 | 1 |
| 52 | 2 | 1 | 1 | 6 | 5 | 4 | 5 | 7 | 7 | 7 | 1 | 2 | 7 | 1 |
| 53 | 7 | 1 | 6 | 6 | 6 | 2 | 2 | 7 | 5 | 4 | 5 | 2 | 2 | 4 |
| 54 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 4 | 2 | 6 | 1 | 1 | 3 | 7 | 5 | 1 |
| 55 | 2 | 1 | 2 | 6 | 4 | 5 | 4 | 4 | 3 | 3 | 5 | 5 | 4 | 2 |
| 56 | 6 | 2 | 7 | 6 | 7 | 1 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 6 | 4 |
| 57 | 7 | 1 | 4 | 7 | 1 | 6 | 7 | 1 | 4 | 1 | 1 | 6 | 4 | 5 |
| 58 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 5 | 6 | 6 | 3 | 2 | 7 | 7 | 6 | 2 |
| 59 | 6 | 2 | 3 | 5 | 6 | 4 | 6 | 7 | 2 | 1 | 2 | 5 | 6 | 6 |
| 60 | 1 | 1 | 1 | 4 | 5 | 4 | 6 | 7 | 3 | 7 | 3 | 2 | 4 | 1 |
| 61 | 2 | 2 | 2 | 2 | 6 | 5 | 4 | 6 | 5 | 6 | 6 | 5 | 5 | 4 |
| 62 | 5 | 2 | 6 | 6 | 4 | 4 | 1 | 6 | 6 | 1 | 6 | 3 | 2 | 4 |

| | B11akt | V12akt | H13akt | B14akt | V15akt | B16akt | V17akt | H18akt | V19akt | H20akt | V21akt | B22akt | H23akt | V24akt |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | 5 | 3 | 6 | 6 | 3 | 6 | 2 | 6 | 4 | 6 | 3 | 6 | 6 | 6 |
| 32 | 6 | 6 | 7 | 7 | 6 | 7 | 4 | 7 | 2 | 5 | 5 | 7 | 6 | 6 |
| 33 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 |
| 34 | 4 | 6 | 6 | 7 | 4 | 6 | 3 | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 6 | 6 |
| 35 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| 36 | 4 | 6 | 4 | 4 | 4 | 4 | 6 | 6 | 4 | 6 | 4 | 6 | 4 | 3 |
| 37 | 4 | 7 | 7 | 6 | 7 | 3 | 2 | 2 | 7 | 6 | 7 | 6 | 2 | 7 |
| 38 | 7 | 5 | 2 | 2 | 6 | 6 | 6 | 6 | 1 | 7 | 6 | 6 | 4 | 7 |
| 39 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | 7 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 |
| 40 | 1 | 3 | 5 | 4 | 4 | 1 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 7 |
| 41 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 7 | 5 | 4 | 4 | 4 | 6 | 5 |
| 42 | 7 | 3 | 5 | 6 | 5 | 6 | 5 | 5 | 4 | 6 | 5 | 6 | 7 | 6 |
| 43 | 4 | 5 | 6 | 6 | 5 | 5 | 4 | 6 | 5 | 6 | 5 | 4 | 7 | 6 |
| 44 | 2 | 4 | 5 | 2 | 4 | 6 | 3 | 2 | 3 | 5 | 6 | 5 | 2 | 7 |
| 45 | 4 | 3 | 5 | 5 | 4 | 6 | 2 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 |
| 46 | 4 | 6 | 3 | 4 | 5 | 3 | 6 | 3 | 5 | 4 | 5 | 6 | 7 | 6 |
| 47 | 7 | 5 | 7 | 7 | 6 | 7 | 4 | 7 | 6 | 7 | 5 | 7 | 1 | 6 |
| 48 | 5 | 2 | 6 | 5 | 4 | 5 | 1 | 5 | 6 | 5 | 4 | 7 | 5 | 7 |
| 49 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 3 | 4 | 6 | 4 | 6 | 4 | 4 |
| 50 | 5 | 2 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 5 | 1 | 1 | 6 | 6 | 5 |
| 51 | 7 | 5 | 6 | 6 | 6 | 2 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | 6 | 7 | 6 |
| 52 | 1 | 7 | 7 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 6 |
| 53 | 6 | 1 | 6 | 5 | 3 | 5 | 1 | 4 | 2 | 6 | 3 | 2 | 6 | 2 |
| 54 | 5 | 2 | 6 | 4 | 3 | 5 | 4 | 5 | 2 | 5 | 3 | 4 | 7 | 4 |
| 55 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 |
| 56 | 6 | 5 | 6 | 6 | 2 | 6 | 4 | 2 | 2 | 6 | 7 | 6 | 6 | 2 |
| 57 | 5 | 6 | 3 | 1 | 7 | 1 | 7 | 7 | 5 | 1 | 5 | 6 | 2 | 7 |
| 58 | 7 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 2 | 5 | 5 | 5 | 6 | 7 | 7 | 5 |
| 59 | 4 | 6 | 2 | 2 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 6 | 6 | 6 |
| 60 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 | 7 | 3 |
| 61 | 5 | 5 | 6 | 5 | 4 | 5 | 4 | 6 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | 6 |
| 62 | 6 | 3 | 6 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 4 | 6 | 4 | 3 | 6 | 3 |

| | H25akt | V26akt | H27akt | B28akt | H29akt | SOCvor | Vvor | Hvor | Bvor |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | 1 | 4 | 6 | 6 | 4 | 139 | 44 | 49 | 46 |
| 32 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 92 | 32 | 28 | 32 |
| 33 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 92 | 38 | 28 | 26 |
| 34 | 4 | 6 | 6 | 6 | 6 | 144 | 55 | 48 | 41 |
| 35 | 5 | 4 | 4 | 6 | 7 | 146 | 54 | 54 | 38 |
| 36 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 126 | 42 | 48 | 36 |
| 37 | 2 | 7 | 6 | 6 | 7 | 147 | 65 | 43 | 39 |
| 38 | 2 | 4 | 1 | 5 | 7 | 110 | 36 | 38 | 36 |
| 39 | 3 | 6 | 4 | 5 | 6 | 145 | 57 | 51 | 37 |
| 40 | 4 | 4 | 5 | 3 | 4 | 65 | 27 | 24 | 14 |
| 41 | 4 | 5 | 5 | 3 | 5 | 124 | 47 | 43 | 34 |
| 42 | 5 | 5 | 6 | 7 | 3 | 135 | 47 | 43 | 45 |
| 43 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 141 | 51 | 49 | 41 |
| 44 | 1 | 3 | 5 | 7 | 7 | 119 | 48 | 40 | 31 |
| 45 | 4 | 3 | 5 | 6 | 4 | 117 | 39 | 38 | 40 |
| 46 | 5 | 2 | 4 | 4 | 6 | 128 | 53 | 43 | 32 |
| 47 | 7 | 4 | 6 | 7 | 6 | 167 | 57 | 56 | 54 |
| 48 | 7 | 4 | 3 | 6 | 7 | 153 | 49 | 57 | 47 |
| 49 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 106 | 37 | 40 | 29 |
| 50 | 7 | 2 | 6 | 5 | 6 | 77 | 41 | 21 | 15 |
| 51 | 6 | 6 | 6 | 7 | 6 | 61 | 21 | 22 | 18 |
| 52 | 1 | 6 | 5 | 1 | 6 | 67 | 28 | 25 | 14 |
| 53 | 5 | 3 | 5 | 2 | 4 | 114 | 59 | 30 | 25 |
| 54 | 4 | 6 | 3 | 3 | 3 | 57 | 19 | 25 | 13 |
| 55 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 58 | 21 | 21 | 16 |
| 56 | 2 | 6 | 2 | 7 | 6 | 130 | 46 | 41 | 43 |
| 57 | 1 | 7 | 4 | 2 | 7 | 128 | 58 | 33 | 37 |
| 58 | 5 | 6 | 5 | 6 | 5 | 83 | 30 | 28 | 25 |
| 59 | 5 | 6 | 3 | 6 | 6 | 130 | 56 | 41 | 33 |
| 60 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 73 | 25 | 31 | 17 |
| 61 | 5 | 6 | 5 | 6 | 5 | 79 | 33 | 31 | 15 |
| 62 | 5 | 2 | 5 | 3 | 4 | 117 | 53 | 34 | 30 |

| | SOCakt | Vakt | Hakt | Bakt | EntwicklungSOC | EntwicklungV | EntwicklungH | EntwicklungB |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | 137 | 42 | 49 | 46 | -2 | -2 | 0 | 0 |
| 32 | 167 | 55 | 58 | 54 | 75 | 23 | 30 | 22 |
| 33 | 130 | 47 | 45 | 38 | 38 | 9 | 17 | 12 |
| 34 | 162 | 60 | 56 | 46 | 18 | 5 | 8 | 5 |
| 35 | 147 | 53 | 54 | 40 | 1 | -1 | 0 | 2 |
| 36 | 125 | 47 | 43 | 35 | -1 | 5 | -5 | -1 |
| 37 | 154 | 66 | 43 | 45 | 7 | 1 | 0 | 6 |
| 38 | 135 | 53 | 44 | 38 | 25 | 17 | 6 | 2 |
| 39 | 147 | 59 | 51 | 37 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| 40 | 108 | 42 | 45 | 21 | 43 | 15 | 21 | 7 |
| 41 | 127 | 47 | 47 | 33 | 3 | 0 | 4 | -1 |
| 42 | 157 | 49 | 55 | 53 | 22 | 2 | 12 | 8 |
| 43 | 144 | 51 | 52 | 41 | 3 | 0 | 3 | 0 |
| 44 | 117 | 46 | 36 | 35 | -2 | -2 | -4 | 4 |
| 45 | 128 | 39 | 47 | 42 | 11 | 0 | 9 | 2 |
| 46 | 135 | 52 | 47 | 36 | 7 | -1 | 4 | 4 |
| 47 | 170 | 57 | 59 | 54 | 3 | 0 | 3 | 0 |
| 48 | 150 | 46 | 57 | 47 | -3 | -3 | 0 | 0 |
| 49 | 111 | 38 | 39 | 34 | 5 | 1 | -1 | 5 |
| 50 | 110 | 37 | 36 | 37 | 33 | -4 | 15 | 22 |
| 51 | 162 | 56 | 57 | 49 | 101 | 35 | 35 | 31 |
| 52 | 98 | 41 | 41 | 16 | 31 | 13 | 16 | 2 |
| 53 | 110 | 32 | 44 | 34 | -4 | -27 | 14 | 9 |
| 54 | 111 | 31 | 43 | 37 | 54 | 12 | 18 | 24 |
| 55 | 125 | 42 | 45 | 38 | 67 | 21 | 24 | 22 |
| 56 | 130 | 46 | 41 | 43 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 57 | 120 | 61 | 36 | 23 | -8 | 3 | 3 | -14 |
| 58 | 154 | 51 | 51 | 52 | 71 | 21 | 23 | 27 |
| 59 | 144 | 61 | 45 | 38 | 14 | 5 | 4 | 5 |
| 60 | 98 | 32 | 39 | 27 | 25 | 7 | 8 | 10 |
| 61 | 152 | 54 | 54 | 44 | 73 | 21 | 23 | 29 |
| 62 | 115 | 38 | 42 | 35 | -2 | -15 | 8 | 5 |

## 14.3 Abbildungen

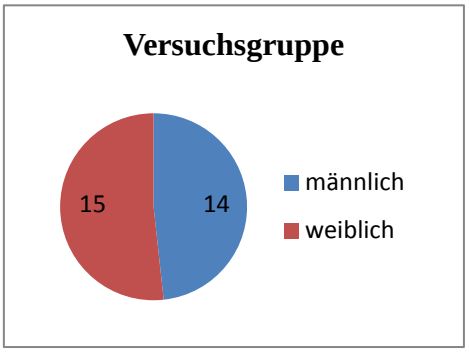


Abb.1: Geschlecht der Gruppe:
Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

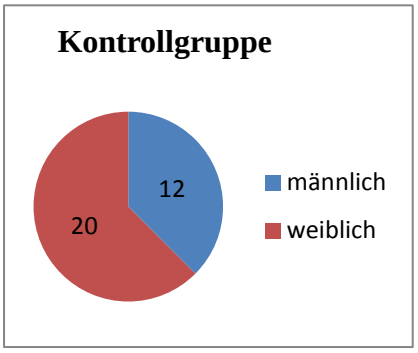


Abb.2: Geschlecht der Gruppe:
keine Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

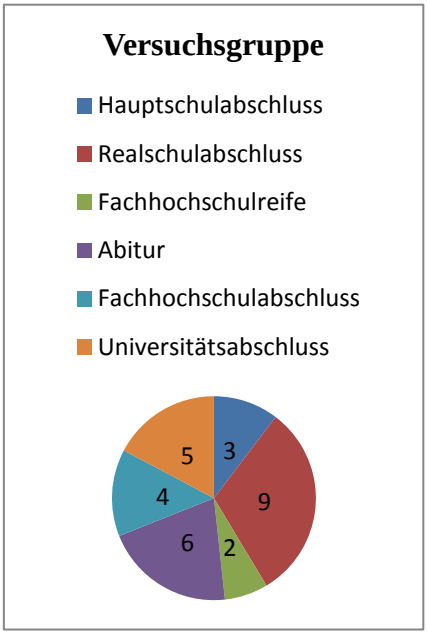


Abb.3: Bildung der Gruppe:
Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

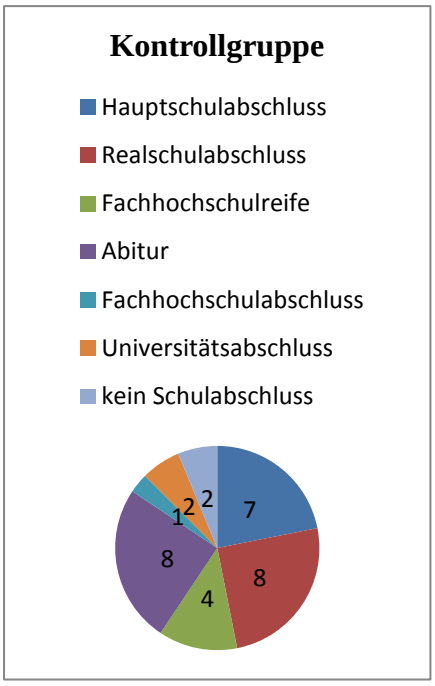


Abb.4: Bildung der Gruppe:
keine Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

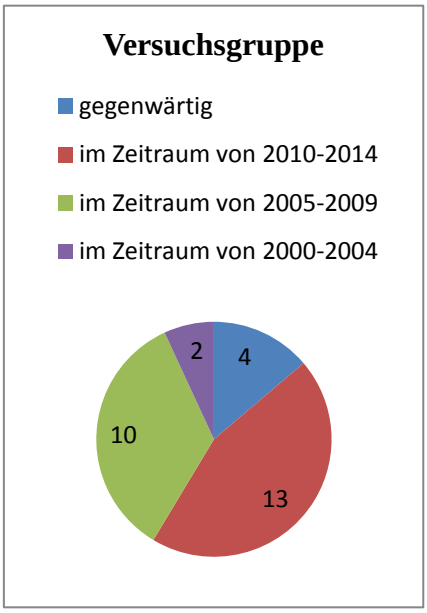


Abb.5: Zeitraum der letzten psychischen Krise, Gruppe: Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

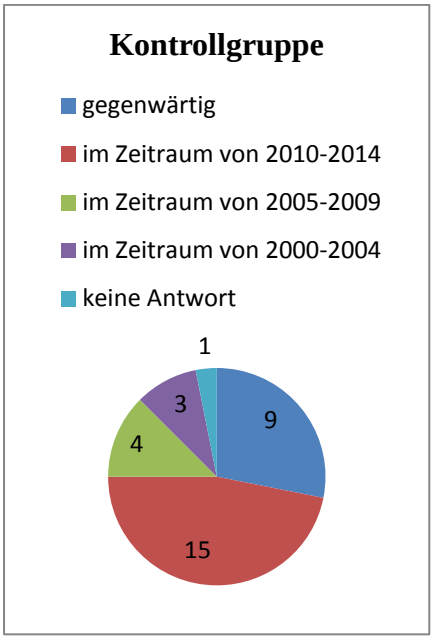


Abb.6: Zeitraum der letzten psychischen Krise, Gruppe: keine Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

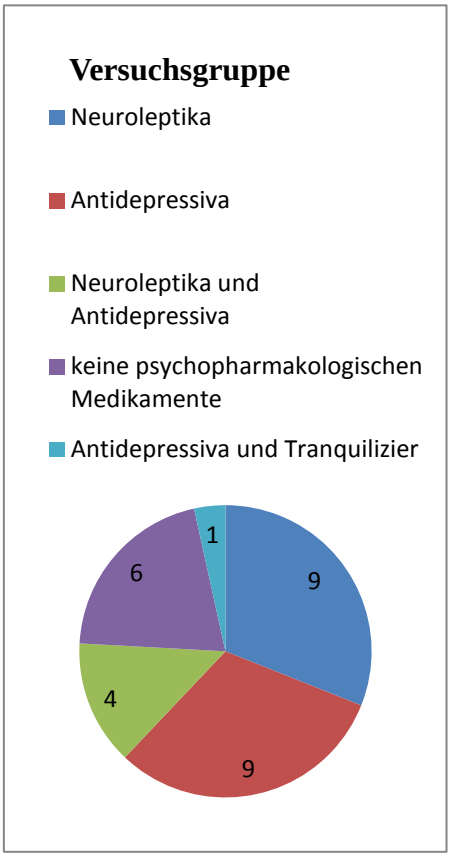


Abb.7: Psychopharmaka der Gruppe: Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

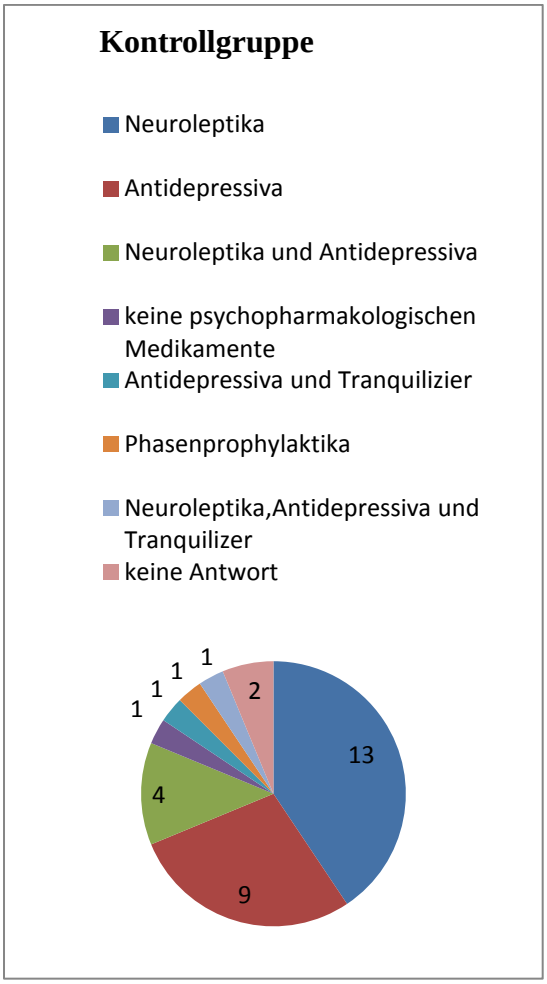


Abb.8: Psychopharmaka der Gruppe: keine Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

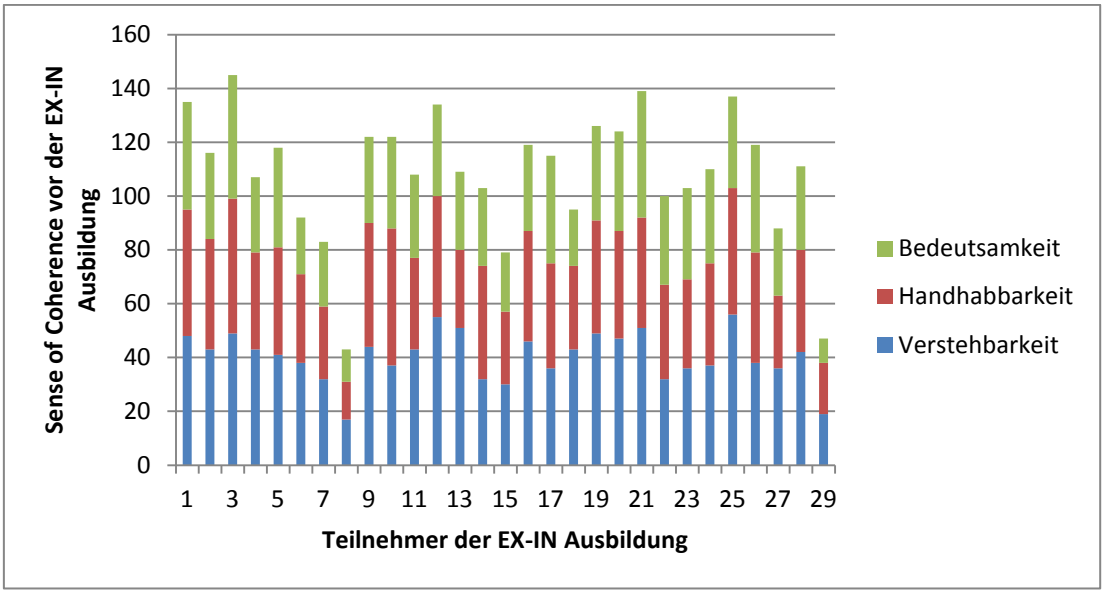


Abb.9: SOC-Scores der Teilnehmer der EX-IN Ausbildung vor der Ausbildung

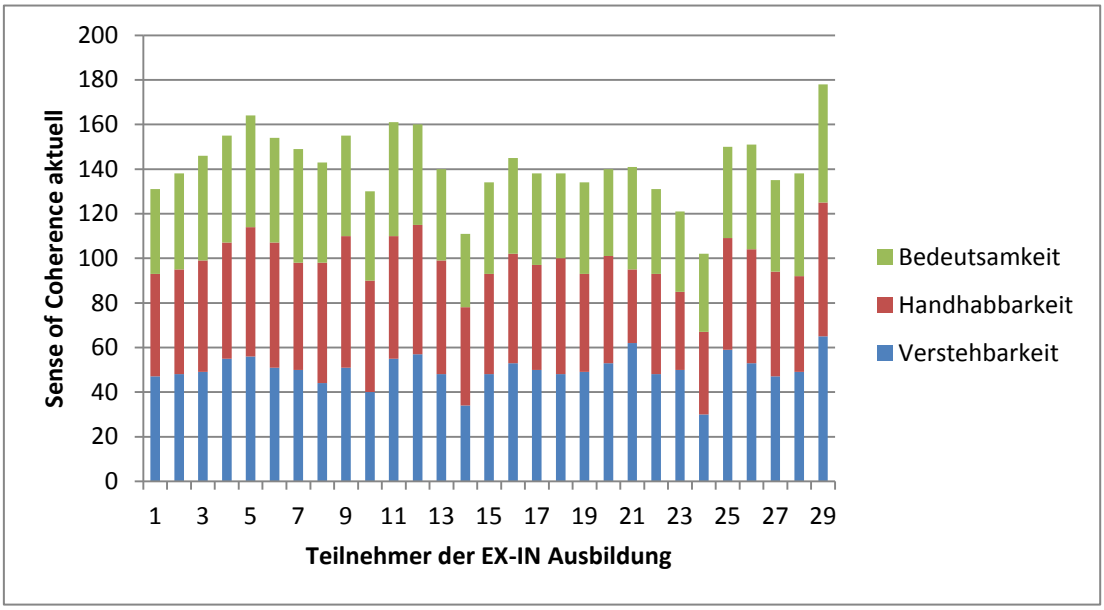


Abb.10: Aktuelle SOC-Scores der Teilnehmer der EX-IN Ausbildung

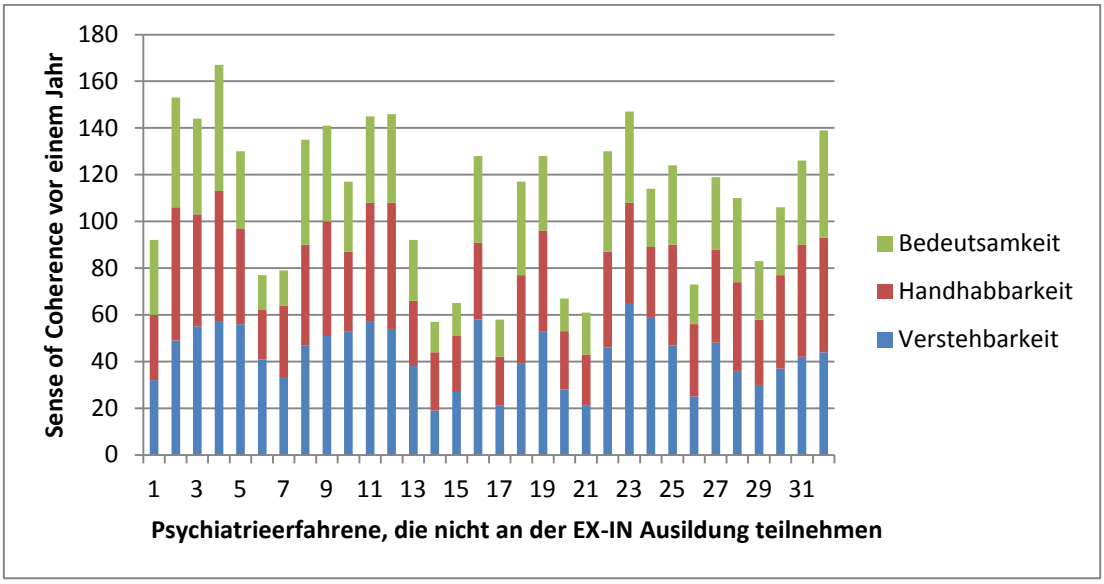


Abb.11: SOC-Scores der Psychiatrieerfahrenen, die nicht an der Ausbildung teilnehmen vor einem Jahr

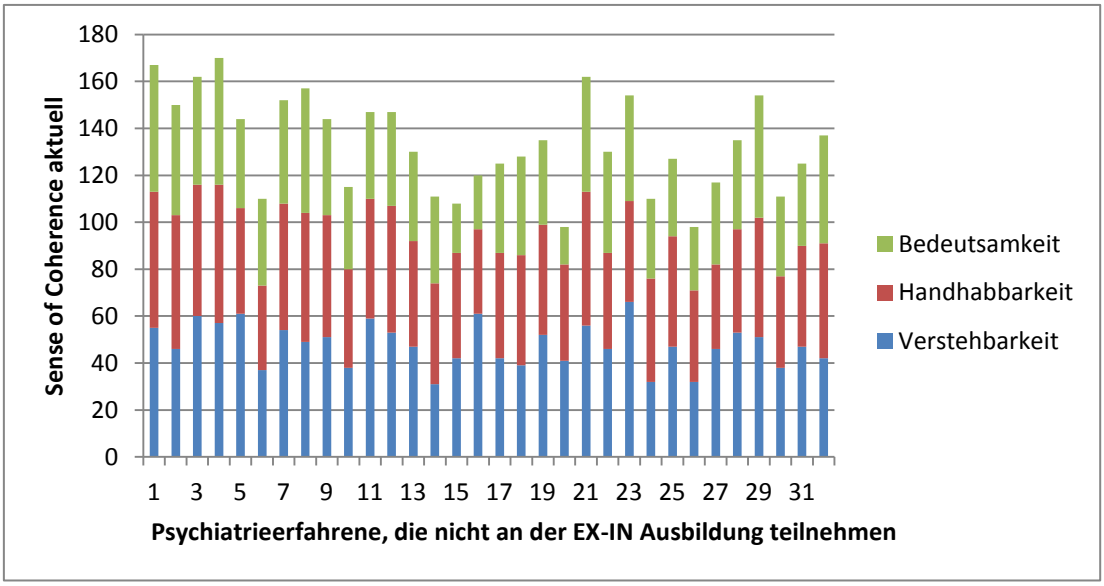


Abb.12: Aktuelle SOC-Scores der Psychiatrieerfahrenen, die nicht an der EX-IN Ausbildung teilnehmen

## 14.4 Tabellen

### 14.4.1 Soziodemographie

**Geschlecht[a]**

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | männlich | 14 | 48,3 | 48,3 | 48,3 |
| | weiblich | 15 | 51,7 | 51,7 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 29 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

**Geschlecht[a]**

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | männlich | 12 | 37,5 | 37,5 | 37,5 |
| | weiblich | 20 | 62,5 | 62,5 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 32 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = keine Teilnahme an der EX-IN Aubildung

**Alter[a]**

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | 30-39 | 4 | 13,8 | 13,8 | 13,8 |
| | 40-49 | 16 | 55,2 | 55,2 | 69,0 |
| | 50-60 | 8 | 27,6 | 27,6 | 96,6 |
| | keine Antwort | 1 | 3,4 | 3,4 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 29 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

**Alter**[a]

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | 20-29 | 3 | 9,4 | 9,4 | 9,4 |
| | 30-39 | 4 | 12,5 | 12,5 | 21,9 |
| | 40-49 | 12 | 37,5 | 37,5 | 59,4 |
| | 50-60 | 7 | 21,9 | 21,9 | 81,3 |
| | über 60 | 5 | 15,6 | 15,6 | 96,9 |
| | keine Antwort | 1 | 3,1 | 3,1 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 32 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = keine Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

**Familienstand**[a]

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | ledig, ohne Partnerschaft | 12 | 41,4 | 41,4 | 41,4 |
| | ledig, in Partnerschaft | 7 | 24,1 | 24,1 | 65,5 |
| | verheiratet, zusammenlebend | 3 | 10,3 | 10,3 | 75,9 |
| | verheiratet, getrennt lebend | 3 | 10,3 | 10,3 | 86,2 |
| | geschieden | 4 | 13,8 | 13,8 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 29 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

**Familienstand**[a]

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | ledig, ohne Partnerschaft | 11 | 34,4 | 34,4 | 34,4 |
| | ledig, in Partnerschaft | 8 | 25,0 | 25,0 | 59,4 |
| | verheiratet, zusammenlebend | 6 | 18,8 | 18,8 | 78,1 |
| | geschieden | 6 | 18,8 | 18,8 | 96,9 |
| | verwitwet | 1 | 3,1 | 3,1 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 32 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = keine Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

**Wohnsituation[a]**

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | allein lebend | 18 | 62,1 | 62,1 | 62,1 |
| | Mit Partner_in | 5 | 17,2 | 17,2 | 79,3 |
| | mit Partner_in und Kind/Kindern | 2 | 6,9 | 6,9 | 86,2 |
| | betreutes Wohnen | 3 | 10,3 | 10,3 | 96,6 |
| | sonstige Wohnsituation | 1 | 3,4 | 3,4 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 29 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

**Wohnsituation[a]**

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | allein lebend | 21 | 65,6 | 65,6 | 65,6 |
| | mit Elternteil | 1 | 3,1 | 3,1 | 68,8 |
| | Mit Partner_in | 4 | 12,5 | 12,5 | 81,3 |
| | mit Partner_in und Kind/Kindern | 2 | 6,3 | 6,3 | 87,5 |
| | mit Freunden/Bekannten | 2 | 6,3 | 6,3 | 93,8 |
| | betreutes Wohnen | 2 | 6,3 | 6,3 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 32 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = keine Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

**Höchster erreichter Schulabschluss[a]**

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | Hauptschulabschluss | 3 | 10,3 | 10,3 | 10,3 |
| | Realschulabschluss | 9 | 31,0 | 31,0 | 41,4 |
| | Fachhochschulreife | 2 | 6,9 | 6,9 | 48,3 |
| | Abitur | 6 | 20,7 | 20,7 | 69,0 |
| | Fachhochschulabschluss | 4 | 13,8 | 13,8 | 82,8 |
| | Universitätsabschluss | 5 | 17,2 | 17,2 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 29 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

**Höchster erreichter Schulabschluss[a]**

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | kein Schulabschluss | 2 | 6,3 | 6,3 | 6,3 |
| | Hauptschulabschluss | 7 | 21,9 | 21,9 | 28,1 |
| | Realschulabschluss | 8 | 25,0 | 25,0 | 53,1 |
| | Fachhochschulreife | 4 | 12,5 | 12,5 | 65,6 |
| | Abitur | 8 | 25,0 | 25,0 | 90,6 |
| | Fachhochschulabschluss | 1 | 3,1 | 3,1 | 93,8 |
| | Universitätsabschluss | 2 | 6,3 | 6,3 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 32 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = keine Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

**Nettoeinkommen[a]**

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | < 500€ | 12 | 41,4 | 41,4 | 41,4 |
| | 500 - 1000€ | 10 | 34,5 | 34,5 | 75,9 |
| | 1000 - 2000€ | 5 | 17,2 | 17,2 | 93,1 |
| | keine Antwort | 2 | 6,9 | 6,9 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 29 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

**Nettoeinkommen[a]**

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | < 500€ | 11 | 34,4 | 34,4 | 34,4 |
| | 500 - 1000€ | 13 | 40,6 | 40,6 | 75,0 |
| | 1000 - 2000€ | 5 | 15,6 | 15,6 | 90,6 |
| | > 2000€ | 1 | 3,1 | 3,1 | 93,8 |
| | keine Antwort | 2 | 6,3 | 6,3 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 32 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = keine Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

**Bitte führen Sie die Hauptdiagnose auf, die bei Ihnen gestellt wurde[a]**

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | Neurose | 3 | 10,3 | 10,3 | 10,3 |
| | Psychose | 10 | 34,5 | 34,5 | 44,8 |
| | Persönlichkeitsstörung | 4 | 13,8 | 13,8 | 58,6 |
| | Depression | 10 | 34,5 | 34,5 | 93,1 |
| | keine Antwort | 2 | 6,9 | 6,9 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 29 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

**Bitte führen Sie die Hauptdiagnose auf, die bei Ihnen gestellt wurde[a]**

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | Neurose | 2 | 6,3 | 6,3 | 6,3 |
| | Psychose | 16 | 50,0 | 50,0 | 56,3 |
| | Persönlichkeitsstörung | 3 | 9,4 | 9,4 | 65,6 |
| | Depression | 11 | 34,4 | 34,4 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 32 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = keine Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

**Wann befanden Sie sich das erste Mal in einer psychischen Krise?[a]**

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | im Zeitraum von 2010-2014 | 1 | 3,4 | 3,4 | 3,4 |
| | im Zeitraum von 2005-2009 | 4 | 13,8 | 13,8 | 17,2 |
| | im Zeitraum von 2000-2004 | 4 | 13,8 | 13,8 | 31,0 |
| | im Zeitraum von 1990-1999 | 8 | 27,6 | 27,6 | 58,6 |
| | im Zeitraum von 1980-1989 | 9 | 31,0 | 31,0 | 89,7 |
| | im Zeitraum vor 1980 | 3 | 10,3 | 10,3 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 29 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

**Wann befanden Sie sich das erste Mal in einer psychischen Krise?[a]**

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | im Zeitraum von 2010-2014 | 3 | 9,4 | 9,4 | 9,4 |
| | im Zeitraum von 2005-2009 | 4 | 12,5 | 12,5 | 21,9 |
| | im Zeitraum von 2000-2004 | 3 | 9,4 | 9,4 | 31,3 |
| | im Zeitraum von 1990-1999 | 12 | 37,5 | 37,5 | 68,8 |
| | im Zeitraum von 1980-1989 | 6 | 18,8 | 18,8 | 87,5 |
| | im Zeitraum vor 1980 | 3 | 9,4 | 9,4 | 96,9 |
| | keine Antwort | 1 | 3,1 | 3,1 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 32 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = keine Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

**Wann befanden Sie sich das letzte Mal in einer psychischen Krise?[a]**

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | gegenwärtig | 4 | 13,8 | 13,8 | 13,8 |
| | im Zeitraum von 2010-2014 | 13 | 44,8 | 44,8 | 58,6 |
| | im Zeitraum von 2005-2009 | 10 | 34,5 | 34,5 | 93,1 |
| | im Zeitraum von 2000-2004 | 2 | 6,9 | 6,9 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 29 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

**Wann befanden Sie sich das letzte Mal in einer psychischen Krise?[a]**

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | gegenwärtig | 9 | 28,1 | 28,1 | 28,1 |
| | im Zeitraum von 2010-2014 | 15 | 46,9 | 46,9 | 75,0 |
| | im Zeitraum von 2005-2009 | 4 | 12,5 | 12,5 | 87,5 |
| | im Zeitraum von 2000-2004 | 3 | 9,4 | 9,4 | 96,9 |
| | keine Antwort | 1 | 3,1 | 3,1 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 32 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = keine Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

**Wann hatten Sie Ihren letzten Aufenthalt in der Psychiatrie?[a]**

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | im Zeitraum von 2010-2014 | 12 | 41,4 | 41,4 | 41,4 |
| | im Zeitraum von 2005-2009 | 12 | 41,4 | 41,4 | 82,8 |
| | im Zeitraum von 2000-2004 | 4 | 13,8 | 13,8 | 96,6 |
| | im Zeitraum von 1990-1999 | 1 | 3,4 | 3,4 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 29 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

**Wann hatten Sie Ihren letzten Aufenthalt in der Psychiatrie?[a]**

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | gegenwärtig | 3 | 9,4 | 9,4 | 9,4 |
| | im Zeitraum von 2010-2014 | 13 | 40,6 | 40,6 | 50,0 |
| | im Zeitraum von 2005-2009 | 9 | 28,1 | 28,1 | 78,1 |
| | im Zeitraum von 2000-2004 | 4 | 12,5 | 12,5 | 90,6 |
| | im Zeitraum von 1990-1999 | 2 | 6,3 | 6,3 | 96,9 |
| | keine Antwort | 1 | 3,1 | 3,1 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 32 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = keine Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

**Wie viele Aufenthalte waren es insgesamt?[a]**

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | 1 Aufenthalt | 6 | 20,7 | 20,7 | 20,7 |
| | 2-5 Aufenthalte | 15 | 51,7 | 51,7 | 72,4 |
| | 6-10 Aufenthalte | 8 | 27,6 | 27,6 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 29 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

**Wie viele Aufenthalte waren es insgesamt?[a]**

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | 1 Aufenthalt | 5 | 15,6 | 15,6 | 15,6 |
| | 2-5 Aufenthalte | 15 | 46,9 | 46,9 | 62,5 |
| | 6-10 Aufenthalte | 4 | 12,5 | 12,5 | 75,0 |
| | 11-15 Aufenthalte | 3 | 9,4 | 9,4 | 84,4 |
| | 16-20 Aufenthalte | 1 | 3,1 | 3,1 | 87,5 |
| | über 20 Aufenthalte | 2 | 6,3 | 6,3 | 93,8 |
| | keine Antwort | 2 | 6,3 | 6,3 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 32 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = keine Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

**Nehmen sie psychopharmakologische Medikamente ein?[a]**

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | Neuroleptika | 9 | 31,0 | 31,0 | 31,0 |
| | Antidepressiva | 9 | 31,0 | 31,0 | 62,1 |
| | Neuroleptika und Antidepressiva | 4 | 13,8 | 13,8 | 75,9 |
| | keine psychopharmakologischen Medikamente | 6 | 20,7 | 20,7 | 96,6 |
| | Antidepressiva und Tranquilizer | 1 | 3,4 | 3,4 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 29 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

**Nehmen sie psychopharmakologische Medikamente ein?[a]**

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | Neuroleptika | 13 | 40,6 | 40,6 | 40,6 |
| | Antidepressiva | 9 | 28,1 | 28,1 | 68,8 |
| | Neuroleptika und Antidepressiva | 4 | 12,5 | 12,5 | 81,3 |
| | keine psychopharmakologischen Medikamente | 1 | 3,1 | 3,1 | 84,4 |
| | Antidepressiva und Tranquilizer | 1 | 3,1 | 3,1 | 87,5 |
| | Phasenprophylaktikum | 1 | 3,1 | 3,1 | 90,6 |
| | Antidepressiva, Neuroleptika und Tranquilizer | 1 | 3,1 | 3,1 | 93,8 |
| | keine Antwort | 2 | 6,3 | 6,3 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 32 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = keine Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

**Welchen EX-IN Kurs belegen Sie?[a]**

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | Basiskurs | 4 | 13,8 | 13,8 | 13,8 |
| | Basis-und Aufbaukurs | 23 | 79,3 | 79,3 | 93,1 |
| | keine Antwort | 2 | 6,9 | 6,9 | 100,0 |
| | Gesamtsumme | 29 | 100,0 | 100,0 | |

a. Gruppe = Teilnahme an der EX-IN Ausbildung

### 14.4.2 SOC-Scores

**Bericht**

| Gruppe | | SOCvor | Vvor | Hvor | Bvor |
|---|---|---|---|---|---|
| Teilnahme an der EX-IN Ausbildung | Mittelwert | 108,59 | 40,38 | 37,03 | 31,17 |
| | H | 29 | 29 | 29 | 29 |
| | Standardabweichung | 24,171 | 9,302 | 8,757 | 8,656 |
| | Minimum | 43 | 17 | 14 | 9 |
| | Maximum | 145 | 56 | 51 | 47 |
| keine Teilnahme an der EX-IN Ausbildung | Mittelwert | 111,56 | 42,75 | 37,59 | 31,22 |
| | H | 32 | 32 | 32 | 32 |
| | Standardabweichung | 31,718 | 12,733 | 10,692 | 11,339 |
| | Minimum | 57 | 19 | 21 | 13 |
| | Maximum | 167 | 65 | 57 | 54 |
| Gesamtsumme | Mittelwert | 110,15 | 41,62 | 37,33 | 31,20 |
| | H | 61 | 61 | 61 | 61 |
| | Standardabweichung | 28,190 | 11,206 | 9,743 | 10,069 |
| | Minimum | 43 | 17 | 14 | 9 |
| | Maximum | 167 | 65 | 57 | 54 |

*Anmerkungen: vor... vor der Ausbildung/ vor einem Jahr (retrospektive Einschätzung)*

**Bericht**

| Gruppe | | SOCakt | Vakt | Hakt | Bakt |
|---|---|---|---|---|---|
| Teilnahme an der EX-IN Ausbildung | Mittelwert | 141,83 | 49,97 | 48,76 | 43,10 |
| | H | 29 | 29 | 29 | 29 |
| | Standardabweichung | 15,589 | 7,189 | 6,701 | 5,059 |
| | Minimum | 102 | 30 | 33 | 33 |
| | Maximum | 178 | 65 | 60 | 53 |
| keine Teilnahme an der EX-IN Ausbildung | Mittelwert | 133,75 | 47,84 | 46,91 | 39,00 |
| | H | 32 | 32 | 32 | 32 |
| | Standardabweichung | 20,488 | 9,187 | 6,813 | 9,123 |
| | Minimum | 98 | 31 | 36 | 16 |
| | Maximum | 170 | 66 | 59 | 54 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gesamtsumme | Mittelwert | 137,59 | 48,85 | 47,79 | 40,95 |
| | H | 61 | 61 | 61 | 61 |
| | Standardabweichung | 18,623 | 8,298 | 6,768 | 7,695 |
| | Minimum | 98 | 30 | 33 | 16 |
| | Maximum | 178 | 66 | 60 | 54 |

*Anmerkungen: akt… aktuell (aktuelle Einschätzung)*

**Bericht**

| Gruppe | | Entwicklung SOC | EntwicklungV | EntwicklungH | EntwicklungB |
|---|---|---|---|---|---|
| Teilnahme an der EX-IN Ausbildung | Mittelwert | 33,24 | 9,59 | 11,72 | 11,93 |
| | H | 29 | 29 | 29 | 29 |
| | Standardabweichung | 30,345 | 10,252 | 11,671 | 10,863 |
| | Minimum | -8 | -7 | -8 | -2 |
| | Maximum | 131 | 46 | 41 | 44 |
| keine Teilnahme an der EX-IN Ausbildung | Mittelwert | 22,19 | 5,09 | 9,31 | 7,78 |
| | H | 32 | 32 | 32 | 32 |
| | Standardabweichung | 28,862 | 11,759 | 10,294 | 10,536 |
| | Minimum | -8 | -27 | -5 | -14 |
| | Maximum | 101 | 35 | 35 | 31 |
| Gesamtsumme | Mittelwert | 27,44 | 7,23 | 10,46 | 9,75 |
| | H | 61 | 61 | 61 | 61 |
| | Standardabweichung | 29,851 | 11,208 | 10,945 | 10,807 |
| | Minimum | -8 | -27 | -8 | -14 |
| | Maximum | 131 | 46 | 41 | 44 |

*Anmerkung: Entwicklung… Differenz aus aktuellen und retrospektiven Scores*

### 14.4.3 Zusammenhänge zwischen Kontrollvariablen und SOC-Score

**Bericht**

EntwicklungSOC

| Bitte führen Sie die Hauptdiagnose auf, die bei Ihnen gestellt wurde | Mittelwert | H | Standardabweichung |
|---|---|---|---|
| Neurose | 41,60 | 5 | 29,746 |
| Psychose | 17,19 | 26 | 24,735 |
| Persönlichkeitsstörung | 36,71 | 7 | 36,509 |
| Depression | 34,00 | 21 | 32,590 |
| keine Antwort | 24,00 | 2 | 11,314 |
| Gesamtsumme | 27,44 | 61 | 29,851 |

*Anmerkungen: Entwicklung… Differenz aus aktuellem SOC-Score und retrospektivem SOC-Score*

**Chi-Quadrat-Tests: Entwicklung des SOC-Score und Hauptdiagnose**

| | Wert | df | Asymp. Sig. (zweiseitig) |
|---|---|---|---|
| Pearson-Chi-Quadrat | 198,589[a] | 164 | ,034 |
| Likelihood-Quotient | 125,534 | 164 | ,989 |
| Zusammenhang linear-mit-linear | ,396 | 1 | ,529 |
| Anzahl der gültigen Fälle | 61 | | |

a. 210 Zellen (100,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist ,03.

**Bericht**

| Nettoeinkommen | | SOCakt | Bakt |
|---|---|---|---|
| < 500€ | Mittelwert | 136,17 | 39,48 |
| | H | 23 | 23 |
| | Standardabweichung | 20,531 | 8,623 |
| 500 - 1000€ | Mittelwert | 135,00 | 41,04 |
| | H | 23 | 23 |
| | Standardabweichung | 16,492 | 7,035 |
| 1000 - 2000€ | Mittelwert | 143,30 | 42,80 |
| | H | 10 | 10 |
| | Standardabweichung | 19,945 | 8,230 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| > 2000€ | Mittelwert | 152,00 | 44,00 |
| | H | 1 | 1 |
| | Standardabweichung | . | . |
| keine Antwort | Mittelwert | 142,75 | 43,50 |
| | H | 4 | 4 |
| | Standardabweichung | 19,414 | 5,745 |
| Gesamtsumme | Mittelwert | 137,59 | 40,95 |
| | H | 61 | 61 |
| | Standardabweichung | 18,623 | 7,695 |

*Anmerkungen: akt… aktuell (aktuelle Einschätzung)*

**Chi-Quadrat-Tests: Nettoeinkommen und aktueller SOC-Score**

| | Wert | df | Asymp. Sig. (zweiseitig) |
|---|---|---|---|
| Pearson-Chi-Quadrat | 182,160[a] | 152 | ,048 |
| Likelihood-Quotient | 107,372 | 152 | ,998 |
| Zusammenhang linear-mit-linear | ,874 | 1 | ,350 |
| Anzahl der gültigen Fälle | 61 | | |

a. 195 Zellen (100,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist ,02.

**Chi-Quadrat-Tests: Nettoeinkommen und aktueller B-Score**

| | Wert | df | Asymp. Sig. (zweiseitig) |
|---|---|---|---|
| Pearson-Chi-Quadrat | 136,473[a] | 100 | ,009 |
| Likelihood-Quotient | 80,979 | 100 | ,918 |
| Zusammenhang linear-mit-linear | 1,247 | 1 | ,264 |
| Anzahl der gültigen Fälle | 61 | | |

a. 130 Zellen (100,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist ,02.

**Bericht**

| Wann hatten Sie Ihren letzten Aufenthalt in der Psychiatrie? | | SOCakt | Hakt |
|---|---|---|---|
| gegenwärtig | Mittelwert | 148,67 | 52,67 |
| | H | 3 | 3 |
| | Standardabweichung | 10,408 | 3,215 |
| im Zeitraum von 2010-2014 | Mittelwert | 130,12 | 45,44 |
| | H | 25 | 25 |
| | Standardabweichung | 19,569 | 6,138 |
| im Zeitraum von 2005-2009 | Mittelwert | 141,81 | 48,90 |
| | H | 21 | 21 |
| | Standardabweichung | 17,529 | 7,589 |
| im Zeitraum von 2000-2004 | Mittelwert | 149,00 | 51,00 |
| | H | 8 | 8 |
| | Standardabweichung | 14,213 | 6,481 |
| im Zeitraum von 1990-1999 | Mittelwert | 136,33 | 48,00 |
| | H | 3 | 3 |
| | Standardabweichung | 8,622 | 3,606 |
| keine Antwort | Mittelwert | 115,00 | 42,00 |
| | H | 1 | 1 |
| | Standardabweichung | . | . |
| Gesamtsumme | Mittelwert | 137,59 | 47,79 |
| | H | 61 | 61 |
| | Standardabweichung | 18,623 | 6,768 |

*Anmerkungen: akt… aktuell (aktuelle Einschätzung)*

**Chi-Quadrat-Tests: Wann hatten Sie ihren letzten Aufenthalt in der Psychiatrie und aktueller SOC-Score**

| | Wert | df | Asymp. Sig. (zweiseitig) |
|---|---|---|---|
| Pearson-Chi-Quadrat | 227,657[a] | 190 | ,032 |
| Likelihood-Quotient | 120,484 | 190 | 1,000 |
| Zusammenhang linear-mit-linear | ,149 | 1 | ,700 |
| Anzahl der gültigen Fälle | 61 | | |

a. 234 Zellen (100,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist ,02.

**Chi-Quadrat-Tests: Wann hatten Sie ihren letzten Aufenthalt in der Psychiatrie und aktueller H-Score**

| | Wert | df | Asymp. Sig. (zweiseitig) |
|---|---|---|---|
| Pearson-Chi-Quadrat | 142,154[a] | 115 | ,044 |
| Likelihood-Quotient | 84,073 | 115 | ,987 |
| Zusammenhang linear-mit-linear | ,112 | 1 | ,737 |
| Anzahl der gültigen Fälle | 61 | | |

a. 144 Zellen (100,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist ,02.

**Bericht**

| Nehmen sie psychopharmakologische Medikamente ein? | | SOCakt | Bakt |
|---|---|---|---|
| Neuroleptika | Mittelwert | 136,95 | 40,14 |
| | H | 22 | 22 |
| | Standardabweichung | 15,092 | 6,453 |
| Antidepressiva | Mittelwert | 135,06 | 40,39 |
| | H | 18 | 18 |
| | Standardabweichung | 21,148 | 8,283 |
| Neuroleptika und Antide-pressiva | Mittelwert | 137,25 | 41,75 |
| | H | 8 | 8 |
| | Standardabweichung | 20,012 | 8,812 |
| keine psychopharmakologi-schen Medikamente | Mittelwert | 143,00 | 43,00 |
| | H | 7 | 7 |
| | Standardabweichung | 23,209 | 7,280 |
| Antidepressiva und Tranqui-lizer | Mittelwert | 146,50 | 43,50 |
| | H | 2 | 2 |
| | Standardabweichung | 21,920 | 7,778 |
| Phasenprophylaktikum | Mittelwert | 170,00 | 54,00 |
| | H | 1 | 1 |
| | Standardabweichung | . | . |
| Antidepressiva, Neuroleptika und Tranquilizer | Mittelwert | 120,00 | 23,00 |
| | H | 1 | 1 |
| | Standardabweichung | . | . |
| keine Antwort | Mittelwert | 133,50 | 44,50 |
| | H | 2 | 2 |
| | Standardabweichung | 4,950 | 2,121 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Gesamtsumme | Mittelwert | 137,59 | 40,95 |
| | H | 61 | 61 |
| | Standardabweichung | 18,623 | 7,695 |

*Anmerkungen: akt… aktuell (aktuelle Einschätzung)*

**Chi-Quadrat-Tests: Nehmen Sie psychopharmakologische Medikamente ein und aktueller SOC-Score**

| | Wert | df | Asymp. Sig. (zweiseitig) |
|---|---|---|---|
| Pearson-Chi-Quadrat | 299,672[a] | 266 | ,076 |
| Likelihood-Quotient | 141,316 | 266 | 1,000 |
| Zusammenhang linear-mit-linear | ,396 | 1 | ,529 |
| Anzahl der gültigen Fälle | 61 | | |

a. 312 Zellen (100,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist ,02.

**Chi-Quadrat-Tests: Nehmen Sie psychopharmakologische Medikamente ein und aktueller B-Score**

| | Wert | df | Asymp. Sig. (zweiseitig) |
|---|---|---|---|
| Pearson-Chi-Quadrat | 212,372[a] | 175 | ,028 |
| Likelihood-Quotient | 100,381 | 175 | 1,000 |
| Zusammenhang linear-mit-linear | ,642 | 1 | ,423 |
| Anzahl der gültigen Fälle | 61 | | |

a. 208 Zellen (100,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist ,02.

### 14.4.4 Zusammenhängen zwischen den Kontrollvariablen

**Kreuztabelle Nehmen sie psychopharmakologische Medikamente ein?*Bitte führen Sie die Hauptdiagnose auf, die bei Ihnen gestellt wurde**

Anzahl

| | | Bitte führen Sie die Hauptdiagnose auf, die bei Ihnen gestellt wurde | | | | | Gesamtsumme |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Neurose | Psychose | Persönlichkeitsstörung | Depression | keine Antwort | |
| Nehmen sie psychopharmakologische Medikamente ein? | Neuroleptika | 0 | 21 | 0 | 0 | 1 | 22 |
| | Antidepressiva | 3 | 0 | 3 | 12 | 0 | 18 |
| | Neuroleptika und Antidepressiva | 0 | 4 | 0 | 3 | 1 | 8 |
| | keine psychopharmakologischen Medikamente | 1 | 0 | 3 | 3 | 0 | 7 |
| | Antidepressiva und Tranquilizer | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| | Phasenprophylaktikum | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | Antidepressiva, Neuroleptika und Tranquilizer | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | keine Antwort | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| Gesamtsumme | | 5 | 26 | 7 | 21 | 2 | 61 |

**Chi-Quadrat-Tests: Psychopharmakologische Medikamente und Hauptdiagnose**

| | Wert | df | Asymp. Sig. (zweiseitig) |
|---|---|---|---|
| Pearson-Chi-Quadrat | 68,178[a] | 28 | ,000 |
| Likelihood-Quotient | 83,564 | 28 | ,000 |
| Zusammenhang linear-mit-linear | 1,286 | 1 | ,257 |
| Anzahl der gültigen Fälle | 61 | | |

a. 36 Zellen (90,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist ,03.

**Kreuztabelle In welchem Umfang arbeiten sie?*Nettoeinkommen**

Anzahl

| | | Nettoeinkommen | | | | | Gesamt-summe |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | < 500€ | 500 - 1000€ | 1000 - 2000€ | > 2000€ | keine Antwort | |
| In welchem Umfang arbeiten sie? | Vollzeit | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 4 |
| | Teilzeit | 11 | 5 | 2 | 0 | 1 | 19 |
| | Zur Zeit nicht erwerbstätig | 11 | 18 | 6 | 0 | 3 | 38 |
| Gesamtsumme | | 23 | 23 | 10 | 1 | 4 | 61 |

**Chi-Quadrat-Tests: Arbeitsumfang und Nettoeinkommen**

| | Wert | df | Asymp. Sig. (zweiseitig) |
|---|---|---|---|
| Pearson-Chi-Quadrat | 23,929[a] | 8 | ,002 |
| Likelihood-Quotient | 15,777 | 8 | ,046 |
| Zusammenhang linear-mit-linear | ,142 | 1 | ,707 |
| Anzahl der gültigen Fälle | 61 | | |

a. 10 Zellen (66,7%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist ,07.

**Kreuztabelle Wann hatten Sie Ihren letzten Aufenthalt in der Psychiatrie?*Wann befanden Sie sich das letzte Mal in einer psychischen Krise?**

Anzahl

| | | Wann befanden Sie sich das letzte Mal in einer psychischen Krise? | | | | | Gesamtsumme |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | gegenwärtig | im Zeitraum von 2010-2014 | im Zeitraum von 2005-2009 | im Zeitraum von 2000-2004 | keine Antwort | |
| Wann hatten Sie Ihren letzten Aufenthalt in der Psychiatrie? | gegenwärtig | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | im Zeitraum von 2010-2014 | 8 | 17 | 0 | 0 | 0 | 25 |
| | im Zeitraum von 2005-2009 | 2 | 5 | 13 | 1 | 0 | 21 |
| | im Zeitraum von 2000-2004 | 0 | 3 | 1 | 4 | 0 | 8 |
| | im Zeitraum von 1990-1999 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| | keine Antwort | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Gesamtsumme | | 13 | 28 | 14 | 5 | 1 | 61 |

**Chi-Quadrat-Tests: Letzter Aufenthalt in der Psychiatrie und letzte psychische Krise**

| | Wert | df | Asymp. Sig. (zweiseitig) |
|---|---|---|---|
| Pearson-Chi-Quadrat | 74,510[a] | 20 | ,000 |
| Likelihood-Quotient | 58,589 | 20 | ,000 |
| Zusammenhang linear-mit-linear | 5,799 | 1 | ,016 |
| Anzahl der gültigen Fälle | 61 | | |

a. 26 Zellen (86,7%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist ,02.

**Kreuztabelle Wann befanden Sie sich das letzte Mal in einer psychischen Krise?*Bitte führen Sie die Hauptdiagnose auf, die bei Ihnen gestellt wurde**

Anzahl

| | | Bitte führen Sie die Hauptdiagnose auf, die bei Ihnen gestellt wurde | | | | | Gesamtsumme |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Neurose | Psychose | Persönlichkeitsstörung | Depression | keine Antwort | |
| Wann befanden Sie sich das letzte Mal in einer psychischen Krise? | gegenwärtig | 1 | 5 | 1 | 6 | 0 | 13 |
| | im Zeitraum von 2010-2014 | 2 | 12 | 5 | 9 | 0 | 28 |
| | im Zeitraum von 2005-2009 | 2 | 5 | 1 | 5 | 1 | 14 |
| | im Zeitraum von 2000-2004 | 0 | 4 | 0 | 0 | 1 | 5 |
| | keine Antwort | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Gesamtsumme | | 5 | 26 | 7 | 21 | 2 | 61 |

**Chi-Quadrat-Tests: Zeitraum der letzten psychischen Krise und Hauptdiagnose**

| | Wert | df | Asymp. Sig. (zweiseitig) |
|---|---|---|---|
| Pearson-Chi-Quadrat | 15,333[a] | 16 | ,500 |
| Likelihood-Quotient | 16,548 | 16 | ,415 |
| Zusammenhang linear-mit-linear | 1,056 | 1 | ,304 |
| Anzahl der gültigen Fälle | 61 | | |

a. 21 Zellen (84,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist ,03.

## 15 Eigenständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit,

- dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig angefertigt,
- keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt,
- die wörtlich oder dem Inhalt nach aus fremden Arbeiten entnommenen Stellen, bildlichen Darstellungen und dergleichen als solche genau kenntlich gemacht und
- keine unerlaubte fremde Hilfe in Anspruch genommen habe.

Münster, den 28. November 2014

_____

Alexander Wildenhues